

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.

Radiologie 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.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M22- 0036743

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10452 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ELAMRAOUI SETTY
Date de naissance : 26/07/1975
Adresse :
Tél. : 06 61149714 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 09 / 08 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



RELEVÉ DES PRESTATIONS		 الصندوق التآصدي المهني المغربي Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine
Date de paiement : 10/07/2023 Num Paiement : 1700555 Assuré : EL RHODAIBI HASSAN N° d'immatriculation : 10054129 Mode de règlement : Virement		EL RHODAIBI HASSAN (BANK OF AFRICA) AUC EL OULFA MAROC
Emis à Casablanca le : 08/08/2023		Page : 1

Nous avons le plaisir de vous informer ci-dessous des règlements effectués en votre faveur.

N° dossier	Date de soins	Actes	Qte	Coef	Taux de Remboursement	Dépenses	Base de remboursement	Remboursement autre mutuelle ou assurance	Montant remboursé	Motif rejet
Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129 \001CMIM0347M20230706608115										
ML3411725	30/03/2023	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1,00	85.00	250,00	300,00	0,00	212,50	
ML3411725	30/03/2023	PHARMACIE	1	1,00	85.00	252,50	252,50	0,00	214,63	
ML3411725	30/03/2023	PHARMACIE NON REMB	1	1,00		95,00	95,00	0,00	0,00	nr extramag
ML3411725	30/03/2023	JANUMET 50 / 850 MG / MG (Prix : 428 dhs)	6	1,00	85.00	2 568,00	2 568,00	0,00	2 182,80	
Total remboursé pour HASSAN						3 165,50			2 609,93	
Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129 \001CMIM0347M20230706608689										
ML3504714	16/05/2023	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1,00	85.00	200,00	300,00	0,00	170,00	
ML3504714	16/05/2023	PHARMACIE	1	1,00	85.00	350,00	350,00	0,00	297,50	
ML3504714	16/05/2023	HOLTER TENSIONNEL	1	1,00	85.00	500,00	800,00	0,00	425,00	
Total remboursé pour HASSAN						1 050,00			892,50	
Total général remboursé									3 502,43	

QUELQUES CONSEILS POUR REMPLIR LA FEUILLE DE SOIN

- 1- Établir une feuille de soins par personne et par événement.
- 2- La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire) ...
- 3- Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux-mêmes sur chaque feuille de soins.
- 4- Les ordonnances sur lesquelles doivent être collées les codes - barres de produits pharmaceutiques (à défaut joindre la partie de l'emballage portant le prix du produit et les prospectus des produits pharmaceutiques).
- 5- La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les trois mois qui suivent le dernier acte médical.
- 6- Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.
- 7- Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.
- 8- L'obligation de remboursement prise par la CMIM est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

NOTE D'INFORMATION RELATIVE A LA LOI 09-08

Les données collectées par la CMIM sont nécessaires à la Gestion des remboursements des dossiers Maladie / Maternité.

Peuvent seuls, dans la limite de leurs attributions respectives, être destinataires de ces informations : le personnel de la CMIM, les médecins conseils, les affiliés, le souscripteur, les praticiens conventionnés, le dispositif de contrôle externe et les organes de règlement du secteur en cas de besoin.

Conformément à la loi n°09-08, vous pouvez accéder aux informations vous concernant, les rectifier ou vous opposer au traitement de vos données pour motif légitime, par courrier avec accusé de réception à l'adresse suivante : CMIM, service audit interne, 35 Bd d'Anfa, 20000 - CASABLANCA.

