

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Education :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de séductions.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Prothèse :

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.

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

Maladie Chronique 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 :

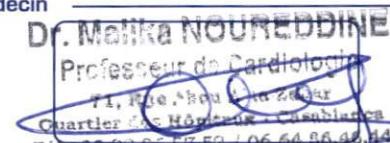
Nom & Prénom : Lahlaoui Fiali Abderrahmane Date de naissance : 01.01.46

Adresse : 11 Bd. Bir Anzarane Apt 4 TAARIFF CASABLANCA

Tél. : 0663727237 Total des frais engagés : 145,65 Dhs + 145,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :


Dr. Malika NOUREDDINE
Professeur de Cardiologie
11, Rue Houcine Bennaceb
Quartier de Hôpital - Casablanca
Tél : 05 22 80 57 52 / 06 64 86 42 84

Date de consultation : 19.06.2019

Nom et prénom du malade : Lahlaoui Fiali Abderrahmane Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA


Ango MUPRAS

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 : 29 JUIL 2019

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL 23/07/2019

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
			GRATUIT	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SELARL Pharmacie de Chanzy Dr Milad SALAMÉ 1, av. de Chanzy - 93320 Les Pavillons sous Bois Tél. : 01 48 48 10 64 N° EINSS : 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. IDES Centre Camille Desmoulins Gémeaux 32385 Pechbonnieux - Moulins Gémeaux 32200 TOULOUSE	01.07.19 11.07.19	B90 + FTR ECQHAI0 + XYXZB00 + FTR	145,60 DM 85,67 €

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

The diagram illustrates a dental arch, likely a maxillary (upper) arch, with upper teeth on top and lower teeth on the bottom. Each tooth is assigned a number from 1 to 8, and each has a specific symbol placed next to it. The symbols include various combinations of letters like 'P', 'M', 'D', 'S', and 'V' with additional markings such as a circle or a diagonal line through the letter.

TITRE - FORFAIT TECHNIQUE

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

	750
	753
X	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

NOM	S.C.M SCANNER (FT)		
ADRESSE	32/36 RUE DES MOULINS GEMEAUX 93200 Saint Denis		
Téléphone	01.48.13.76.00		
N° de l'établissement ou de la société	930026927		
N° de l'appareil ou N° d'agrément	930021159		
Date d'installation	30/05/2018		
Puissance ou classe de l'appareil	3		
Tarification du forfait technique	Normal	N° d'ordre de l'examen	2019-007662
	Réduit	MONTANT (en euros)	55,66
REMBOURSEMENT (2)			
<input type="checkbox"/> A L'EXPLOITANT		<input checked="" type="checkbox"/> A L'ASSURE(E)	
N° de compte postal, bancaire ou de Caisse d'Epargne et intitulé :			

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

NUMERO D'IMMATRICULATION		
NOM PATRONYMIQUE (Nom de naissance)	LAHLOU-FILALI	
NOM D'USAGE (facultatif) (nom d'époux(se), veuf(ve), divorcé(e) ou autre parent)	ABDERRAHMANE	
PRENOMS		
ADRESSE	194 av aristide briand 93320 LES PAVILLONS SOUS BOIS	
CODE ORGANISME D'AFFILIATION (1)		
NOM ET ADRESSE DE L'ORGANISME DE PAIEMENT		

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE (1)

Droits jusqu'au		
S'agit-il d'un accident ?	<input type="checkbox"/>	OUI date
Le malade est-il hospitalisé ?	<input checked="" type="checkbox"/> NON	
<input type="checkbox"/> OUI	Date d'hospitalisation	

NOM ET ADRESSE
DE L'ETABLISSEMENT

NON

Si le malade est pensionné de guerre et si les soins concernent
l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case

SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURE(E)

NOM PATRONYMIQUE		
PRENOM	Date de naissance	
Lien avec l'assuré(e)		
<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Autre membre de la famille
Personne vivant maritalement avec l'assuré(e)		

J'atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés
ci-dessus.

SIGNATURE
DE L'ASSURE(E)

SIGNATURE DE
L'EXPLOITANT

SIGNATURE DU
MEDECIN

La loi rend possible 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

numéro de facture (facultatif)

Facture No 001026575

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

date J 1 8 0 7 2 0 1 9

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

0 7 0 9 1 9 4 6 A

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 RADIODIAGNOSTIC ET IMAGERIE MEDICALE

CONVENTIONNE HONO. LIBRES

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

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

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 "§" 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

X

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	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. (2) M.D.	I.K. nbre	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 actes

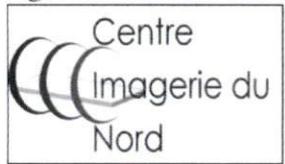
signature de l'assuré(e)

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 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**

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. Coroscanne 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



