

# 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.

## Prothétique :

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- 0040065

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5260 Société : *SNAS*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *El Hachad Fouzia*

Date de naissance : *26/11/1957*

Adresse :

Tél. : *0661394143* Total des frais engagés : *20000* Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



*16 DEC. 2020*

*ACCUEIL*

Date de consultation : *07/12/2020*

Nom et prénom du malade : *El Hachad Fouzia* Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *Affection digestive*

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 : *CA*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Le : *10/12/2020*

## 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
2/12/2020	C	3001.00	docteur 1000 f. 00	 <b>PROFESSEUR A. ISMAÏL</b> <b>GASTROENTEROLOGUE CASA</b> <b>TCE: 001714242000083</b> <b>INPE: 091079137</b>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE DU VILLAGE</b> CASA SARL AU bis Rue de la Réunion - CASE Tél : 06 22 29 47 67 ICE : 001689080000047	37/12/20	701,60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000	B 35533411		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Professeur R. ISMAIL

**Médecin Spécialiste**  
 Maladies de l'Appareil Digestif  
 Maladies du Foie  
 Proctologie Médico-Chirurgicale  
 Endoscopie Digestive  
 Echographie - Nutrition Clinique  
 Ex. Professeur de l'Enseignement Supérieur  
 à la Faculté de Médecine - Casablanca

**SYNTHEMEDIC**  
 22 rue zoubir bnou al aouam roches  
 noires casablanca  
 INEXIUM

40 mg Cpr GR  
 Boîte 14  
 641/50MP/21NRO P.P.V:123,60 DH  
 6 118001 020607

**SYNTHEMEDIC**  
 22 rue zoubir bnou al aouam roches  
 noires casablanca  
 INEXIUM

40 mg Cpr GR  
 Boîte 14  
 641/50MP/21NRO P.P.V:123,60 DH  
 6 118001 020607

**SYNTHEMEDIC**  
 22 rue zoubir bnou al aouam roches  
 noires casablanca  
 INEXIUM

40 mg Cpr GR  
 Boîte 14  
 641/50MP/21NRO P.P.V:123,60 DH  
 6 118001 020607

**SYNTHEMEDIC**  
 22 rue zoubir bnou al aouam roches  
 noires casablanca  
 INEXIUM

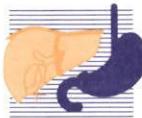
40 mg Cpr GR  
 Boîte 14  
 641/50MP/21NRO P.P.V:123,60 DH  
 6 118001 020607

**SYNTHEMEDIC**  
 22 rue zoubir bnou al aouam roches  
 noires casablanca  
 INEXIUM

40 mg Cpr GR  
 Boîte 14  
 641/50MP/21NRO P.P.V:123,60 DH  
 6 118001 020607

**SYNTHEMEDIC**  
 22 rue zoubir bnou al aouam roches  
 noires casablanca  
 INEXIUM

40 mg Cpr GR  
 Boîte 14  
 641/50MP/21NRO P.P.V:123,60 DH  
 6 118001 020607



# البروفيسور ر. إسماعيل

**طبيب اختصاصي**  
 أمراض الجهاز الهضمي  
 أمراض الكبد. أمراض وجراحة المخرج  
 التشخيص بالمنظار الداخلي  
 الفحص بالصدى. التغدية  
 أستاذ جامعي سابق  
 بكلية الطب. الدار البيضاء

7/12/2020

Mr EL Hachad

fmz

z

12360 InxiuM

x 6



1 - 0 - 0  
 mc +

744,60



QSP = 3 min

z



## FIBROSCOPIE OESOGASTRODUODÉNALE

**Mme EL HACHAD Fouzia**

07/12/2020

Pr R.ismail

Appareil : Olympus

Anesthésie fibro : Sans

Lieu : Cabinet

### **Clinique**

Troubles dyspeptiques.

### **Examen**

Oesophage

Muqueuse cardioœsophagienne normale.

Hernie hiatale de volume modéré.

Estomac

Lac muqueux clair.

Muqueuse fundique et son plissement normaux en vision directe et rétrovision.

Muqueuse antrale normale.

Pylore facilement franchi.

Bulbe

Muqueuse et morphologie normales.

Duodénum post-bulbaire

Muqueuse normale.

### **Conclusion**

Hernie hiatale non compliquée.

PROFESSEUR R.ISMAIL  
GASTROENTEROLOGUE-CASA  
ICE:00171424200083  
INPE : 001079137

# Professeur R.ISMAIL

Maladies de l'appareil digestif

112,Bd d'Anfa Casablanca

Tel : 0522 47 27 36

cabinetrafik@gmail.com

Nature de l'examen	Honoraires
CONSULTATION	300.00
FIBROSCOPIE	1000.00

**TOTAL 1300.00**

**PAYE : 1300.00 / ESPECE  
RENDU... 0.00**

TICKET: 0100004757

lundi 07/12/2020-10:15

Nom du patient: EL HACHAD FOUZIA

ICE :001714242000083

PATENTE :3546598

Bon rétablissement

PROFESSEUR R.ISMAIL  
GASTROENTEROLOGIE  
ICE:001714242000083  
INPE : 091079137