Ce traitement a reçu récépissé de la commission nationale de contrôle la protection des données à caractère personnel, sous le numéro A-161/2013 en date du 28/02/2014



REFERENCE DOSSIER



* M L 3 4 1 1 7 2 5 *

DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

(Réservée à la CMIM)

D:

T:

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (1)

Nom et Prénom :

MATRICULE ASSURE :

N° CIN :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE (1)

Nom et Prénom :

MATRICULE BENEFICIAIRE :

Date de naissance :

Montant des frais (DHS):

Lien de parenté :

Nombre de pièces jointes :

(1) L'exactitude et l'exhaustivité des informations remplies, vous garantissent le bon traitement de votre demande de remboursement.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau :	
CACHET	

SIEGE SOCIAL : 36, Boulevard d'anfa - CASABLANCA Tél : 05 22 20 24 20 / 21 Fax : 05 22 26 24 51

Cette feuille est téléchargeable sur votre extranet : www.cmim.ma

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénom du malade : RE-éduité Hassan
 Nature de la maladie (4) : diabète type 2, myxom
 CIM-10 : Dr
 (4) A fournir formulaire de maladie de longue durée si ALD non déclarée (voir site [CIM10](#))

(*) A fournir formulaire de maladie de longue durée si ALD non déclarée (voir site CMIM)

NATURE DES PRESTATIONS

[illegible]

Praticien	Date début et fin de soins (4) ¹	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					

(4)¹ - La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, prothèse dentaire, ...)
 - Accord préalable obligatoire

(b)¹ - La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, psychothérapie...)
- Accord préalable obligatoire

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE: **INPE:092025014**

PHARMACIE EL LOTF

Mme. BENJELLOUN NEAMA
313, Bd. El Qued Tensift El Ouf
Casablanca 3. Tél. 022.91.00.33
'ordonnance Quantité

Date (a) ² début Traitement	Date (a) ² fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
30.03.2023		JANUMET 50/850	6	428,00	
		ZYLORIC 100	1	46,40	
		EXTRATAG	1	95,00	
		VITANEURYL Fort	2	28,50	
		D-CURE fort	3	49,60	
		TOTAL	13		2916,10

(a)² Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

(c)² Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

OPTIQUE (1)¹

Code INPE:

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(4)³- La prescription et la facture des verres sont obligatoires.

(a) - La prescription et la facture des verres sont obligatoires.
- En cas de changement d'acuité visuelle, un certificat du médecin traitant mentionnant l'ancienne et la nouvelle acuité est obligatoire pour le remboursement des verres avant délai.

Docteur Meryem LAMNIJI

Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca
Ancienne interne des hôpitaux de Casablanca
Diplômée de l'académie supérieure de nutrition
et de médecines holistiques de l'Ontario - Canada

Diabète

Nutrition clinique - Micronutrition

Surpoids - Obésité - Amincissement

Nutrition de l'enfant

Nutrition de la femme enceinte

الدكتورة مريم لمنيجي

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

وخليّة سابقة بمستشفيات الدار البيضاء

خريجة الأكاديمية العليا للتغذية والطب الشمولي بكندا

مرض السكري

التغذية - التغذية الدقيقة

زيادة الوزن - السمنة - التخسيس

تغذية الطفل والمرأة الحامل

Casablanca, le 30/03/2023

PHARMACIE EL LOTF
Mme. BENJELLOUN NEAMA
313 Bd. Oued Tensift El Oufi
Casablanca 3 - Tél: 0522 57 48 48

Mr. ELRHODAÏBI HASSAN

428.00 x 6

- Jammek 501850

S.V.

Dr LAMNIJI Meryem
Médecin Nutritionniste Diabétologue
89 Bd Stendhal 3ème Etage N°7
Val Fleuri Casablanca
Tél: 0522 25 87 48
INPF 091237230

1 cp x 21j après 2pms x 3 mois
46.70
- Zyloric 100, S.V.

95.00 1 cp 1j le soir
- ExtraTag S.V.

28.80 x 2 2 cp 1j après Fta x 1 mois
- vitamineyl Forte - S.V.

49.60 x 3 2 cp 1j en même temps x 1 mois
- D. cure Forte S.V.