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

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE

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 Quatina SENECHAL RPPS 10001451284
Dr Christophe TERIITEHAU RPPS 10004991211

Monsieur Abderrahmane LAHLOU-FILALI

SAINT DENIS. le Jeudi 13 Juin 2019

PHARMACIE

Veuillez 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 16003750618
Dr Vincent BARRAU RPPS 10003936662
Dr Lania JARBOUI 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 D'IMAGERIE MEDICALE

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 TERIITEHAU 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

Édité le : 01-07-2019

Compte Rendu d'Analyse

Mr. LAHLOU FILALI Abderrahmane

Page 1 / 1

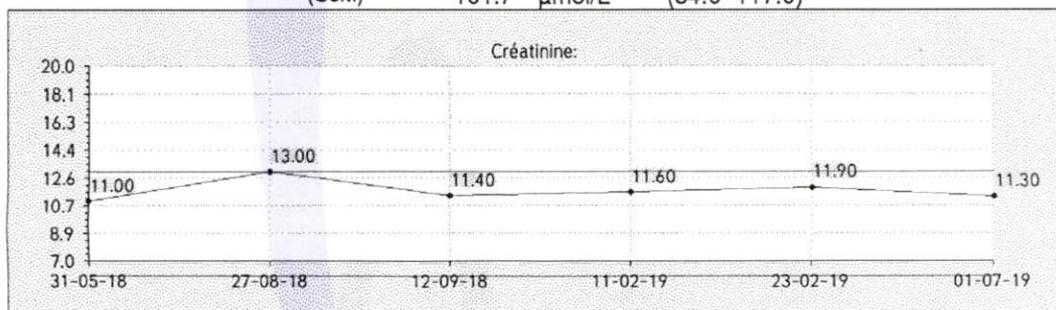
BIOCHIMIE SANGUINE

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
(Soit:)	5.33 mmol/l	(1.67–8.34)	0.38

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



Fin du compte rendu

Laboratoire Bir Anzarane
117, Bd. Bir Anzarane
CASABLANCA

Dr A. Azeddoug
Médecin Biologiste

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

Dossier Validé

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 Bir Anzarane
117, Bd. Bir Anzarane
CASABLANCA

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE



ACLO

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
Professeur de Cardiologie

Estime que l'état de santé de Mme, M. LAHLOU Filali Abderrahmane

Nécessite Quartier 71 Rue Abou Alaa Zairi
Tel: 05.22.86.57.52 / 06.64.86.46.44

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Conscerner

✓

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 apnée du sommeil
Plaque calcifiée TC distal et IVAs
proximale

Cachet, date et signature du praticien

Dr. Malika NOUREDDINE
Professeur de Cardiologie
71, Rue Abou Alaa Zairi
Quartier 71 Rue Abou Alaa Zairi - Casablanca
Tél : 05.22.86.57.52 / 06.64.86.46.44

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :



OK

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 Coeur 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 : 12.6.2009

MR Larbi Fassi Abderrahmane

Urea

creatinine

Urgence

Laboratoire Bir Anzarane
117, Bd. Bir Anzarane
CASABLANCA

Dr. Malika NOUREDDINE
Cardiologiste
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

71، زنقة أبو العلاء زهر إقامة اسماعيل الطالق الأول رقم 10 (قرب كلية طب الأسنان فوق ماما بizza) هي المستشفيات - الدار البيضاء

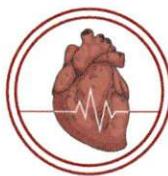
71, Rue Abou Alaa Zahr Angle Rue Tabit Bnou Koura Résidence Smail 1er Etage N° 10 (Prés de la

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 Coeur et des Vaisseaux
Ancien Médecin Résident des Hôpitaux de Paris



الدكتورة مليكة نور الدين

أستاذة في أمراض القلب
إخصائية في أمراض القلب والشرايين
طبيبة سابقة بمستشفيات باريس

Casablanca Le : 12/6/2019

MR Lahcen Frezli
Abderrahmane

- 73 ans
- HTA
- syndrome apnée du sommeil
- DT Epouse décédé
20/3/2015 N°

SELARL Pharmacie de Chanzy
Dr Milad SALAMÉ

1, av. de Chanzy - 93320 Les Pavillons sous Bois
Tél : 01 48 48 10 64
N° d'inscription : 03.291.6892

ConScanner 2014 people

certifié Tous comment
distribué par IVAN proximed

ConScanner

د. مليكة نور الدين (أخصائية أمراض القلب) مستعمل الطابق الأول رقم 10 (قرب كلية طب الأسنان فوق ماما بيزا) - الدار البيضاء
71, Rue Abou Alaa Zahar Angle Rue Tabit bnou Koura Rés Small 1er Etage, N° 10 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