

# 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.

## 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  
Nº P19- 049900

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1096 Société : UP 786

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ZERROU Abdennai

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0601049754

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : Abdennai



## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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       | Coefficient des travaux |
|--|---------------------|--|------------------------|-------------------|-------------------------|
|  |                     |  |                        |                   |                         |
|  |                     |  |                        |                   |                         |
| O.D.F.<br>Prothèses dentaires  |                     | Détermination du coefficient masticatoire  |                        |                   |                         |
|  |                     | H  | 25533412   21433552    | Montant des soins |                         |
| D  | 00000000   00000000 | G  | 00000000   00000000    |                   |                         |
|  | 35533411            |  | 11433553               |                   |                         |
|  |                     | (Création, Remont, adjonction)<br>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession |                        |                   |                         |
|  |                     | Date du devis  |                        |                   |                         |
|  |                     | Fin de   |                        |                   |                         |
| Signature du praticien   |                     | Signature du client ou de l'adhérent   |                        |                   |                         |
| Signature de l'adhérent  |                     | Signature de l'adhérent  |                        |                   |                         |
| VOLET ADHERENT   |                     | NOM : .....  |                        | Mle               |                         |
| DECLARATION N°   |                     | W18-340395   |                        |                   |                         |
| Date de Dépôt  | Montant engagé      |  | Nbre de pièces Jointes |                   |                         |
| <b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>  |                     |  |                        |                   |                         |
| Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle |                     |  |                        |                   |                         |



W18-340395

DATE DE DEPOT

/...../201...

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle

Nom & Prénom ZERRAO Abdellatif

Fonction : ..... Phones : .....

Mail : .....

### MEDECIN

Prénom du patient .....

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age .....

Date .....

Date 1ère visite

Nature de la maladie

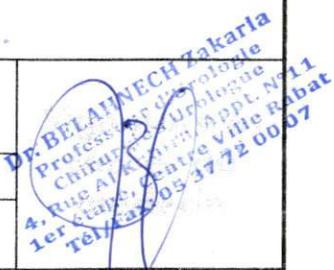
Affection uréthrique

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

| Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires |
|------------------|---------------------|---------------------------------|
|------------------|---------------------|---------------------------------|

ea

300



### PHARMACIE

Date .....

Montant de la facture

### ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Date : 03/03/2020

Désignation des Coefficients

B380X  
1.34+PS

Montant détaillé des Honoraires

570,0



### AUXILIAIRES MEDICAUX

Date : .....

| Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|--------|----|----|----|---------------------------------|
| AM     | PC | IM | IV |                                 |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

00000

# أستاذ بلحنه زكرياء

Pr. BELAHNECH Zakaria

- Reins, Prostate, et Voies génito-Urinaires
- Exploration et chirurgie Endoscopique des voies Urinaires
- Cancerologie génito-urinaire
- Lithotripsie extra-corporelle des calculs urinaires
- Stérilité Masculine

Ancien Professeur au C.H.U ibn Sina à Rabat  
Membre des Associations Européenne et Internationale d'Urologie

Rabat, le :

02/09/2006

M

سمون

Abdenor

fi

LSA

(2)

Ecclu Y ADB

LABO Yassine  
Dr. BOUTALEB BIOLOGISTE

Rue de Fes - Mohammedia  
Tél : 05 23 32 34 60 / Fax : 05 23 21 04

INPE : 101111680 - IF : 35398168  
ICE : 001858686000077  
CNSS : 7911804

Dr. BELAHNECH Zakaria  
Professeur d'urologie  
Chirurgien d'urologie  
Rue Alkahira, Appartement N° 11  
1er étage, Centre ville Rabat  
Tél / Fax : 05 37 72 00 07

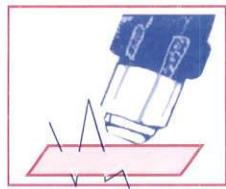
4, Rue Alkahira, Appart N° 11 en ( 1er étage ) centre ville - Rabat

Tél : 05 37 72 00 07 - Fax : 05 37 72 00 07 - Urgences : 06 61 16 79 92

E-mail : zakariabelahnech45@hotmail.com



INPE : 093001816



# مختبر ابن ياسين

## Laboratoire Ibn Yassine

### Analyses Médicales تحليلات طبية

Barcode: 01D8047

Prélèvement du : 03/09/2020

Référence : 50903354

03/09/2020

**Mr. ZERROU ABDENBI**

Médecin: **Dr. BELAHNECH**

#### EXAMENS DE SANG

#### IMMUNOLOGIE

| Analyses                                      | Résultats     | Normes | Antécédents             |
|---|---------------|--------|-------------------------|
| PROSTATE AG. SPEC. TOTAL.....<br>(Minividais) | : <b>10.8</b> | ng/ml  | (< 4.0) 8.03 (21/03/19) |

#### EXAMENS DES URINES

#### EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

|                  |                             |
|------------------|-----------------------------|
| - Aspect.....    | : légèrement trouble, jaune |
| - Culot.....     | : minime                    |
| - pH.....        | : 6                         |
| - Albumine ..... | : négatif                   |
| - Sucre.....     | : négatif                   |
| - Acétone.....   | : négatif                   |

#### EXAMEN CYTOLOGIQUE

|   |           |
|---|-----------|
| - Leucocytes.....                                   | : rares   |
| - Hématies.....                                     | : rares   |
| - Cellules épithéliales. :                          | : rares   |
| - Cristaux.....                                     | : rares   |
| - Parasites.....                                    | : absence |
| - Levures.....                                      | : absence |
| - présence de très nombreux spermatozoïdes cadavres | _____     |

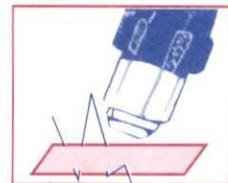
#### CULTURE ET IDENTIFICATION

|                            |                        |     |
|----------------------------|------------------------|-----|
| - Numération de germes...: | <b>10<sup>2</sup></b>  | /ml |
| - Examen après culture...: | <b>demeure stérile</b> |     |

LABO Ibn Yassine  
 Dr. BOUTALEB BILOGISTE  
 Rue de Fès, Mohammedia  
 T: 05 23 32 34 60, Fax: 05 23 32 64 01

د. عبد الواحد بوطالب  
**Dr. A. BOUTALEB**  
Pharmacien Biologiste  
Diplômé de la Faculté de Marseille  
C.E.S de Biochimie Clinique  
C.E.S d'Immunologie Sérologie  
Ancien Chef de Laboratoire d'Hématologie  
à l'Hôpital Militaire de Rabat

INPE : 093001816



# مختبر ابن ياسين

## Laboratoire Ibn Yassine

Analyses Médicales تحليلات طبية

**Facture n° 48926**

INPE: 093001816 ICE: 001644349000059 Patente : 39403860 IF : 54507300

MOHAMMEDIA LE : 03/09/2020

Analyses effectuées le: 03/09/2020

Pour.....: **Mr. ZERROU ABDENBI**

Sur prescription du: Dr BELAHNECH

Code.....: 01D8047



### **EXAMENS EFFECTUÉS :**

CBU PSA

Cotation : (B 380 )

**Montant Net : 570.00 Dh**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**CINQ CENT SOIXANTE DIX Dhs 00 Cts**

LABO 7/8/2020  
Dr. BOUTALEB BIOLISTE  
Rue de Fès - Mohammedia  
Tél : 05 23 32 34 60 / 05 23 32 64 01 - Fax : 05 23 32 64 01