1 A après les 15 jours x 2 mois

Tél : 0522 25 87 48 - Email : cabinetlamniji@gmail.com

89 BVD Stendhal, Apt 7 3ème étage Val Fleuri - Casablanca
89 شارع سطانداال. رقم 7 الطابق 3. فال فلوري. الدار البيضاء

pour 1 Ampoule par semaine

x 3 mois

29.16.10

Dr LAMNIJI Meryem
Médecin Nutritionniste Diabétologue
89 Bd Stendhal 3ème Etage N° 7
Val Fleury - Casablanca
Tél 05 22 25 87 48
INPF 091237230

endre

s autres
ique 6)

crémie
ments, une
e d'acidose
stances
conduire
s
i votre

oduit de
ent de
de votre

oblèmes

seulement

z à votre
mandez
prendre

des patients

emphigoïde

acidose
risque
te mal
cool
bles au
ps reçoit
exemple

omnoi
conduit
la prise
hypogly
ainsi dir
ou à tra

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 267/19/DMV/21/NRC
P.P.V: 428,00 DH.

يحتوي جاتومييت

OTINE, DOUVANT altérer votre



6 118001 160486

Janumet contient du sodium

Ce médicament contient moins de 1 mmol de so
c'est-à-dire qu'il est
essentiellement « sans sodium ».

3. Comment prendre Janumet

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications
de votre médecin. En cas de doute, vérifiez auprès de votre médecin ou votre
pharmacien.

- Prenez un comprimé :
 - deux fois par jour, par voie orale
 - au cours d'un repas pour diminuer le risque de troubles de l'estomac.
- Votre médecin pourra juger nécessaire d'augmenter la posologie pour équilibrer
votre taux de sucre dans le sang.
- Si votre fonction rénale est réduite, votre médecin pourra vous prescrire une
dose plus faible.

Pendant le traitement par ce médicament, vous devez poursuivre le régime alimentaire
recommandé par votre médecin et veiller à ce que votre consommation de glucides
soit répartie régulièrement sur la journée.

Il est peu probable que ce médicament, administré seul, entraîne un taux de sucre
trop faible dans le sang (hypoglycémie). Lorsque ce médicament est utilisé avec un
sulfamide hypoglycémiant ou l'insuline, une hypoglycémie peut survenir et votre
médecin peut diminuer la posologie du sulfamide hypoglycémiant ou l'insuline.

Si vous avez pris plus de Janumet que vous n'auriez dû

Si vous avez pris une dose de ce médicament plus forte que la dose prescrite,
contactez immédiatement votre médecin. Allez à l'hôpital si vous avez des symptômes
d'acidose lactique tels qu'une sensation de froid ou de malaise, des nausées ou
vomissements importants, des maux d'estomac, une perte de poids inexpliquée,
des crampes musculaires ou une respiration rapide (voir rubrique « Avertissements et
précautions »).

Si vous oubliez de prendre Janumet

Si vous oubliez de prendre une dose, prenez-la dès que vous vous en rendez compte.
Si vous ne vous en rendez compte qu'au moment de prendre la dose suivante, sautez
la dose omise et reprenez votre schéma habituel d'administration. Ne prenez pas de
dose double de ce médicament pour compenser la dose que vous avez oubliée.

Si vous arrêtez de prendre Janumet

ولاحتياطات") إذا حدث ذلك. توقف عن تناول جاتومييت وأبلغ الطبيب فوراً وتوجه إلى

تم
ال
في
الن
الن
الج
ال
إذا
أض
ميس
المز
5
يحفظ

لا تستخدم
ال
ال

100 mg, 300 mg, controlled release
ALOPURINOL

MTANEVRL FORT 100 MG

PPV
LOT
PER

VITANEVRIL FORT 100 mg

VITANEVRIL FORT 100

* DENOMINATION DU MEDICAMENT
VITENSUR, APT 100 mg, Comprimé pelliculé
DC, Berlinchemie
C. 100 mg, comprimé pelliculé 20 1988

PPV: 56,30 DH
LOT: 21103D
EXP: 09/2023

PPV: 49,60 DH
LOT: 23A31
EXP: 01/2026

PPV: 49,60 OH
LOT: 23A31
EXP: 01/2026

Information de l'utilisateur
D-CURE FORTE 100.000 U.I.
solution buvable en ampoule, boîtes de 3.

Information de l'utilisateur
D-CURE FORTE 100.000 U.I.,
solution buvable en ampoule, boîtes de 3.
Cholécalciférol (Vitamine D 3).

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.

