

# 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.

## Diagnostique 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.

## Educations :

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 dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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.



*Remboursement Dentaire*  
*(6509)*

## Déclaration de Maladie : N° P19-0021318

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *1659* Société : *RAM*  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : *RTR*  
Nom & Prénom : *MAHJOURI HED* Date de naissance : *01/01/1950*  
Adresse : *317 lotissement Jaimou, Lissasfa*  
Tél. : *0667451866* Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : *23/10/2018*  
Nom et prénom du malade : *MAHJOURI HED* Age : .....  
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 : .....  
Signature de l'adhérent(e) : .....  




# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Médecin et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">180</span>			
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;"> </span>			
<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;"> </span>			
<b>FIN D'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;"> </span>			
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">180</span>			
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">2000</span>			
<b>DATE DE DEBUT</b> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">23/10/19</span>			
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">27/11/19</span>			

**ODF PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

**(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession.

*Devis*

*CM*

*Dr. ABDELMAJID*

*Chirurgien Dentiste*

*Orthodontiste*

*Dr. Haj Farid*

*0522 93 41 33*

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur ABOUELMIR AHLAM**

*Chirurgien Dentiste*

*Implantologie, Soins, Prothèse, chirurgie*

*Radio, blanchiment*

*Orthodontie :Adulte et enfant*

**Note D'honoraires**

Date :27/11/2019

Nom : MAHJOUBI MOHAMED

Total des prothèses effectués est

De deux mille dirhams

2000 DH

IF :51489310

ICE :001663718000023

Signature

  
Dr ABOUELMIR Ahlam  
Chirurgien Dentiste  
Orthodontiste  
Lot. Haj Fateh, N°520, Lissasfa  
Tel :0522 93 41 33 Casablanca

Patient: MAHJOUBI MOHAMED

27NOV2019 16:05



Rx - Apne  
CCM. 47

Dr. ABOUELMIR Ahlam  
Chirurgien Dentiste  
Lot. Hal Fatah N°520 Lissasla  
Casablanca - Tél: 05 22 93 41 33

Note:

DR ABOUELMIR AHLAM



Patient: MAHJOUBI MOHAMED

M6  
1658

23OCT2019 18:37

5



Rx—

AV

→ 47

Dr. ABOUELMIR Ahlam  
Chirurgien Dentiste  
Lot Haj Fatah N°520 Lissasfa  
Casablanca TEL: 06 22 93 41 33

Note:

DR ABOUELMIR AHLAM