

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.

Educations :

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.

Prothèses :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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.

Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

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° P19-0021264

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0956 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAHOU FIAFI Abderrahmane Date de naissance : 01.01.46
Adresse : 11 Bd Bu Antarane Apt 4 NAAFI CASABLANCA
Tél. : 0663727237 Total des frais engagés : 145,65 Euros + 145,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MAHMOUD NOUREDDINE
Professeur de Cardiologie
F1, Rue Mohammed VI
Quartier des Nations - Casablanca
Tél : 05.22.89.57.59 / 06.64.86.40.44

Date de consultation : 12.06.2019
Nom et prénom du malade : LAHOU FIAFI Abderrahmane Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA - Anga
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 : 07 / 07 / 2019
Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ 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
			GRATUIT	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SELARL Pharmacie de Chanzy Dr Milad SALAME 1, av. de Chanzy - 93320 Les Pavillons sous Bois Tél. : 01 48 48 10 64 N° Finess : 93 201 6892	10.07.19	59,98€

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
S.C.G.M. Centre Cardiologie du Nord 32/33, Rue des Moulins Gêmeaux 93200 SAINT-DENIS Tél. 01 48 13 76 00 - Fax 01 48 13 76 01	01.07.19 11.07.19	890 + 14 ECQHA101 + 11/100 + F.T.R.	85,671€ 85,671€

AUXILIAIRES MEDICAUX

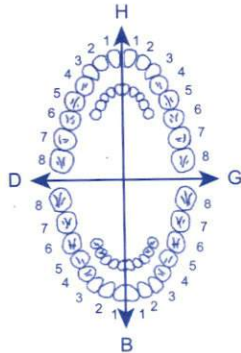
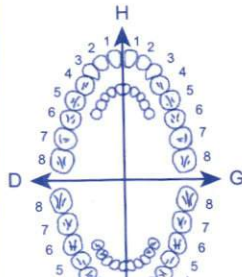
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS															
			DATE DU DEVIS															

TITRE - FORFAIT TECHNIQUE

ACTES DE TOMOGRAPHIE PAR EMISSION DE POSITONS
 ACTES D'IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE NUCLEAIRE
 ACTES DE SCANOGRAPHIE

<input type="checkbox"/>	750
<input type="checkbox"/>	753
<input checked="" type="checkbox"/>	035

ASSURANCE
MALADIE

1er volet 1 : destiné à l'organisme de paiement
 2e volet 2 : destiné au praticien
 3e volet 3 : destiné à l'établissement ou à la société

Numéro de facture

001026575

IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT OU DE LA SOCIETE		RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)	
NOM	S.C.M SCANNER (FT)	NUMERO D'IMMATRICULATION	
ADRESSE	32/36 RUE DES MOULINS GEMEAUX 93200 Saint Denis	NOM PATRONYMIQUE (Nom de naissance)	LAHLOU-FILALI
Téléphone	01.48.13.76.00	NOM D'USAGE (facultatif) (nom d'époux(se), veuf(ve), divorcé(e) ou autre parent)	ABDERRAHMANE
N° de l'établissement ou de la société	930026927	PRENOMS	
N° de l'appareil ou N° d'agrément	930021159	ADRESSE	194 av aristide briand 93320 LES PAVILLONS SOUS BOIS
Date d'installation	30/05/2018	CODE ORGANISME D'AFFILIATION (1)	
Puissance ou classe de l'appareil	3	NOM ET ADRESSE DE L'ORGANISME DE PAIEMENT	
Tarification du forfait technique	N° d'ordre de l'examen		
Normal <input type="checkbox"/>	2019-007662		
Réduit <input checked="" type="checkbox"/> (3)	Montant (en euros)		
	55,66		
REMBOURSEMENT (2)		RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE (1)	
<input type="checkbox"/> A L'EXPLOITANT	<input checked="" type="checkbox"/> A L'ASSURE(E)	Droits jusqu'au	
N° de compte postal, bancaire ou de Caisse d'Épargne et intitulé :		S'agit-il d'un accident ? <input type="checkbox"/> OUI date <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>	
		Le malade est-il hospitalisé ?	
		<input type="checkbox"/> OUI Date d'hospitalisation <input type="checkbox"/>	
		NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT	
		<input checked="" type="checkbox"/> NON	
		Si le malade est pensionné de guerre et si les soins concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case	<input type="checkbox"/>
IDENTIFICATION DU MEDECIN AYANT EFFECTUE L'ACTE		SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURE(E)	
NOM - Prénom	MACRON LAURENT	NOM PATRONYMIQUE	
	06 Radiodiagnostic et imagerie	PRENOM	Date de naissance
ADRESSE	32/36 RUE DES MOULINS GEMEAUX	Lien avec l'assuré(e)	
	93200 ST DENIS	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre membre de la famille	
Téléphone		<input type="checkbox"/> Personne vivant maritalement avec l'assuré(e)	
NUMERO D'IDENTIFICATION	1010019239 1 06		
Date de l'acte	11/07/2019		
SIGNATURE DE L'EXPLOITANT		J'atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.	
SIGNATURE DU MEDECIN		SIGNATURE DE L'ASSURE(E)	
La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations. (Articles L. 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code Pénal).		(1) se reporter à la carte d'assurance maladie	