- Consultez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Adressez vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice.
- Si vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

CONTIENT CETTE NOTICE ?

QUE CONTIENT CETTE NOTICE ?

2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser D-Cure forte ?

- si vous souffrez d'hypocalcémie (augmentation du taux de calcium dans les urines)
- si vous souffrez de pseudo-hypoparathyroïdisme (perturbation du métabolisme de l'hormone parathyroïdienne), puisque le besoin en vitamine D peut être réduit lors de phases de sensibilité normale à la vitamine D. Dans ce cas, il y a un risque de surdosage prolongé. Des dérivés de la vitamine D qui se régulent mieux sont disponibles dans ces cas.
- si vous avez une prédisposition à la formation de calculs rénaux contenant du calcium.

- si vous avez une prédisposition à la formation de calculs biliaires
- si vous avez une hypervitaminose D

Précautions et précautions particulières d'emploi :

Mises en garde spéciales et précautions :

Utilisez D-CURE FORTE avec précaution :

- Utilisez D-CURE FORTE avec précaution :
- si vous présentez des troubles de l'excrétion urinaire
 - si vous êtes actuellement traité par des dérivés de benzothiadiazine (utilisés pour stimuler l'excrétion urinaire).
 - chez les patients immobilisés puisqu'ils requièrent le développement d'une hypercalcémie, (augmentation du taux de calcium dans les urines)
- Dans le cas contraire, la prise de vitamine D n'a son métabolite actif. Dans ce cas, il y a lieu de surveiller le taux de calcium et de phosphore.

- chez les patients immobiles (augmentation du taux de calcium dans les urines)
- hypercalcémie (augmentation du taux de calcium dans les urines)
- si vous souffrez de sarcroïdose compte tenu du risque accru de conversion de la vitamine D en son métabolite actif. Dans ce cas, il y a lieu de surveiller le taux de calcium.

surveiller la calcémie et la calcitriol. Il y a lieu de surveiller l'effet sur le métabolisme calcique et phosphorique chez les patients souffrant d'insuffisance rénale traités avec D-CURE FORTE. En l'absence de la vitamine D prescrits, la dose de vitamine D contenue dans D-CURE FORTE doit être prise en compte pour la surveillance médicale. Dans ces cas, les taux

Si d'autres médicaments contiennent de la vitamine D ou de calcium ne peut se faire que sous surveillance médicale. Dans ces cas, les taux de vitamine D et de calcium dans le sang et les urines ainsi que la fonction rénale doivent être contrôlés.

D-CURE FORTE, le complément alimentaire à base de calcium et de vitamine D3 qui agit sur l'ensemble du système musculo-squelettique.

QUELQUES CONSEILS POUR REMPLIR LA FEUILLE DE SOIN

- 1- Établir une feuille de soins par personne et par événement.
- 2- La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire) ...
- 3- Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux-mêmes sur chaque feuille de soins.
- 4- Les ordonnances sur lesquelles doivent être collées les codes - barres de produits pharmaceutiques (à défaut joindre la partie de l'emballage portant le prix du produit et les prospectus des produits pharmaceutiques).
- 5- La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les trois mois qui suivent le dernier acte médical.
- 6- Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.
- 7- Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.
- 8- L'obligation de remboursement prise par la CMIM est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

NOTE D'INFORMATION RELATIVE A LA LOI 09-08

Les données collectées par la CMIM sont nécessaires à la Gestion des remboursements des dossiers Maladie / Maternité.

Peuvent seuls, dans la limite de leurs attributions respectives, être destinataires de ces informations : le personnel de la CMIM, les médecins conseils, les affiliés, le souscripteur, les praticiens conventionnés, le dispositif de contrôle externe et les organes de règlement du secteur en cas de besoin.

Conformément à la loi n°09-08, vous pouvez accéder aux informations vous concernant, les rectifier ou vous opposer au traitement de vos données pour motif légitime, par courrier avec accusé de réception à l'adresse suivante : CMIM, service audit interne, 35 Bd d'Anfa, 20000 - CASABLANCA.

