

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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 052525

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1748 Société : R.A.M. 48830
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ADIDUBAN OTMAN
Date de naissance : 19-12-1947
Adresse : 78, Rue HAJ OMAR PIFI 2^e Etape n°4 CASABLANCA
Tél. : 0661 950 911 Total des frais engagés : 1818

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/09/2020

Nom et prénom du malade : Bounnan Zoukris Age : 70

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Arterio (hypertension)

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 : TETOUAN Le : 17/11/2020

Signature de l'adhérent(e) : U. HADJAGHI

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
09/09/2020	Examen	1	1000	
24/09/2020	Examen	1	1000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Hamza Dr. Adhouben Hamza Chokh El Harbi EL ALAOU N°394 Wilaya - TETUAN Tél 0539 97 48 44	22-09-20	1018,00 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. ABRID JAMAL EDDINE Spécialiste en Anatomie - Cytologie	11/09/20	B 73.0	800.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. Nouredine IBN MANSOUR

Diplômé de la Faculté de médecine
de Rennes (FRANCE)

Spécialiste des Maladies de l'appareil
Digestif - Echographie Abdominale

Endoscopie Digestive

الدكتور نور الدين ابن منصور

خريج كلية الطب بفرنسا

تخصص في أمراض الجهاز الهضمي

الكشف بالأشعة ما فوق الصوتية

التنظير الداخلي

Tétouan le: 22/09/2020. تطوان في:

Bouskoura Bouskoura



INPE
2055417

دعير المصطفى
دعير الخوار
دعير العطار
دعير النور



CODE No.: HP/DRUGS/95/2

PYLERA® gélules

Boîte de 1 flacon de 120.

AMM N°281 DMP / 21 / NNP

PPV : 903,00 DH

Titulaire de l'AMM / Distributeur

SOTHEMA, B.P.N° 127182 Bouskoura, TETOUAN



Av. Yaacoub Al mansour N° 17, Tétouan

Tél: 05 39 70 18 22 GSM: 0661 64 23 50

ICE: 001642321000009 INP: 161024138



مختبر التشريح الدقيق

DEMANDE D'EXAMEN

Nom et prénom : *Zoumana Bounaman*

Age: *1957*

Medecin demandeur: *IGNAMINOR*

prélevé-le: *09.09.2020* Reçu-le:

Localisation:

DUODENUM + ECUMER

Type de prélèvement :

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Cytologie | <input type="radio"/> Pièce opératoire simple |
| <input checked="" type="radio"/> Biopsie | <input type="radio"/> Pièce opératoire complexe |
| <input type="radio"/> Biopsies multiples | <input type="radio"/> Etude immunohistochimique |
| <input type="radio"/> Petite pièce opératoire | <input type="radio"/> Autres |

Prélèvement(s) Antérieur(s): *Salon d'attente*

Rappel Clinique :

Quodien? Mici - coelap -
Avons? HP?
Fumons? Brems?

Diagnostics évoqués:

Dr. ABRID Jamaledine
Spécialiste en
Anatomo - Cytologie

الدكتور نور الدين ابن منصور
اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
شارع يطوف الميناء عمارة رقم 17
الطابق الأول
الهاتف: 05 39 70 10 22
فاكس: 05 39 70 10 22

شارع خالد بن الوليد عمارة سعد (149) رقم 3 تطوان- هاتف/فاكس: 0539710359
Rue Khalid Ibn Oualid, Imm. Saad (149) N°3 - Tétouan- Tél/Fax: 0539710359

lab 3
J. Abrid

Doit être envoyé à la Caisse pour tous les actes signalés à la nomenclature des actes professionnels par la lettre B, ainsi que pour les actes pratiqués en série (1), sauf les consultations, visites et injections cotées 0,75 et 1. Ce bulletin doit être adressé le jour où l'acte a été effectué, il constitue un simple avis permettant à la caisse de déclencher (éventuellement) le contrôle et ne comporte pas de réponse.

Doit être envoyée à la Caisse pour tous les actes signalés à la nomenclature des actes professionnels par la lettre E, la caisse informe l'intéressé de sa décision si celle-ci ne parvient pas à l'adhérent dans les 15 jours qui suivent l'envoi de la formule, son acceptation est considérée comme acquise, toutefois, en cas d'urgence caractérisée, l'acte ou les actes peuvent être dispensés, sans qu'il soit besoin d'attendre l'accord de la caisse.

