

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

R ID 14965

## Déclaration de Maladie : N° P19-0003633

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9102

Société : 2am

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LARHOUFI KASSI FOUCI

Date de naissance : 11/07/52

Adresse : 19 rue lebenn el Afryne Lar

Tél. : 06 550 424 56 Total des frais engagés : 709,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Zouhair BIDINE  
Chirurgien Dentiste  
105 Avenue Hassan 2 ème  
Braga Al Hoceima  
052 80 58 06

Date de consultation : 09/03/2019

Nom et prénom du malade : KARIM SELIMI

Age : 54 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Cari

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

  
19 SEP. 2019  
ACCUEIL  
19 SEP. 2019

# 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
	19	19 canalaires + 4p	12
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			2
			Montants des soins
			600,00 DH
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H	25533412 21433552 00000000 00000000	G
	D	00000000 00000000	
	B	35533411 11433553	
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## 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
29/08/19	143,100M	

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

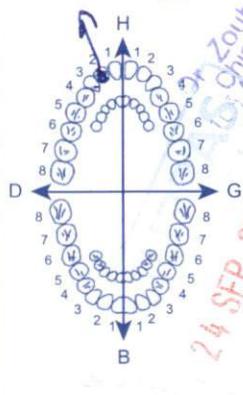
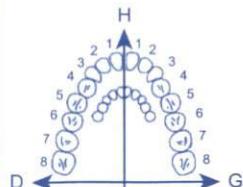
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
GT coronalain 4 12	12	GT coronalain → 4p	COEFFICIENT DES TRAVAUX	D <sub>2</sub>
			MONTANTS DES SOINS	600,00
24 SFP 2019			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$  \begin{array}{r l}  H & 25533412 \quad 21433552 \\  & 00000000 \quad 00000000 \\  \hline  D & 00000000 \quad 00000000 \\  & 35533411 \quad 11433553 \\  \hline  B &   \end{array}  $			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS

Dr. ABIDINE ZOUHAIR

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale  
Orthodontie de l'adulte et de l'enfant  
Master Européen Damon, Madrid  
Master Européen en Orthodontie Invisible  
Invisalign, Malaga  
Membre du Collège Européen d'Orthodontie



DENTAL  
CLINIC 2 MARS

## Orthodontics & Cosmetic Dentistry

Casablanca, le

Casablanca, le 29/08/2019

RABBy <sup>1951-1952</sup> Selmer

PPV: 103,60 DH  
LOT: 611218  
PER: 10/20

10<sup>3.1</sup><sup>68</sup>

1) Amoxicil 1g (cp)

48.  $\{z \in \mathbb{C} \mid |z - 1| < 1\}$  path  $\gamma$ .

2) *astagħlam* *ro* *mgħi* (4p)

~~149,10 24 2a 3 prisij polt 3~~

LOT: M19C04  
EXP: DEC 2021  
PPV: 45,50

Dr Zouhair ABDINE  
Chirurgien Dentiste  
Avenue de l'Assabance  
B.P. 1052  
13006 Marseille

105 Avenue 2 Mars, 2<sup>ème</sup> Etage, Appt 5, Casablanca

Tel. +212 5 22 805 806

Mail: [info@dentalclinic2mars.com](mailto:info@dentalclinic2mars.com)

Web: [www.dentalclinic2mars.com](http://www.dentalclinic2mars.com)

Casablanca, le

## Fiche de Réclamation

Nom et prénom : LAKLOU KASSI  
Matricule : 21.02  
Contact : 0655042456

	N° FS	Date de Dépot	Observation
1	P19-003633	19/SEP/2019	DOSSIER INTRODUIT NET SCAPE
2			
3			
4			
5			

Partie réservée à la Mutuelle : .....

