

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 mois.



61810

Déclaration de Maladie : N° P19- 0020882

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2320 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
Nom & Prénom : KHATE Fatima Date de naissance : 1952
Adresse : RAMHAU A Sdellcader
Tél : 06.67.8135.18 Total des frais engagés : 523,40 + 3,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :
Nom et prénom du malade : KHATE Fatima Age : 58 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : maladie chronique
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.

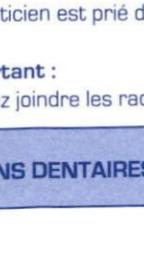
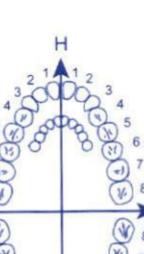
Fait à : CASABLANCA Le : 02/03/2021
Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/02/2021	\$23,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>LABO - <i>Dr BOUTALIER</i></p> <p>Dr BOUTALIER BIOLOGISTE</p> <p>Rue de Fès - Monammedia</p> <p>Tél 05 23 32 34 60 / Fax 05 23 32 34 01</p>	05/02/2021	<p>Buor</p> <p>1.34 + 1c</p> <p>1.52 + 1c</p>	63,3

[illegible]

RELEVÉ 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 <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>	
	MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>				
	DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>				
FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>	
			DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>		

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

[illegible]

Dr. Mohamed Ali BENNANI

logue

PPV :
Exp :
N° Lot :
des maladies
des vaisseaux
tension artérielle
graphie doppler - Holter
- Holter rythmique

preuve d'effort
des varices
chez-vous

PPV :
Exp :
N° Lot :
20,00

PPV :
Exp :
N° Lot :
20,00

PPV :
Exp :
N° Lot :
20,00



مركز فحوصات القلب والشرابيين
CENTRE D'EXPLORATIONS
CARDIOVASCULAIRES

Casablanca, le : 03/11/2024 : الدار البيضاء، في :

د. علي بناني

القلب والشرابيين

ق الصوتية والدوبلر
الدم لمدة 24 ساعة
ط القلب لمدة 24 ساعة
جهد
المتنفخة بالساق

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
LOT : 201019
PER : 05/2024
6 118000 050468

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
LOT : 201021
PER : 07/2024
6 118000 050468

BOTTU S.A.
PPV : 25 DH 00
30 comprimés
(Digoxine)
DIGOXINE 0,25 mg
6 118001 040117
6 118001 040117
DIGOXINE 0,25 mg
(Digoxine)
30 comprimés
BOTTU S.A.
PPV : 25 DH 00

25,00 x 2

Digoxine 1 cp / 15

ATE Non. 100 -> 1/2 cp / 15
34,60 x 2

CARILIX 1 cp x 2 / 15
122,10 x 2

TRIAtec 5 -> 1 cp / 15
20,00 x 8

Sintom. 1 cp et 1/2 / 15
TE 523,40

Traitement à ne pas arrêter jusqu'au prochain rendez-vous le :

حتى الموعد المقبل في :

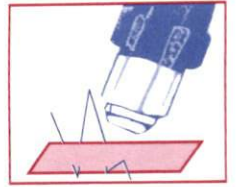
شارع رضى اكديرة (النيل سابقا) - الطابق الأول (قرب حمام الفن) - ابن امسيك - الدار البيضاء
1, Rue 4 Ahd El Jadid et Bd. Reda Guedira (Ex. Nil) - 1^{er} Etage - (à Côté de Hammam El Fane)
E-mail : bennanimedali@yahoo.fr - البريد الإلكتروني - Tél./Fax : 05 22 59 59

PPV :
Exp :
N° Lot :
20,00

Exp :
N° Lot :
20,00

د. عبد الواحد بوطالب
Dr. A. BOUTALEB
Pharmacien Biologiste
Diplômé de la Faculté de Marseille
C.E.S de Biochimie Clinique
C.E.S d'Immunologie Sérologie
Ancien Chef de Laboratoire d'Hématologie
à l'Hôpital Militaire de Rabat

مختبر ابن ياسين



Laboratoire Ibn Yassine

Analyses Médicales **تحليلات طبية**

INPE : 093001816

Facture n° 52061

INPE: 093001816 ICE: 001644349000059 Patente : 39403860 IF : 54507300

MOHAMMEDIA LE : 09/02/2021

Analyses effectuées le: 09/02/2021

Pour.....: **Mme RAHHALI FATIMA**

Sur prescription du: Dr BENNANI

Code.....: 1GC4395



EXAMENS EFFECTUES :

TP

Cotation : (B 40)

