

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

Sons 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.

Éducation :

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° P19-0026853

12894

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **0.1354** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **SAI MESSAOUD**

Date de naissance : **1 - 01 - 1947**

Adresse : **OULFA - H. FATEH LOT 6 - N° 21**

Tél. : **06 64 90 57 42** Total des frais engagés : **150 + 50 + 70** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Ahmed LEGTER
Chirurgien Dentiste
Ex Médecin Des FAR
10, Hadj Fateh Oulfa - Casa
Tél: 0522.90.40.00

Date de consultation : **23 / 11 / 2018**

Nom et prénom du malade : **MESSAOUD SAI** Age :

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

Nature de la maladie : **infection dentinaire**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **COUPE**

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 : **0.1354**

Signature de l'adhérent(e) :

Le **12 / 11 / 2019**

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23 Novembre 2019	150,00 Dhs
	ICE: 000489360000038	55,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

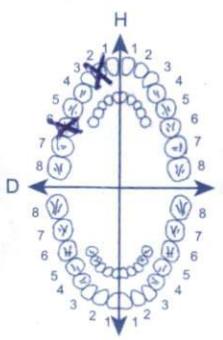
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

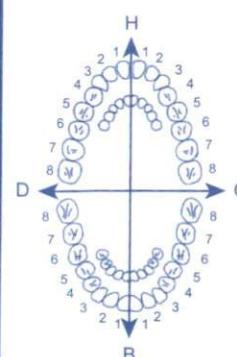
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CÉCOEFFICIENT DES TRAVAUX
	16 11 10	Rx Ext	J J0	C +
	12	ext	D D0	700
				23/11
				07/11

O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Chirurgien Dentiste

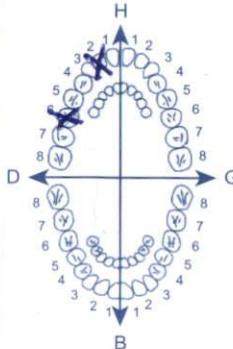
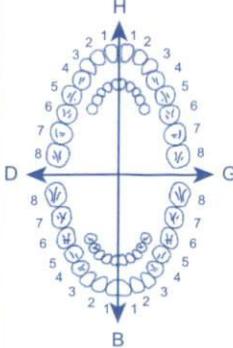
Ex Médecin Des FAR

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
	<i>Consultation C</i> 16 Rx 16 EXT D 10	Coefficient DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION	Coefficient des travaux MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION	$C + D + E = 3$ Montants des soins Debut d'exécution Fin d'exécution								
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 100px; margin-top: 10px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	21433552	D	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient des travaux MONTANT DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION	Montants des soins Debut d'exécution Fin d'exécution Date du devis Date de l'exécution	Montants des soins Debut d'exécution Fin d'exécution Date du devis Date de l'exécution
H	21433552											
D	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Doktor Chirurgien Dentiste
Ex Medecin Des FAR
10, Hadijatou Oulfa - Casa
Tel: 0522.90.40.00

Docteur Ahmed LEGTER

Chirurgien Dentiste
ORTHODONTIE

EX.Medecin des FAR
10, Hadj Fateh 6, Oulfa - Casa
Tél.: 0522-90-4000



الدكتور أحمد لكتار.

طبيب جراح للأسنان
تقويم إعوجاج الأسنان

طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية
6، الحاج فاتح
الولفة - البيضاء
الهاتف : 0522-90-4000

CASABLANCA, LE: ٠٤ / ١٢ / ٢٠١٩

M.: *Reffaud SAI*

PV: 55,00 DH
DT: 619188
PER: 01/21

Artoxil ٢٥ ml
CC
50 mg en une seule prise thérapeutique
au bout de ٣ mois (extractions)

Docteur Ahmed LEGTER
Chirurgien Dentiste
EX. Medecin Des FAR
10, Hadj Fateh 6, Oulfa - Casa
Tél: 0522-90-4000

01/12/2019
2019-12-01
2019-12-01
SIDI BOU
OULFA
CASABLANCA
0522-90-4000

Docteur Ahmed LEGTER

Chirurgien Dentiste
ORTHODONTIE

EX.Medecin des FAR
10, Hadj Fateh 6, Oulfa - Casa
Tél.: 0522-90-4000



الدكتور أحمد لكتار

طبيب جراح للأسنان
تقدير إعوجاج الأسنان

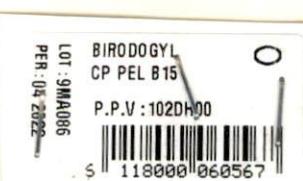
طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية
6، الحاج فاتح
الولفة - البيضاء
الهاتف : 0522-90-4000

CASABLANCA, LE : 23/11/2019

M.: Sir Ahmed

102 w

Birodogyl



48/n

Cotiprest 2mg

لاب

23 Nove 2019 2 g en une seule prise

DORAC uniquement pth zg

≈ 50,80

