

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ons 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.

## **phacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **ologie 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.

## **ique :**

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

## **ducation :**

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.

## **ntaire :**

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**

Nº P19-0035782

ND: 32652

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 5087 Société : Ram

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SERTI JAMAL

Date de naissance : 01.01.61

Adresse : 225 Rue ABOU ZAI'D DADOUSSEI MAARIF CASA

Tél. : 06.22.06.59.34

Total des frais engagés : 171,40 DHS Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 93/06/90

Nom et prénom du malade : SERTI ASNAT

Age : 13.7.65

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Ses dents

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 : 23.06.20 CASA

Le : 23.06.20

Signature de l'adhérent(e) : S. SERTI

## **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
٢٣/٥/٩٧	Sur Anatomie		grossiste	الدكتور طه زكي زكي الأسنان وأمراض الفم الطباطبى - العاشر العاشر من رمضان

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Pharmacie CHAABI</b> Mme CHAABI K Rue Nouhass EN NAOUDI N°: 0522 90 09 22	23/06/2023	171.40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

**Dr. Younes ZAARI**

Chirurgien Dentiste

Stomatologue Orthodontiste

D.U. Implantologie Chirurgicale Orale

et Maxillo - Faciale

Université Paul Sabatier Toulouse



الدكتور يونس زعيري

طبيب جراحي للأسنان وأمراض الفم

تقويم الأسنان

زرع الأسنان

PPV: 116DH400  
PER: 10-22  
LOT: 12236

Casablanca, le

08/09/83

SE67; ASN/ABE

M6. (1)  
ZANox (SACNETS)  
ASACNET 01; (7;)

SS.40  
(2) singe 000 (1) (5)  
✓ d ✓ (5) (4)

17111111

الدكتور يونس زعيري  
طبيب جراحي للأسنان وأمراض الفم  
2<sup>ème</sup> زرع تل زعيري  
العنوان: 0522992240 - البيضاء



Pharmacie CHABBI K.  
Rue Nouhaïss El Néchou, Maroc  
Tél: 0522 99 09 22

2, Rue Tal Ezaâtar (ex. Rue de Louvre)

Angle Brahim Roudani (Maârif)

Casablanca - Tél. : 05 22 99 22 40