Ce traitement a reçu récépissé de la commission nationale de contrôle la protection des données à caractère personnel, sous le numéro A-161/2013 en date du 28/02/2014



REFERENCE DOSSIER



DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

(Réservée à la CMIM)

D: _____

T: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : HASSAN EL KHADJIB
MATRICULE ASSURE : 1005442B N° CIN : BE84943

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE (1)

Nom et Prénom : HASSAN EL KHADJIB Lien de parenté : _____
MATRICULE BENEFICIAIRE : 11111111
Date de naissance : 15/05/67
Montant des frais (DHS): 1050 Nombre de pièces jointes : 11

(1) L'exactitude et l'exhaustivité des informations remplies, vous garantissent le bon traitement de votre demande de remboursement.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau : _____	
CACHET	

SIEGE SOCIAL : 36, Boulevard d'anfa - CASABLANCA Tél : 05 22 20 24 20 / 21 Fax : 05 22 26 24 51

Cette feuille est téléchargeable sur votre extranet : www.cmim.ma

Nom et Prénom du malade : Hassan EL Rhodabi

Nom et Prénom du malade : Hassan EL Khedabi

Nature de la maladie (4): Con. HLA pour l'arthropathie

CIM-10:

NATURE DES PRÉSTATIONS

Praticien	Date début et fin de soin	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Médecin traitant *** Nature d'acte à préciser	16/05/23	CS	2000H		091262782
	18/05/23	Contrôle	500H		091262782
Radiographie *** Demande d'accord préalable à fournir si radiologie lourde (Scanner, IRM, plus de 3 radios...) *** Déclaration des circonstances du traumatisme si c'est le cas					
Analyses *** Demande d'accord préalable est obligatoire pour tout bilan lourd et spécifique	16/05/23	Houlier Tension	500H		091262782

[illegible]

(a)¹ - La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, psychothérapie ...)
- Accord préalable obligatoire

Code INPE: **INPE-092025014**

Date (4) ¹ début Traitement	Date (4) ² fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
17/05/83		tryptoson gelule	02	175	PHARMACIE EL LOU Mme. BENJELION NEAMA 313, Bd. Oued Boussouf El Ouf 1 313, Bd. Oued Boussouf El Ouf 1 TIN: 0237911000
		TOTAL	02	35000	

(*)² Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

OPTIQUE (1)²Code INPE:

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(a)³ - La prescription et la facture des verres sont obligatoires.
- En cas de changement d'acuité visuelle, un certificat du médecin traitant mentionnant l'ancienne et la nouvelle acuité est obligatoire pour le remboursement des verres avant délai.

Docteur Marouane HAKAM

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca
Ancien interne des hôpitaux de Casablanca

OMNIPRATICIEN

Gériatrie – Gériatologie
Suivi des maladies chroniques
Troubles du sommeil
Douleurs chroniques

Echographie
Electrocardiographie



الدكتور مروان حكم

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
داخلي سابق بمستشفيات الدار البيضاء

طبيب عام

طب الشيخوخة
متابعة الأمراض المزمنة
اضطرابات النوم
الآلام المزمنة

الفحص بالصدى
تخطيط القلب

17/05/2023

17500x2

MR EL RHODAIBI HASSAN

Tryptosom - gélule

1 Gélule, matin, soir en dehors des repas pendant 1 mois

Revoir réglage PPC

Docteur Marouane HAKAM
Médecine générale
89, Bd Stendhal, Apt 7 3ème Etg
Val fleuri - Casablanca
Tél : 05 22 25 87 48 - NPE : 091252782

AP: 20212103177/V1/DMP/CA/18

LOT: CA 254

on: FAB: 09/2022

EXP: 09/2025



6 111264 570438

AP: 20212103177/V1/DMP/CA/18

LOT: CA 254

ion: FAB: 09/2022

EXP: 09/2025



6 111264 570438

Tél : 05 22 25 87 48 - email : m.hakam@gmail.com
89, Bvd Stendhal, Apt 7 3ème étage. Val fleuri - Casablanca
89, شارع سطلدال, رقم 7 الطابق 3, فل فلوري - الدار البيضاء.

