

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

itions 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.

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.

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.



ND: 53267

Déclaration de Maladie : N° S19- 0003530

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3308 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ALANI ALLEL Date de naissance : 18/06/64

Adresse : 6 Bd Nubay Idris 1er

Tél. : 0661 2384 90 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 : 24 DEC 2020

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 : 068 Le 10 / 12 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des
Coefficients

Montant
des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature
du Praticien

Date des
Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

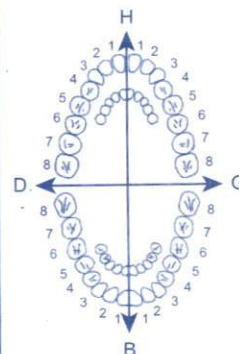
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		
B			

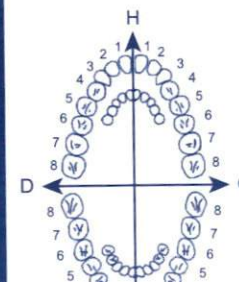
COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Dr. Leïla TAZI-DAOUDI
Allergologue

- Diplômée de l'Université Paris 5
Ancienne Attachée en Allergologie
des Hôpitaux de Paris
- Membre de la Société Française d'Allergologie
- Maladies allergiques de l'adulte et de l'enfant

الدكتورة ليلى التازي الداودي

إختصاصية في أمراض الحساسية
للکبار والأطفال



20/12/2020

Mallo
- Selma Akemi

15ans

- Recherche d'HP: test de
l'urée

LABORATOIRE POLYDIO
Dr. Amal TAOUJAT
120, Bd. My. Idress - Casablanca
Tél : 05 22 84 01 90
Tél/Fax : 05 22 84 07 84

Dr. Leïla TAZI-DAOUDI
Allergologue
Imm. le Colysée 30 Bd. Ain Taoujtat Bourgogne
Casablanca - Tél.: 05 22 27 40 11

Leila

LABO. D'ANALYSES MEDICALES POLYBIO

TAOUAKALNA AMAL - Pharmacien Biologiste -

120 BD. MOULAY IDRIS 1ER CASABLANCA

QUARTIER DES HOPITAUX 1 ER ETAGE

RC: 247908 Patente: 36350070 CNSS: 2359975 I.F.: 42023870 ICE: 001613460000056 INPE:093000941

Facture 8739

CASABLANCA Le : 14/12/2020

Analyses effectuées le: 14/12/2020

Pour.....: **Mlle ALAMI SALMA**

Sur prescription du : Dr LEILA TAZI -DAOUDI

Code.....: 2GA3921



Organisme.....: **POLYBIO**

Bilan:

T RESP=B600

Total : B 600

Montant Net : 830.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

HUIT CENT TRENTE Dhs 00 Cts

LABORATOIRE POLYBIO
Dr. Amal TAOUAKALNA
120, Bd. Moulay Idriss 1er - Casablanca
Tel : 05 22 86 04 90
Tel/Fax : 05 22 86 04 94

Dossier : 20639 22933-15.12.20
Enregistré le 15 Décembre 2020, à 14h15
Edité le 17 Décembre 2020, à 07h46:
Transmis par : LBM POLYBIO

MA080 - C - 2063922933

LBM POLYBIO
Dr TAOUKALNA Amal
120 Bd Moulay Idriss 1er
0 CASABLANCA MAROC (F)

Exemplaire destiné au correspondant

Résultat d'analyse : **Enfant (F) ALAMI, SALMA**
Née le 16 Aout 2005, âgée de 15 ans
Prélèvement du **14 Décembre 2020**



ACCREDITATION
N° 8-1100
Liste des sites accrédités
et portée disponibles sur
www.cofrac.fr

Seuls les résultats identifiés par le symbole # sont couverts par l'accréditation.

ANALYSES ISOTOPIQUES

Recherche d'Helicobacter pylori : tests respiratoires à l'urée ¹³C #

Kit		Taukit
T 0	en delta ‰	-26.01
T 30	en delta ‰	-25.28
T 30 - T 0	en delta ‰	0,73
Résultat		Absence d'Helicobacter pylori

T30 - T0 en delta ‰ : < 2,50	: résultat négatif
>=2,50 et <=5,50	: résultat indéterminé
> 5,50	: résultat positif

Interlocuteur : N.Couprrie/E.Bugni/G.Panteix : 01 49 59 16 16 - Réalisé par Biomnis LYON - Validé par : Dr Nicole COUPRIE

Dossier complet

F. Cornu
François CORNU

La présentation de nos résultats a changé : désormais, chaque analyse est suivie de la mention « validé par », qui vaut signature informatique du biologiste concerné.