(2) Le destinataire du remboursement ne peut en aucun cas être le médecin ayant effectué l'acte.

(3) Valable pour les scanners installés après le 1er août 1991 et à compter du 1er janvier 1994 pour les appareils installés antérieurement au 1er août 1991.

quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.

La première information à donner concerne la **personne recevant les soins et l'assuré(e)** :

- **Si vous ne payez pas votre médecin**, celui-ci remplit l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne, y compris le code de l'organisme de rattachement.
 - **Si vous payez votre médecin**, celui-ci indique uniquement vos nom et prénom, selon vos indications, ou en reprenant les informations contenues dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.
- Les autres lignes de cette rubrique sont à compléter par vous même (le code de l'organisme de rattachement ne doit pas être indiqué dans ce cas) :

- si vous êtes la **personne recevant les soins** et aussi l'**assuré(e)**, inscrivez seulement :
 - votre **numéro d'immatriculation** (il est indiqué sur votre carte Vitale et sur l'attestation papier qui l'accompagne),
- si vous êtes la **personne recevant les soins** mais pas l'**assuré(e)**, écrivez :
 - votre **numéro d'immatriculation**,
 - ou (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
 - votre **date de naissance**,
 - le **nom et le prénom de l'assuré(e) auquel (à laquelle) vous êtes rattaché(e)** et son **numéro d'immatriculation**,
- complétez enfin cette rubrique en indiquant l'**adresse de l'assuré(e)**.

Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à remplir par votre médecin, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.

- Si l'acte qu'il effectue est en rapport avec l'affection de longue durée (ALD), il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont liés à un accident causé par une personne autre que vous-même, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements, recueillis sous votre responsabilité, doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à votre accident auprès de l'assureur de la personne ayant causé cet accident.
- Si vos soins sont liés à un accident du travail, ou à une maladie professionnelle, présentez à votre médecin la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.
- Si le médecin qui remplit la feuille de soins est votre nouveau médecin traitant, il doit cocher la case prévue à cet effet. Dans ce cas, n'oubliez pas d'envoyer à votre caisse d'assurance maladie la nouvelle déclaration de choix du médecin traitant.
- Si le médecin qui remplit la feuille de soins n'est pas le médecin traitant que vous avez déclaré, il doit indiquer si l'acte est réalisé à la demande de celui-ci. Dans ce cas, il reporte sur la feuille de soins le nom et le prénom de votre médecin traitant. Si votre état de santé nécessite l'intervention de plusieurs médecins, ces informations doivent également être reportées sur la feuille de soins par ces médecins.