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Adhérent - Numéro d'immatriculation :

--	--	--	--	--

Nom, prénoms :

Adresse :

Bénéficiaires-Degré de parenté :

Date de naissance :

Nom, prénoms :

Adresse où le malade peut être visité :

Signature de l'Adhérent

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

LE MEDECIN, LE CHIRURGIEN, LE SPECIALISTE,

L'AUXILIAIRES MEDICAL (1) soussigné :

- Se propose de dispenser (2)

- Demande l'autorisation préalable en vue de dispenser (2)

au malade désigné ci-dessus :

Un acte coté à la nomenclature :

Biopsie gastrique + duodénale

(indicateur : chiffre-clé et coefficient de l'acte)

Une série d'actes cotés à la nomenclature :

B730

(indicateur : chiffre-clé et coefficient de ces actes)

Nature de la prescription (sous pli confidentiel)

Chef du praticien

Date *11/09/20*
Signature du praticien

Dr. ABRID Jamal Eddin
Spécialiste en
Anatomo - Cytopathologie

B.P. 209
RABAT

NATIONALE DES ORGANISMES
DE PREVOYANCE SOCIALE

agiliter la tâche du Contrôle Médical,
nent des prestations, l'adhèrent est
usage personnel, au médecin traitant
ernant l'état clinique et précisant la
s au bulletin ou à la demande d'entente
on.
accès, sous pli fermé, sera jointe par
information ou à la demande d'entente
xpéditée isolément. Elle ne sera ouverte
oleur A. défaut de cette note; le médecin
s qu'il le juge nécessaire, se mettra en
n traitant.

مختبر التشريح الدقيق

0090914154

Reçu-le : 09/09/2020

Prescripteur : Dr. IBN MANSOUR

1201414

BOUANAN BOUBAIDA

Né(e) : 27/10/1951

ANTERIORITES :

Tétouan, le 11/09/2020

Cher confrère nous vous remercions pour votre confiance
COMPTE-RENDU D'EXAMEN
BIOPSIE GASTRIQUE + DUODENALE

RAPPEL CLINIQUE :

Bilan d'anémie
Duodénum : MICI ? Cœliaque ?
Antre : HP ?
Fundus : Biermer ?

MACROSCOPIE :

Six fragments inclus en un bloc. Colorations : HES – PAS et Giemsa.

MICROSCOPIE :

- Quatre fragments intéressent une muqueuse antrale et fundique.
Les cryptes sont irrégulières.
La couche des glandes n'est pas atrophique. Il n'est pas observé de métaplasie intestinale ni de dysplasie.
Le chorion est congestif et inflammatoire avec activité modérée. Il existe quelques nodules lymphoïdes, mais sans lésion lympho-épithéliale.
L'hélicobacter pylori est présent.
- Deux autres fragments intéressent une muqueuse intestinale de type duodénal revêtue d'un épithélium cylindrique où alternent des entérocytes et des cellules caliciformes. Les villosités sont de hauteur normale.
Il n'est pas observé d'augmentation du nombre de lymphocytes intra-épithéliaux.
Il n'est pas observé d'augmentation significative du contingent lympho-plasmocytaire du chorion.
Les glandes de Brunner ne présentent pas d'atypie.
Il n'est pas observé de parasite ni de signe de malignité.

CONCLUSION :

- *Gastrite chronique antrale et fundique assez marquée.*
Sydney système : atrophie (-) ; activité : modérée ; métaplasie intestinale (-) ; dysplasie (-) ; l'hélicobacter pylori est présent (++).
- *Muqueuse duodénale subnormale.*
Il n'est pas observé d'augmentation du nombre de lymphocytes intra-épithéliaux.

*LABORATOIRE D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE
PATHOLOGIQUES
Dr ABRID Jamaledin*

Assuré

Matricule

NC

Bénéficiaire

BOUANAN ZOUBAIDA

Prise en charge N°

FACTURE N° 23039

Facturé le : 11/09/2020

Analyses :

BIOPSIE MULTIPLE 3LOCALISATION

B 730,00

Total analyses :

800,00 Dh

Prélèvements :

Total Prélèvements :

0,00 Dh

Total <>

730

Soit un montant total :

800,00 Dh

Arrêtée la présente facture à la somme de :

HUIT CENTS DIRHAMS

Dr. ABRID Jamaledin
Spécialiste en
Anatomo - Cytopathologie