

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

## tions 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.

## phacie :

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.

## ique :

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.

## 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.



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 0038588

21140  
 Autres

Maladie

Dentaire

Optique

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 031146 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NOUASSER

ZO'HAMMED

Date de naissance :

09 / 02 / 1956

Adresse :

12, rue George Sand

VIC FLEURI

Tél. : 06 26 96 61 51

Total des frais engagés : 656,80

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

MUPRAS  
24 SEP. 2020

Nom et prénom du malade : NOUASSER ZO'HAMMED Age: 64 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA

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 : Gambala Le : 09 / 09 / 2020

Signature de l'adhérent(e) : KH

## **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
05/07/2013	C 24116		300.00\$	JOSEPH Chabot CAROLINE M. Meskin ALIANCA 1513

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA BOURGEOISIE PARIS - MARAIS - MARAIS-CAISSE DES DEPOTS 05.02.98 à 17:30	9.9.90	35680

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## **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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
P	

#### **[Création, remont, adjonction]**

# DOCTEUR JOUNDY CHAKIB

## CARDIOLOGUE

Spécialiste Diplômé de la Faculté  
de Médecine de Lille (France)

Diplômé d'Etudes Spéciales de  
Pathologie Vasculaire Varices  
Ex. Médecin Attaché au C.H.U  
de Lille

39, Bd. Rahal El Meskini  
Tél.: 05 22 31 64 13 / 05 22 31 75 13  
Fax : 05 22 44 46 10  
D. 05 22 52 08 03 - GSM : 06 61 17 34 48  
Casablanca



# الدكتور جندي شكيب

اختصاصي في أمراض القلب  
و الدورة الدموية

خريج كلية الطب بلييل فرنسا  
طبيب ملحق سابقاً بالمركز الصحي  
الجامعي بلييل

شارع رحال المسكنبي

الهاتف ع. 05 22 31 75 13 / 05 22 31 64 13

فاكس: 05 22 44 46 10

05 22 52 08 03:

المحمول: 06 61 17 34 48 - الدار البيضاء

Casablanca, le :

09/09/2011

Nouarn M.

85.00

Alzofra 20

44.00

S. V. Cerebosylen 10

Q8.00 x 2

Amlopidine 10 mg x 20

356.80

20

Dr. NABIL PHARMACEUTICALS - Casablanca  
39, Boulevard Rahal El Meskini 05 22 31 75 13  
Tél. 05 22 31 64 13 / 05 22 31 75 13  
Dr. JOUNDY Chakib  
CARDIOLOGUE Diplômé d'Etudes Spéciales de Pathologie Vasculaire Varices  
Diplôme de Médecine de Lille (France)  
DOCTEUR en Pharmacie  
PHARMACEUTICALS DE LA MOSQUEE

# DOCTEUR JOUNDY CHAKIB

## CARDIOLOGUE

Spécialiste Diplômé de la Faculté  
de Médecine de Lille (France)



Diplômé d'Etudes Spéciales de  
Pathologie Vasculaire Varices  
Ex. Médecin Attaché au C.H.U  
de Lille

39, Bd. Rahal El Meskini  
Tél.: C. 05 22 31 64 13 / 05 22 31 75 13  
Fax : 05 22 44 46 10  
D. 05 22 52 08 03 - GSM : 06 61 17 34 48  
Casablanca

# الدكتور جندي شكيب

اختصاصي في أمراض القلب  
و الدورة الدموية

خريج كلية الطب بلييل فرنسا  
طبيب ملحق سابقاً بالمركز الصحي  
الجامعي بلييل

شارع رحال المسكنيني  
الهاتف: 05 22 31 75 13 / 05 22 31 64 13  
فاكس: 05 22 44 46 10  
05 22 52 08 03: م  
المحمول: 06 61 17 34 48 - الدار البيضاء

Casablanca, le :

09/09/2011

Nouarn M.

85.00

Algol 20

44.00

Carbosylane 1g

48.00x2

Amikarim 1g

356.80



# الـ زـوـل® 20 مـعـ

أومـيـبـراـزـوـل

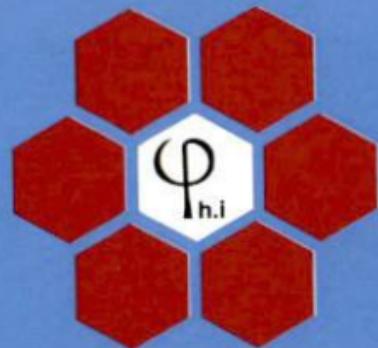
ALZOLE® 20 mg  
28 gélules



6 118000 051022

برشامات  
مقاومة للعصارة المعدية

LOT : 179  
PER : FEV 2021  
PPV : 85 DH 00

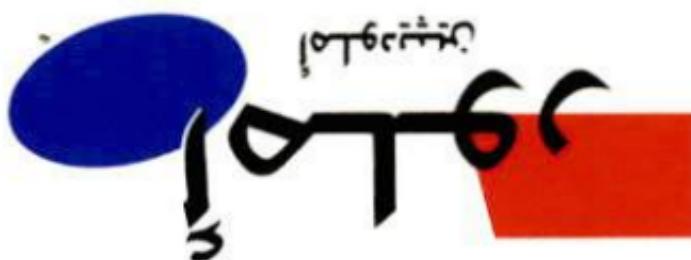


Φ

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

LSD 28

10 mg



6 118000 250555



28 COMPRIMÉS

AM-LSD 10mg

UT.AV : 04 22

P.P.V.

9 8 9

LOT N° : 1274023

98,90

09366128/3

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

LSD 28

10 mg



6 118000 250555



28 COMPRIMÉS

AM-LSD 10mg

UT.AV : 04 22

P.P.V.

9 8 9

LOT N° : 1274023

98,90

09366128/3

MAC 500

V2.22

GE marquette

09 Sep. 20 12:20

U1

U4

U2

U5

U3

U6

Auto

25mm/s

10mm/mV

SAD

50Hz

0,08-35Hz

66/min

414P - 22616702

MAC 500

U2.22

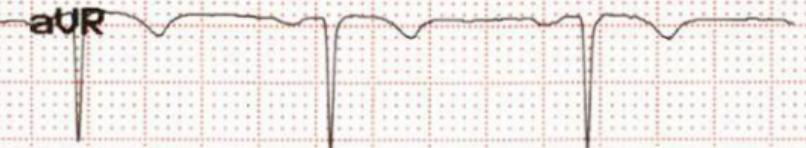
GE marquette

09. Sep. 20 12:20

I



aVR



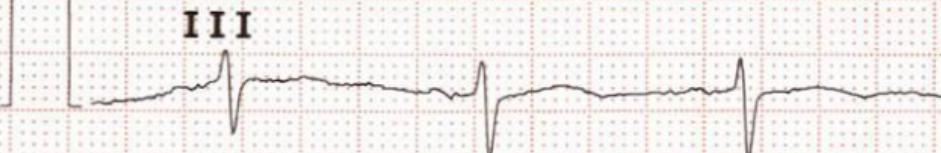
II



aVL



III



aVF



Auto

25mm/s

10mm/mV

SAD

50Hz

0,08-35Hz

66/min