Dans la négative, le médecin doit cocher l'une des cases permettant de préciser si les soins sont réalisés :

- par un médecin exerçant une spécialité à accès direct (gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie) ou par un médecin exerçant dans une consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre les toxicomanies (art. D 162-1-6, 6° du Code de la sécurité sociale),
- en urgence,
- hors de votre résidence habituelle (par exemple lorsque vous êtes en congé),
- par un médecin remplaçant votre médecin traitant en son absence,
- en accès libre non coordonné, c'est-à-dire lorsque vous consultez directement un médecin qui n'est pas votre médecin traitant

Recommandations importantes :

Prévenez votre organisme d'assurance maladie à l'occasion d'un changement intervenant dans votre situation, comme, par exemple, en cas de :

- **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : envoyez-lui votre nouveau relevé d'identité de compte,
- **changement d'organisme** d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations. Votre ancien organisme d'assurance maladie peut vous aider dans cette démarche.
- **Si le médecin a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1"**, la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).

N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.



feuille de soins - médecin

N° 12541 *02

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

Facture No 001026575

date 18 07 2019

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)nom et prénom **LAHLOU-FILALI ABDERRAHMANE**

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance 07 09 1946

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le médecin)**ASSURE(E)** (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

194 av aristide briand 93320 LES PAVILLONS SOUS BOIS

IDENTIFICATION DU MEDECIN**DOCTEUR LAURENT MACRON**

06 RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE

CONVENTIONNE HONOR. LIBRES

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE**SELAS IMCCN**

32 RUE DES MOULINS GEMEAUX

93200 ST DENIS

=> 93 1 70271 6 00 3 31 1 06 n°AM

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé**CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS**☒ **MALADIE** (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)☐ **SOINS** dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "B"
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers :

non

oui

date

J J M M A A A A

☐ **MATERNITE**

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J J M M A A A A

☐ **AT/MP**

numéro

ou

date

J J M M A A A A

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique

urgence

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

ACTES EFFECTUES

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés ①	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. ② M.D.	nbre	I.K. montant ③
11 07 2019 A	E C Q H 0 1 0 1			Y	2 9 , 2 6				
11 07 2019 A	Y Y Y Y 6 0 0 1				0 , 7 5				
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									

PAIEMENT**MONTANT TOTAL**
en euros (1+2+3)

3 0,0 1

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du médecin
ayant effectué
l'acte ou les actessignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.

En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.



www.centre-imagerie-nord.com

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE

Centre Cardiologique du Nord

32-36 Rue des Moulins Gêmeaux 93200 Saint-Denis

Clinique du Landy

23 rue du Landy 93400 Saint-Ouen

Radiologie Générale, Echographie et Mammographie

Imagerie par Résonance Magnétique et Scanner

Secrétariat : **0148137600**

Radiologie Vasculaire et Interventionnelle

Secrétariat : **0148137620**



Dr Fabienne BACH - Dr Vincent BARRAU - Dr Francis BESSE - Dr Jacques FEIGNOUX - Dr Idan GENAH - Dr Lamia JARBOUI - Dr François LEGOU
Dr Laurent MACRON - Dr Charles MELLERIO - Dr Eric PESSIS - Dr Mathieu RODALLEC - Dr Pascal ROUX - Dr Jean-Louis SABLAYROLLES -
Dr Quentin SENECHAL - Dr Jean Michel SVERZUT - Dr Christophe TERITEHAU - Dr Nathalie ZEE

Scanner GEMS REVOLUTION CT, N°REVVX1800040CN; Mise en service le 29/05/2018 Autorisation ARS numéro M930040 expire le 29/05/2025

Dose DLP: 269.01 mGy.cm

Dr

Le 11/07/2019

Monsieur Abderrahmane LAHLOU-FILALI né(e) le 07/09/1946(72A 10M)

ANGIOSCANNER CORONAIRE

INDICATION :

Bilan coronaire chez une patiente de 73 ans, HTA, SAS. Coroscanner en 2014 avec plaque du tronc commun. Epreuve d'effort normale.