Montant Net : 63.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

SOIXANTE TROIS Dhs 00 Cts

LABO Ibn Yassine
Dr BOUTALEB BIOLOGISTE
Rue de Fès - Mohammedia
Tel: 05 23 32 34 60 / Fax: 05 23 32 64 01

Dr. Mohamed Ali BENNANI
Cardiologue

Spécialiste des maladies
du cœur, des vaisseaux
et de l'hypertension artérielle
Echocardiographie doppler - Holter
Tensionnel - Holter rythmique
Epreuve d'effort
Traitement des varices
Sur Rendez-vous



مركز فحوصات القلب والشرابيين
**CENTRE D'EXPLORATIONS
CARDIOVASCULAIRES**

الدكتور محمد علي بناني

إختصاصي في أمراض القلب والشرابيين
وارتفاع الضغط الدموي
التشخيص بالأصوات فوق الصوتية والدوبلر
تسجيل مستمر لضغط الدم لمدة 24 ساعة
تسجيل مستمر لتخطيط القلب لمدة 24 ساعة
تخطيط القلب عند المجهود
علاج الدوالي (العروق المنتفخة بالساق)
بالمزيج

Casablanca, le : 03/11/2009 : الدار البيضاء، في :

Nom :

KHATE FATIMA
Ep RAHHALI

Sous S. M. M.

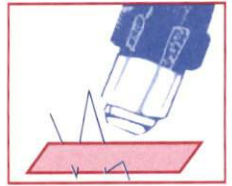
TP - INR

LABO - Mr. Yassine
Dr. BOUTALEB BIOLOGISTE
Rue de Fès - Mohammedia
Tél: 05 23 32 34 60 / Fax: 05 23 32 64 01

Dr Mohamed Ali BENNANI
Spécialiste des Maladies du Cœur et
des Vaisseaux - Centre d'Explorations Cardiovasculaires
1, Rue 4 Ahd El Jadid et Bd. Reda Guedira (Ex. Nil)
1er Etage - Tél/Fax: 05 22 59 59 00

Traitement à ne pas arrêter jusqu'au prochain rendez-vous le : : عدم توقف الوصفة حتى الموعد المقبل في :

1, زنقة 4 العهد الجديد وشارع رضى اكديرة (النيل سابقا) - الطابق الأول (قرب حمام الفن) - ابن امسيك - الدار البيضاء
1, Rue 4 Ahd El Jadid et Bd. Reda Guedira (Ex. Nil) - 1^{er} Etage - (à Côté de Hammam El Fane) - Ben M'sik - Casablanca
الهاتف/الفاكس : 05 22 59 59 00 - البريد الإلكتروني : bennanimedali@yahoo.fr



Laboratoire Ibn Yassine

Analyses Médicales تحليلات طبية

INPE : 093001816



1GC4395

Prélèvement du : 09/02/2021

Référence : 10209581

09/02/2021

Mme RAHHALI FATIMA

Médecin: Dr. BENNANI

EXAMENS DE SANG HEMOSTASE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Taux de prothrombine (Temps de quick, TP) (Technique chronométrique-Stago)			
Temoin.....:	12.5	sec	12.5 (11/11/20)
Patient.....:	21.5	sec	19.3 (11/11/20)
TP.....:	34	%	
INR.....:	1.9		1.6 (11/11/20)
(International Normalized Ratio)			

Valeurs de référence de l'INR:

- 0.8 à 1.2: Normale sans traitement AVK
- 2.0 à 3.0: Phlébite-Embolie pulmonaire-Fibrillation auriculaire
- 3.0 à 4.5: Risque élevé de thrombose-Prévention due aux valves cardiaques

LABO - Ibn Yassine
Dr. BOUTALEB BIOLOGISTE
Rue de Fès - Mohammedia
Tél 05 23 32 34 60 / Fax 05 23 32 64 01

Le/...../.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Certifie que Mlle, Mme, M :

Présente

Malade chronique - RN moyen et IN - p. 1/1

Nécessitant un traitement d'une durée de:

12 mois

Dont ci-joint l'ordonnance:

(A défaut noter le traitement prescrit)

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

Dr. Mohamed Ali DRAHANI
 Spécialiste des Maladies du Dœur, Hôpital
 Walid, 1^{er} Etage, 1^{er} Etage, 1^{er} Etage, 1^{er} Etage
 1, Rue 4, And El Jadid, 1^{er} Etage, 1^{er} Etage
 1^{er} Etage, 1^{er} Etage, 1^{er} Etage, 1^{er} Etage

CIE DE L'Hôpital
 1^{er} Etage, 1^{er} Etage, 1^{er} Etage, 1^{er} Etage
 1^{er} Etage, 1^{er} Etage, 1^{er} Etage, 1^{er} Etage