

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

## ditions 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.

## rmacie :

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.

## 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.

## taire :

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.

## adie 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- 0020678

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 873

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MEKKI CHIADMI

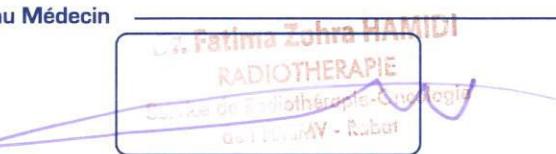
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... 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) : .....



## 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
10/01/2018	C	G	Dr. Faouzia ZOUHIR JAMIDI RADIOTHERAPIE Service de Radiothérapie-Cancérologie de l'HAMIMAV - Rabat	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 <b>LABORATOIRE BENNIS</b> <b>ANALYSES MEDICALES</b> Témara Centre 26 Rue d'Iran - Téhéran - Iran Télé: 0537 64 20 88 - Fax: 0537 64 20 89	03/07/2020	58,00	807,00

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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

### **[Création, remont, adjonction]**

---

---

---

---

---

Royaume du Maroc  
Forces Armées Royales  
Hopital Militaire  
D'instruction Mohamed V



المملكة المغربية  
القوات المسلحة الملكية  
المستشفى العسكري الدراسي  
محمد الخامس

Dr. Fatima Zohra HAMIDI  
RADIOThERAPIE  
Service de Radiothérapie-Oncologie  
de l'HMMV - Rabat

chicadni - Rektik:

① PSA →

② PSA Liège

LABORATOIRE BENNIS  
ANALYSES MEDICALES  
26 Rue d'Iran Témara Centre  
Tél: 0537 64 20 88 Fax: 0537 64 09 61

Dr. Fatima Zohra HAMIDI  
RADIOThERAPIE  
Service de Radiothérapie-Oncologie  
de l'HMMV - Rabat

Dossier du: 03/01/2020

Code Patient : 18-04710

Mr CHIADMI Mekki

Édité le: 03/01/2020

Référence : 030120-0233



Page : 1/1

### MARQUEURS SERIQUES

#### PSA

Valeurs Usuelles

Antériorité

#### PSA totale

(Technique : CLIA/LIAISON XL)

0,09 ng/ml

0,011 (02/10/19)

Valeurs usuelles en ng/ml

Moin de 60 ans : < 4.00

Au-delà de 60 ans : augmentation de 3.2% l'an

Après 70 ans : < 6.5

#### PSA Libre

(Technique : CLIA/LIAISO XL)

0,010 ng/ml

#### Rapport PSA Libre/ PSA Total

0,111

> 0.25 hyperplasie bénigne

0.1 - 0.25 cancer possible ,biopsie chez le sujet jeune

< 0.1 Risque important de cancer

#### Utilisation du ratio:

Toucher rectal normal

-si PSA compris entre 4-10 ng/ml , le rapport est calculé

-si PSA > 10 ng/ml le rapport ne permet pas une meilleure discrimination, une biopsie est réalisée

Toucher rectal anormal

- une biopsie est réalisée d'emblée, la Psa libre n'apporte rien

Dr. Abdelali BENNIS  
26, Rue Iran  
Tél: 0537 64 20 88 Fax: 0537 64 09 61

Dr. Abdelali BENNIS

Nous vous remercions de votre confiance

# LABORATOIRE BENNIS D'ANALYSES MEDICALES

Dr. BENNIS Abdelali

Adresse: 26, Rue Iran - Témara Centre - Téléphone : 05 37 64 20 88 - Fax : 05 37 64 12 46



INPE : 103002804

## Facture

N° facture : 2020-00935

Patient : Mr CHIADMI Mekki

Date prélèvement : 03/01/2020

Analyses	Valeur en B	Montant
PSA	550	737,00
PSA Total	250	335,00
<b>Total B</b>	<b>800</b>	<b>1 072,00</b>
<b>APB</b>	<b>1,0</b>	<b>10,00</b>
<b>Total payé</b>		<b>800,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de : HUIT CENTS DIRHAMS \*\*\*

LABORATOIRE BENNIS  
ANALYSES MEDICALES  
26 Rue d'Iran, Témara Centre  
Tél: 05 37 64 20 88; Fax: 05 37 64 12 46