TECHNIQUE :

Acquisition en un seul cycle cardiaque de 280ms sur un scanner 256 détecteurs, avec ECG prospectif.

Reconstructions MIP, 2D et VR sur les coronaires.

RESULTATS :

Réseau coronaire de type droit dominant.

Absence d'anomalie de naissance.

Score calcique à 140 UA.

A droite :

- Les segments de la coronaire sont indemnes de sténose significative.
- En distalité aspect normal de l'IVP et de la rétro-ventriculaire.

A gauche :

- Infiltration du tronc commun proximal non sténosante. Plaque calcifiée du tronc commun distal non sténosante se prolongeant vers la Cx. Trifurcation du tronc commun.
- Les segments de l'IVA sont indemnes de sténose significative. Plaque calcifiée de l'ostium de l'IVA non sténosante. En distalité, l'IVA est discrètement infiltrée sans lésion significative.
- Aspect normal des diagonales et de la bissectrice.
- La circonflexe présente à son ostium une plaque calcifiée. En aval, elle indemne de sténose significative avec un aspect normal des marginales.

EN CONCLUSION :

Réseau coronaire de type droit dominant.

Compte rendu validé électroniquement par le Dr Laurent MACRON

Monsieur Abderrahmane LAHLOU-FILALI

SAINT DENIS. le Jeudi 13 Juin 2019

PHARMACIE

Veillez vous procurer en **PHARMACIE** :

- IOMERON 350 **trousse NEMOTO** 150 ml (CIP 34009-27706998)
- En cas d'allergie à l'iode:
MEDROL 16 mg (CIP : 34009 331 898 4 6)
 - 2 comprimé 12 heures avant (32mg)
 - Puis 2 comprimés 2 heures avant l'examen (32mg)

Acte gratuit pour délivrance de cette ordonnance

Docteur MACRON LAURENT (ADELI: 931702716)(RPPS: 10100192391)

LABORATOIRE

A faire dans un laboratoire d'analyses médicales de votre choix.
Il est inutile d'être à jeun.

Dosage de la créatinine

de moins de trois mois chez les patients de 65 ans et plus ou chez les patients ayant des problèmes rénaux.

(Apporter les résultats le jour de votre RDV)

Acte gratuit pour délivrance de cette ordonnance

Docteur MACRON LAURENT (ADELI: 931702716)(RPPS: 10100192391)

Dr Fabienne BACH RPPS 10003750618
Dr Vincent BARRAU RPPS 10003936662
Dr Lamia JARBOU RPPS 10100500056
Dr Laurent MACRON RPPS 10100192391
Dr Eric PESSIS RPPS 10004015219
Dr Jean-Louis SABLAYROLLES RPPS 10001127868
Dr Jean Michel SVERZUT RPPS 10001494649
Dr Nathalie ZEE RPPS 10100301968

Centre Cardiologique du Nord
32-36 Avenue des Moulins Gémeaux 93200 Saint-Denis
Clinique du Landy
23 rue du Landy 93400 Saint-Ouen

Radiologie Générale, Echographie et Mammographie
Imagerie par Résonance Magnétique et Scanner
Secrétariat : 0148137600
Radiologie Vasculaire et Interventionnelle
Secrétariat : 0148137620
Mail : rdv@centreimageriedunord.com

Dr Francis BESSE RPPS 10001119287
Dr Jacques FEIGNOUX RPPS 10001566339
Dr François LEGOU RPPS 10100538387
Dr Charles MELLERIO RPPS 10005177760
Dr Mathieu RODALLEC RPPS 10001532877
Dr Pascal ROUX RPPS 10100300572
Dr Quentin SENECHAL RPPS 10001451284
Dr Christophe TERITEHAU RPPS 10004991211

Monsieur Abderrahmane LAHLOU-FILALI

SAINT DENIS, le Jeudi 13 Juin 2019

COROSCANNER avec injection de produit de contraste

Suite à votre demande, votre rendez-vous est fixé le **Jeudi 11 Juillet 2019 à 11:30.**

Votre examen aura lieu au :

Centre Cardiologique du Nord
32-36 rue des Moulins Gémeaux
93200 SAINT DENIS
étage -2 (MOINS DEUX)



Scanner pour ajouter à votre agenda

Prévoir de rester jusqu'à 2H sur place pour l'examen.

