

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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

N° P19- 049900

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1096 Société : 40786

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZERROU Abdelhak

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) :



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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux										
				Montant des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis											
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de											

Signature et cachet du praticien

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-340395	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
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		ZERROU Abdelhak
Fonction :	Phones.....	
Mail		

MEDECIN	Prénom du patient
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie	Date de la visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Ca		3009

PHARMACIE	Date
Montant de la facture	Signature et cachet du Pharmacien

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date : 03/09/2020
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
B380X 1.34+1.8 1.75+1.8	570,2

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date :
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

Dr. BELAINECH Zakaria
Professeur de Stomatologie
Chirurgien Maxillo-facial
4, Rue AL Karam, Appt. N°11
1er étage, Centre Ville Rabat
Tél: 05 37 72 0007

LABOYNE Yasmine
DENTOBOUTAQUEOLOGISTE
Rue de Fes - Mohammadia
Tél: 05 23 37 31 20

أستاذ بلحنش 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 :

02/09/2020

M. Zeyou
Abdenbi

PSA

ECBU 4 A/B

LABO *Dr. Boutaleb*
Dr. BOUTALEB BIOLOGISTE
Rue de Fes - Mohammedia
Tél : 05 23 32 34 60 / Fax : 05 23 20 04

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

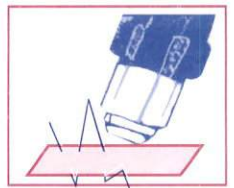
Dr. BELAHNECH Zakaria
Professeur d'Urologie
Chirurgie Endoscopique
4, Rue Alkahira, Appt N° 11
1er étage, Centre Ville Rabat
Tél/Fax : 05 37 72 00 07

4, Rue Alkahira, Appt 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





Laboratoire Ibn Yassine

Analyses Médicales تحليلات طبية

INPE : 093001816



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..... (Minividas)	: 10.8 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....	: 10² /ml
- Examen après culture....	: demeure stérile

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

د. عبد الواحد بوتaleb
Dr. A. BOUTALEB

Pharmacien Biologiste

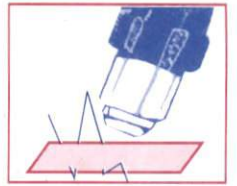
Diplômé de la Faculté de Marseille

C.E.S de Biochimie Clinique

C.E.S d'Immunologie Sérologie

Ancien Chef de Laboratoire d'Hématologie
à l'Hôpital Militaire de Rabat

مختبر ابن ياسين



Laboratoire Ibn Yassine

Analyses Médicales تحليلات طبية

INPE : 093001816

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 EFFECTUES :

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 Ibn Yassine
Dr. BOUTALEB BIOLOGISTE
Rue de Fès - Mohammedia
Tél : 05 23 32 34 60 / Fax : 05 23 32 34 61