

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

## ditions 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.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0971 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HOUMSI ABDALLAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0671837874 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../..... Age: .....

Nom et prénom du malade : ..... 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 : 0971 Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : Yassine

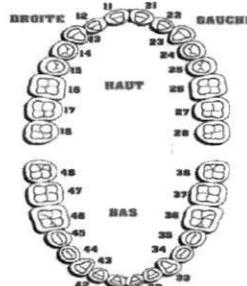


# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	<div style="text-align: center;"> <b>Coefficient des</b>  <input type="text"/>  <b>Montant des soins</b>  <input type="text"/>  <b>Début d'exécution</b>  <input type="text"/>  <b>Fin d'exécution</b>  <input type="text"/>  <b>Coefficient des travaux</b>  <input type="text"/>  <b>Montant des soins</b>  <input type="text"/>  <b>Date du devis</b>  <input type="text"/>  <b>Fin de</b>  <input type="text"/> </div>											
																
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire														
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: left;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table>	D	H		G	25533412 00000000	21433552 00000000		00000000	00000000		35533411	11433553		
D	H	G														
25533412 00000000	21433552 00000000															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
		<p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														
<b>VOLET ADHERENT</b> <input type="checkbox"/> <b>NOM :</b> .....		<b>Mle</b> <input type="checkbox"/>														
<b>DECLARATION N°</b> <b>W18-364080</b>																
Date de Dépôt	Montant engagé				Nbre de pièces Jointes											
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> <p>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</p>																

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	0071						
Nom & Prénom		HOLMESTAD ALI							
Fonction :		X X X	Phones 0671 832874						
Mail		X X X X							
MEDECIN		Prénom du patient ECHATIBI MBARKA							
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age 1957		Date 20/05/15							
Nature de la maladie		Date 1ère visite							
<p style="text-align: center;">Affection Sighri</p>									
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances									
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires						
CS		1	Gastritis						
PHARMACIE		Date .....							
Montant de la facture									
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 04/05/15							
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires							
High		300,00							
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date .....							
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> <th>Nombre</th> <th>Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> </thead> </table>		AM	PC	IM	IV	Nombre	Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	Nombre	Montant détaillé des Honoraires				

Abdellaziz ZIANE  
 Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif et du Foie et de l'Anus  
 54, Casablanca 1000  
 Tel: 05 22 42 90 90

Centre de Pathologie et de Radiologie  
 1er Etage - Casablanca - 1000  
 Tel: 05 22 42 90 90

Dr. Amal BENKIRANE

Professeur d'Anatomie Pathologique  
Ex. Enseignante à la Faculté  
de Médecine de Casablanca



Dr. Lamia JABRI

Professeur d'Anatomie Pathologique  
Ex. Enseignante à la Faculté de  
Médecine de Casablanca

# CASAPATH

## DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr : Dr. Amal BENKIRANE

Nom et prénom du patient : ECHATI BI M BARKA

Age : ..... Sexe : .....

Date de prélévement : 24/03/10

Renseignements cliniques et paracliniques : clatre +

Rouge - Gastro-entérite  
épiphys

Autre (2) Biopsie (1)

Organe prélevé : ..... Rectum

Nature de l'acte réalisé : - Polype fract

Biopsie antérieure :  Oui de 4 mm  Non NSM Réf: 1

FCV :  Vagin  Exocol :  Endocol : Biopsie (1)

Date des dernières règles : ..... Parité : .....

Thérapeutique antérieure ou en cours : ..... - Myrtille (3)

*Dr. Abdellaziz ZIANE  
Spécialiste des maladies de l'Appareil  
Digestif du Foie et de l'Anus  
7, Bd. Ooba Ibn Nafta - Casablanca  
Tél: 05 22 22 32 90*

Signature & Cachet



RECU LE : 24/09/2019  
EDITE LE : 26/09/2019

NOM & PRENOM : ECHATIBI MBARKA  
PRESCRIPTEUR : Dr. ZIANE ABDELAZIZ  
AGE : 57 ans  
Code Patient : 051211  
N/REF : 90924643  
ORGANE : ANTRE-POLYPE FUNDUS-OESOPHAGE

#### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Douleurs abdominales FOGD: Gastro bulbite erythémateuse. Antre2. Polype fundique de 4mm sessile.  
Biopsie1. Mycose oesophage? 3.

#### COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

##### I- Polype fundique:

L'examen histologique concerne deux fragments biopsiques mesurant 0,1 cm provenant d'une muqueuse de type fundique ne comportant pas de tunique musculaire muqueuse. Le revêtement de surface et cryptique est en feuillet glandulaire régulier, sans métaplasie intestinale ni dysplasie non colonisé par l'hélicobacter pylori. Le chorion est oedématosité, renferme un discret infiltrat inflammatoire mononucléé fait de plasmocytes et de lymphocytes sans polynucléaires neutrophiles. Les glandes sont d'aspect régulier, sans métaplasie intestinale ni dysplasie ; leur densité est globalement conservée.

##### II- Antre:

L'examen histologique concerne quatre fragments biopsiques mesurant entre 0,2 cm et 0,4 cm provenant d'une muqueuse de type fundique sans tunique musculaire muqueuse. Le revêtement de surface et cryptique est en feuillet glandulaire régulier, sans métaplasie intestinale ni dysplasie non colonisé par l'hélicobacter pylori. Le chorion est oedématosité, renferme un discret infiltrat inflammatoire mononucléé fait de plasmocytes et de lymphocytes sans polynucléaires neutrophiles. Les glandes sont d'aspect régulier, sans métaplasie intestinale ni dysplasie ; leur densité est globalement conservée.

##### III- Oesophage:

Trois fragments biopsiques mesurant entre 0,1 cm et 0,3cm, inclus en totalité et examinés sur plusieurs niveaux de coupe.

Ils proviennent d'une muqueuse œsophagienne à revêtement de surface hyperplasique régulier ponctué de quelques lymphocytes. Le chorion est peu représenté d'aspect congestif. La coloration PAS montre en surface quelques spores et filaments mycéliens.

#### CONCLUSION :

- Polype fundique: Gastropathie fundique oedématose interstitielle modérée. Absence d'hélicobacter pylori. Absence de malignité.

Dr. Lamia JABRI  
Anatomopathologiste  
Centre de Pathologie CASAPATH  
6, Rue des Hôpitaux Rés. du Port Casablanca  
Tél: 05 22 22 13 46 / 66 - Fax: 05 22 22 14 24 - E-mail : labocasapath@gmail.com

Page 1/2

Dr. Amal BENKIRANE

Professeur d'Anatomie Pathologique

Ex. Enseignante à la Faculté de

Médecine de Casablanca



CENTRE DE  
PATHOLOGIE  
SPÉCIALISÉE  
CASABLANCA

CASAPATH

EDITE LE : 26/09/2019  
N/REF : 90924643

NOM & PRENOM : ECHATIBI MBARKA  
PRESCRIPTEUR : Dr. ZIANE ABDELAZIZ

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE SUITE

- Antre: Gastropathie fundique oedématueuse interstitielle modérée. Absence d'hélicobacter pylori. Absence de malignité.
- Oesophage: Candidose oesophagienne. Absence de signes en faveur d'un endobrachyoesophage.

Signé : Dr. Lamia JABRI

Dr. LAMIA JABRI  
Anatomo-Pathologiste  
Centre de Pathologie Casapath  
6, Rue des Hôpitaux Rés. du Parc Casablanca  
Tél. : 05 22 22 13 46 / 66 - Fax : 05 22 22 14 24



## CENTRE DE PATHOLOGIE SPÉCIALISÉE CASABLANCA

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1er étage 20360 - Casablanca

Tel.: 0522 22 13 46/66 - Fax : 0522 22 14 24 - Email : labocasapath@gmail.com

Patente 36333531 ICE 001624540000044

## FACTURE N° 19/6266

Casablanca, le : 27/09/2019  
Analyses effectuées le : 24/09/2019  
Pour : ECHATIBI MBARKA  
Sur prescription du : Dr. ZIANE ABDELAZIZ  
Référence : **90924643**

### Analyse effectuée

Histologie

ANTRE-POLYPE FUNDUS-OESOPHAGE

### Cotation :

**Montant Net : 900,00 Dhs**

**Arrêtée la présente facture à la somme de  
Neuf cents Dirhams**

Signé :