Le jour de votre rendez-vous, merci de vous munir de :

- l'ordonnance ou la lettre de votre médecin.
- cette convocation
- de l'imprimé ci-joint dûment complété et signé
- vos clichés et résultats d'examens en relation avec l'examen prescrit
- votre carte vitale à jour ou une attestation de droits en cours de validité
- penser à prendre votre carte de mutuelle en cours de validité
- dans le cas d'un accident de travail, **votre feuille d'accident de travail**
- des produits nécessaires pour l'examen, à prendre en pharmacie
- les résultats des analyses de sang prescrites

ATTENTION : NE PAS PRENDRE D'EXCITANT LE JOUR DE L'EXAMEN (café, thé, chocolat, tabac, banane, ...)

Nous informer systématiquement si :

- Vous êtes diabétique
- Vous êtes porteur d'un pace maker, d'une valve cardiaque, d'un stent récent (moins de six semaines)
- Vous êtes susceptible d'être enceinte
- Si vous êtes allergique à des médicaments

Le Secrétariat.



Prescripteur : Dr MALIKA NOUREDDINE

Réf : 1907011032

Dossier ouvert le : 01-07-2019 08:55

Edité le : 01-07-2019

Mr. LAHLOU FILALI Abderrahmane

Compte Rendu d'Analyse

Page 1 / 1

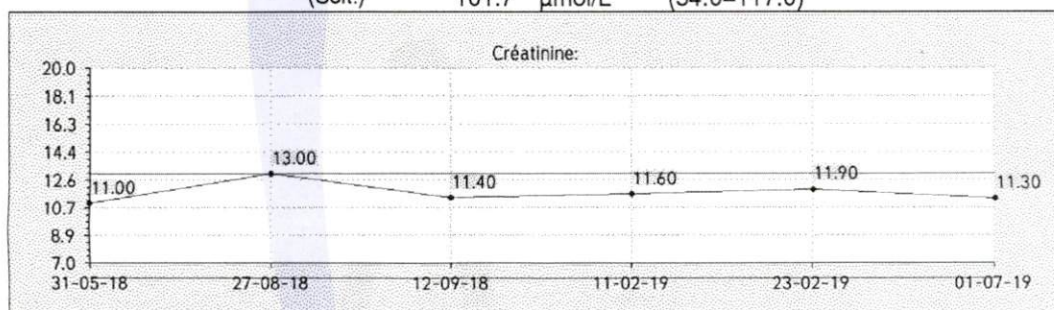
BIOCHIMIE SANGUINE

Roche Cobas 6000

Acide Urique: 58.00 mg/l (<71.00) 12-06-2019 88.00

Urée: 0.32 g/l (0.10-0.50) 23-02-2019 0.38
(Soit:) 5.33 mmol/l (1.67-8.34)

Créatinine: 11.3 mg/l (6.0-13.0) 23-02-2019 11.9
(Soit:) 101.7 µmol/L (54.0-117.0)



Fin du compte rendu

Laboratoire Bir Anzarane
117, Bd. Bir Anzarane
CASABLANCA

Dr A. Azeddoug
Médecin Néphrologue

Dossier Validé

Biologistes Responsables :
- Dr. A. AZEDDOUG
- Dr. N. BAAJ

Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale Bir Anzarane

117, Bd Bir Anzarane 20 100 Maarif Casablanca

Tél : 05 22 99 46 63/ 05 22 25 82 05 Fax : 05 22 98 09 11

ICE : 001748386000083

Patente : 35870583

IF : 01006693

CNSS : 7070999

Compte bancaire : BMCI Casa Normandie

RIB : 013 780 01802 000329 001 80 48

INPE : 093001196

Casablanca le : 01-07-2019

Mr. Abderrahmane LAHLOU FILALI

FACTURE N°	1907011032
------------	------------

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
9105	FORFAIT DE SECURITE POUR ECHANTILLON SANGUIN	E0	E
0100	Acide urique	B30	B
0111	Créatinine	B30	B
0135	Urée	B30	B

