

## 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.

### Radiologie 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.

### Rééducation :

- 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.

### Dentaire :

- 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.
- La 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-464455

D

### Maladie

■ Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8140

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : EL ALAMA MOUINIR

Date de naissance : 15/06/70

Adresse : Résidence Le CLUB, Rte Mly Thami N°33  
Casa.

Tél. : 06.67.27.57.44 Total des frais engagés : 500 DHS Dhs

### Dentaire

■ Cadre réservé au Médecin  
Dr. SLI RHINI Imane  
Médecin : Dentiste Orthodontiste  
28, Bd Jem Rabii Résid. Souad  
Face au Service des Minas Hay Hassani  
Tél. : 05 22 88 42 00

Date de consultation : 03/10/19

Nom et prénom du malade : EL ALAMA RIAN Age : 13 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Cas de denture

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 04 OCT. 2019

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 : Casa

Le : 03/10/19

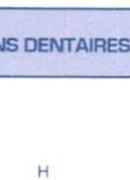
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																				
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
<b>SOINS DENTAIRES</b>   <b>Dr. SERRHINI Imane</b> Chirurgien Dentiste Orthodontiste 28 Bd. Oum Rabii Résid. Souad Face au Service des Mines Hay Hassant Tel: 05 22 89 42 00	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INPE: 094170594																
	16 obt	9/15	D15	COEFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				500,00																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
				03/10/19																
<b>ODF PROTHESES DENTAIRES</b>   <b>Dr. SERRHINI Imane</b> Chirurgien Dentiste Orthodontiste 28 Bd. Oum Rabii Résid. Souad Face au Service des Mines Hay Hassant Tel: 05 22 89 42 80	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX																
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		B		00000000	35533411	00000000	11433553	
	H		G																	
	25533412	00000000	21433552	00000000																
	D		B																	
	00000000	35533411	00000000	11433553																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																
			DATE DU DEVIS																	
			DATE DE L'EXECUTION																	
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>  Dr. SERRHINI Imane Chirurgien Dentiste Orthodontiste 28 Bd. Oum Rabii Résid. Souad Face au Service des Mines Hay Hassant Tel: 05 22 89 42 00																				

**Dr Imane SERRHINI**

Chirurgien Dentiste Spécialiste

Orthodontie | Prothèse | Blanchiment  
Chirurgie | Soins | Implantologie



**دكتورة ايمان سرغيني**

طبيبة جراحة للأسنان متخصصة

تقسيم | تعويض | تبييض

جراحة | زرع الأسنان

Casablanca le : 03/11/19

Facture EC ALANA RIAD

obt 16 D, 15

facture en date à cinq  
lettres.

IF:  
**50419005**

INPE:094170594

ICE

**001959215000048**

~~Dr. SERRHINI Imane~~  
Chirurgien Dentiste Orthodontiste  
28, Bd. Oum Rabii Riad, Souad  
Face au Service des Mines Hay Hassani  
Tél. 05 22 89 42 00

📍 28 Bd Oum Rabii, Résidence Souad, 2<sup>ème</sup> étage N°7, face au service des mines

📞 05 22 89 42 00

✉️ imane.serrhini@gmail.com