

## Recommandations Importantes

### Etablir une déclaration par personne

- \* La déclaration dentaire doit comporter le cachet du chirurgien-dentiste traitant, les noms et les prénoms de la personne soignée (bénéficiaire) inscrits de la main du chirurgien-dentiste traitant.
- \* La déclaration dentaire doit être accompagnée de l'ordonnance médicale prescrivant les médicaments, examens de radiologie et de laboratoire, ainsi que toutes les pièces justificatives
- \* Les prospectus, vignettes ou PPM concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.
- \* Toutes les pièces concernant les soins et prothèse dentaires doivent être remises à la M.N.A. dans les trois mois au plus tard suivant la date d'ordonnance médicale.
- \* Tout dossier retourné pour complément d'informations doit être retransmis à la M.N.A. dans un délai d'un mois
- \* Tous les certificats, notes d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'une maladie ou d'un soin sont conservés par la M.N.A.
- \* Dans le cas où la personne est bénéficiaire d'un premier remboursement auprès d'un régime de prévoyance, le mutualiste doit remettre à la M.N.A. les photocopies des pièces justificatives et l'original du décompte de règlement délivré par cet organisme.
- \* Les prothèses dentaires, les soins spéciaux, l'orthodontie faciale (O.D.F.) et les parodontoses sont soumis à l'accord préalable de M.N.A.
- \* Les extractions multiples au dessus de cinq dents sont soumises à l'accord préalable de la M.N.A.
- \* Seuls les traitements d'orthodontie faciale (O.D.F.) entamés avant le 12<sup>ème</sup> anniversaire sont pris en charge. Ils sont soumis à l'accord préalable de la M.N.A.
- \* Afin de proroger la garantie des enfants âgés de plus de 21 ans, le mutualiste doit produire annuellement un certificat de scolarité correspondant à l'année en cours.
- \* Dans le cas où le conjoint du mutualiste ne bénéficierait d'aucun régime de prévoyance, demander le questionnaire relatif à la prise en charge du conjoint et/ou des enfants. Ce document doit être retourné à la MNA dûment rempli et accompagné des pièces justificatives nécessaires.
- \* Réclamations : toute réclamation doit être formulée au plus tard dans un délai d'un mois à compter de la date de dépôt du dossier dentaire.
- \* Toute fausse déclaration est passible des sanctions prévues par la loi, les statuts et le règlement intérieur de la M.N.A.



Mutuelle Nationale des Artistes (M.N.A.), société mutualiste, instituée sous le régime du dahir 1-57-187 du 12 novembre 1963 et autorisée par décision conjointe du Ministre de l'emploi et de la formation professionnelle et du Ministre des finances et de la privatisation N° 1800.7, en date du 28 septembre 2007. 113, Avenue Mers Sultan, 5ème étage, appartement N°10, Casablanca, 20000. Tél. 022 48 02 59 / 022 48 02 51/ 022 48 04 56. Fax 022 48 01 84. Compte bancaire BMCI, RIB 013780011572009910018148, Agence Casa - El Khansa, 139, Avenue Mers Sultan, Casablanca.

### Déclaration Dentaire N°

#### Renseignements concernant l'adhérent

Nom : ..... Prénom (s) : .....  
C.I.N. N° : ..... Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
..... Ville : .....  
N° d'Adhésion : .....  
Montant des frais engagés : .....DH

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration

Fait à : ....., le .....

Signature de l'adhérent



#### VOLET DETACHABLE

**Déclaration dentaire N°**  
Remplissez ce volet, découpez et conservez-le.  
Il sera nécessaire de le présenter, pour toute réclamation ultérieure.

Exemplaire à conserver par l'adhérent

Adhésion n° : .....  
Nom de l'adhérent : .....  
Date de consultation : .....  
Total des frais engagés : .....  
Date de dépôt : .....



#### VOLET DETACHABLE

**Déclaration dentaire N°**  
Remplissez ce volet, découpez et conservez-le.  
Il sera nécessaire de le présenter, pour toute réclamation ultérieure.

Exemplaire à conserver par l'adhérent

Adhésion n° : .....  
Nom de l'adhérent : .....  
Date de la consultation : .....  
Total des frais engagés : .....  
Date de dépôt : .....

# A remplir par le Chirurgien Dentiste

## Renseignements concernant le patient

Nom du patient : ..... Prénom(s) du patient : .....

Date de naissance : ..... Lien de parenté avec l'adhérent : .....

Nature de la maladie : ..... Les circonstances.....

S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause, le lieu, la date et l'heure : .....

Fait à : ....., le .....

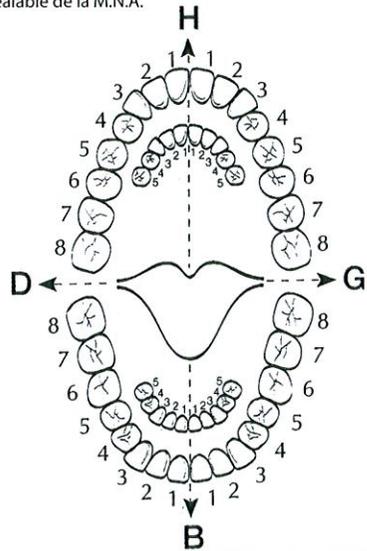
## Soins dentaires

Devis Etabli le : .....

Facture Etablie le : .....

### Soins

Les extractions de plus de 5 dents nécessitent un accord préalable de la M.N.A.



Date des soins	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient	Montant
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

Total des honoraires .....DH

Cadre réservé à la M.N.A.	Devis / signature et cachet du praticien	Facture / signature et cachet du praticien
---------------------------	--	--

# Prothèse Dentaire et orthodontie

## Prothèse et ODF

Sont soumises à un accord préalable de M.N.A.

Devis Etabli le : .....

Facture Etablie le : .....

Date des soins	Nature de la prothèse	Coefficient	Montant
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

Total des honoraires .....DH

### Traitement ODF

Semestre n°	Commencé le	Terminé le
.....	.....	.....

Cadre réservé à la M.N.A.	Devis / signature et cachet du praticien	Facture / signature et cachet du praticien
---------------------------	--	--

## Pharmacie – Analyses – Radiographie

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant de la facture	Cachet et signature attestant du paiement
----------------------	------------------------------	-----------------------	---

Exemplaire à conserver par l'adhérent

Exemplaire à conserver par l'adhérent