Total de B : 90

TOTAL DOSSIER	145.60 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent quarante-cinq dirhams soixante centimes

Laboratoire du Dr. A.
117, Bd. Bir Anzarane
CASABLANCA

Laboratoire Bir Anzarane
117, Bd. Bir Anzarane
CASABLANCA

ACLO



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le/...../20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 0956 e-mail : Phones : 06 63727237
 Nom et Prénom de l'adhérent : LAHLOU-Filali Abderrahmane
 Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr. Malika NOUREDDINE
 Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. LAHLOU-Filali Abderrahmane
 Nécessite : Corosconer
 Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) : Corosconer
 Une hospitalisation de (approximatif) :
 A (préciser l'établissement hospitalier) :

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

HTA Syndrome apnéé du sommeil
Plaque calcifiée TC distal et IVA
proximale

Cachet, date et signature du praticien

Dr. Malika NOUREDDINE
 Professeur de Cardiologie
 71, Rue Abou Al-Hasan Ali Nadwi
 Quartier des Hôpitaux - Casablanca
 Tél : 05.22.86.57.52 / 06.64.66.46.44

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :



N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Dr. Malika NOUREDDINE

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des Vaisseaux

Ancien Médecin Résident des Hôpitaux de Paris



الدكتورة مليكة نور الدين

**أستاذة في أمراض القلب
أخصائية في أمراض القلب و الشرايين
طبيبة سابقة بمستشفيات باريس**

Casablanca Le : 12.6.2019

MR LABOU FLECH Abdelrahoumane

uree

creatinine

Unicef

Laboratoire Bir Anzarane
117, Bd. Bir Anzarane
CASABLANCA

Dr. Malika NOUREDDINE
Professeur de Cardiologie
117, Bd. Bir Anzarane
Quartier des hôpitaux - Casablanca
Tél : 05.22.86.57.52 / 06.64.86.46.44

71, Znfة أبو العلاء زهر إقامة إسماعيل الطابق الأول رقم 10 (قرب كلية طب الأسنان فوق ماما بيزا) حي المستشفيات - الدار البيضاء

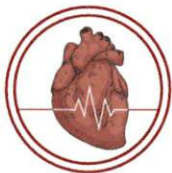
71, Rue Abou Alaa Zahr Angle Rue Tabit Bnou Koura Résidence Smail 1er Etage N° 10 (Prés de la

Faculté de médecine dentaire au dessus mama pizza) Quartier des hôpitaux - Casablanca

Tél. : 05.22.86.57.52 - Urgence : 06.64.86.46.44 - E-mail : drnoureddinemalika@yahoo.fr

Dr. Malika NOUREDDINE

Professeur de Cardiologie
Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux
Ancien Médecin Résident des Hôpitaux de Paris



الدكتورة مليكة نور الدين

أستاذة في أمراض القلب
إخصائية في أمراض القلب و الشرايين
طبيبة سابقة بمستشفيات باريس

Casablanca Le : 12/6/2019

MR Lahou Fekri
Abdelrahoumane

- 73 ans

- HTA

- Syndrome apnéen du
sommeil

- DT Epreuve d'effort
20/3/2018 NG

Consommer 2014 People

calcifier Tronc coronarien
distal et IFA proximale

Consommer

71, Rue Abou Alaa Zahar Angle Rue Tabit bnou Koura Rés Smail Jer Etage N° 101 Près de la

Faculté de médecine dentaire Au dessous MAMA PIZZA) Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél.: 05.22.86.57.52 - Urgence : 06.64.86.46.44 - E-mail: drnoureddine.malika@yahoo.fr