

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Education :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles



Déclaration de Maladie

N° P19-0032460

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3549 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NASRI RADIA

Date de naissance : 06/03/54

Adresse : RUE 1 N° 16 BD PANORAMA 5 COSSA

Tél. : 0661186700 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux										
		CS	84	D26										
		2m	812	Montant des soins										
	37	Gp	810	600,0										
				Début d'exécution										
				09/07/13										
				Fin d'exécution										
				10/07/13										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	G	Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis											
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de											

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		W18-385264	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois			
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



W18-385264

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 3549
Nom & Prénom		NASRI NAMA
Fonction :	PARADEE	Phones: 06.61.186700
Mail		
MEDECIN		
Prénom du patient		
Adhérent	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Age		Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite
Soins DENTAIRES		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
PHARMACIE		
Montant de la facture		Date
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Date :		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Docteur Said ASMAR

Chirurgien Dentiste

Lauréat de la FMDC

Certificat de Parodontologie CASA

Certificat d'Implantologie ALLEMAGNE

Certificat d'Endodontie CASA

الدكتور سعيد الأسمر

طبيب جراحة الأسنان

خريج كلية طب الأسنان البيضاء

علاج اللثة

زراعة الأسنان

علاج لب الأسنان

05/07/2019

Casablanca, le :

Note d'honoraires

Je, soussignée, **Dr ASMAR Said** certifie avoir reçu un

montant de **600.00 dhs (six cents dhs)** de la part de Mme NASRI

NADIA pour la réalisation des soins dentaires

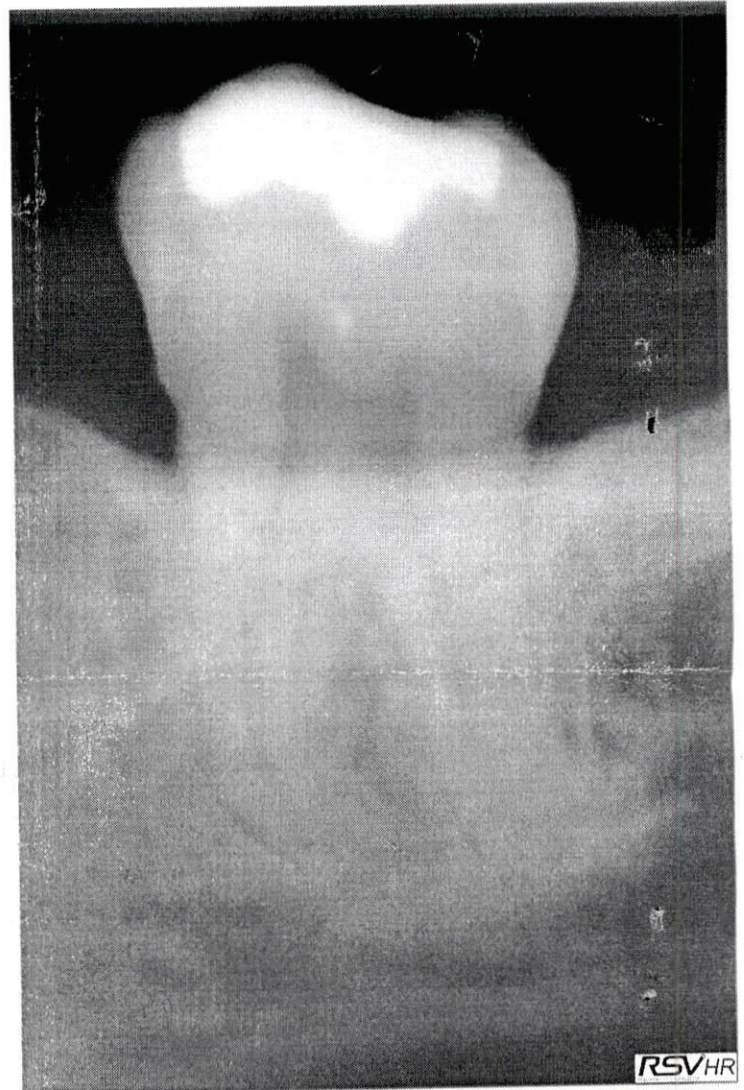
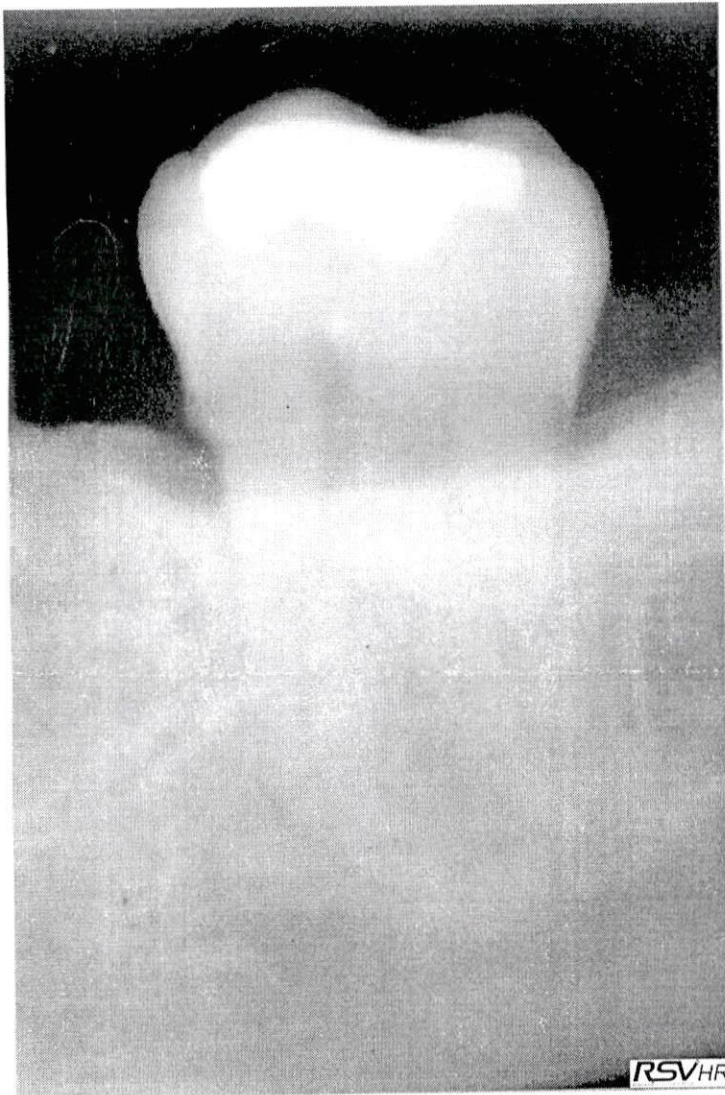
Dr ASMAR Said
Chirurgien Dentiste

46 Bd Bir Anzarane Résidence Saad
1er Etage Appt. N° 1 Maârif Casablanca
Tel 05 22 25 07 07

En cas d'urgence, merci de nous contacter au GSM : 06.61.21.51.85

46, Bd. Bir Anzarane, Résidence Saad, 1er Etage,
Appt. N°1. Maârif, Casablanca. Tél. : 05 22 25 07 07

ع بئر أنزران. إقامة سعد، الشقة رقم 01، الطابق
يف. الدار البيضاء. الهاتف : 05 22 25 07 07



Date de prise du cliché : 06/07/2019

Dents : 37
Commentaires :

Dr ASMAR Saïd
Chirurgien Dentiste
46 Bd Bir Anzarane Résidence Saad
1er Etage Appt. N° 1 Maârif Casablanca
Tél 05 22 25 07 07

Date de prise du cliché : 06/07/2019

Dents : 37
Commentaires :

Dr ASMAR Saïd
Chirurgien Dentiste
46 Bd Bir Anzarane Résidence S
1er Etage Appt. N° 1 Maârif Casabl
Tél 05 22 25 07 07