

ECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ons générales :

Cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
Validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

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.

Éducation :

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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 053715

Dentaire

Optique

Autres

Adresse réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6820 Société : 35797

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : GRICHA Radha

Date de naissance : 1865

Adresse : Habouskelle

Tél. : 06 78 78 33 09 Total des frais engagés : 1300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur MOHAMED LEBBAR
CHADIS SOGUE
4, Rue Farhat H. Ziad
Quartier des Hôpitaux - Casa
Tel: 0522 86 33 66 Fax: 0522 86 33 55

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : GRICHA Radha

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Metchi 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Docteur MOHAMED LEBBAR
CHADIS SOGUE
4, Rue Farhat H. Ziad
Quartier des Hôpitaux - Casa
Tel: 0522 86 33 66 Fax: 0522 86 33 55

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
26/11/2018 10/12/2018	Consultation Examen	1000	3000	DOUAR HABIB Signature et cachet

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. LHAMRA SHAMSA Pharmacy IBN ROCHD Dr. LHAMRA SHAMSA Bazhar Phone: +971 50 47 11 47	23/07/2020	258.42

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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

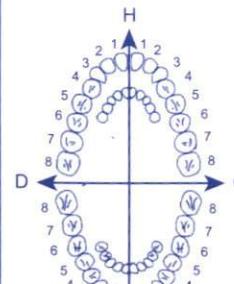
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des travaux
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
		MONTANTS DES SOINS														
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																
		DATE DU DEVIS														

Plavix 75 mg/100 mg

pelliculés
de acétylsalicylique

SANOFI

attentivement cette notice avant de prendre car elle contient des informations pour vous.

La notice. Vous pourriez avoir besoin de la regarder d'autres questions, interrogez votre médecin.

ment vous a été personnellement prescrit. N'oubliez pas que les personnes. Il pourrait leur être nocif, si leur maladie sont identiques aux vôtres. Si vous présentez un quelconque effet indésirable, n'hésitez pas à en parler à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice (suite 4).

cette notice :
que CoPlavix et dans quel cas est-il utilisé
nt les informations à connaître avant de prendre CoPlavix
pour prendre CoPlavix
et les effets indésirables éventuels
de conserver CoPlavix
de l'emballage et autres informations

CE QUE COPLAVIX ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ

CoPlavix contient du clopidogrel et de l'acide acétylsalicylique (AAS) et appartient à une classe de médicaments appelés antiagrégants plaquettaires. Les plaquettes sont de très petits éléments circulant dans le sang qui se rejoignent lors de la coagulation du sang. En empêchant ces plaquettes de se rejoindre dans certains vaisseaux sanguins (appelés artères), CoPlavix aide à prévenir l'occlusion des artères.

- si vous souffrez d'une maladie de l'artère cérébrale,
- si vous souffrez d'une maladie cardiaque,
- si vous êtes dans le 3ème trimestre de la grossesse.

ATTENTION D'EMPLOI ; MISES EN GARDE SPÉCIALES

précautions

Il existe certaines situations mentionnées ci-dessous où il convient de consulter votre médecin avant de prendre CoPlavix. Ces situations sont liées à un risque hémorragique tel qu'il peut provoquer un saignement dans l'estomac.

Il existe également certaines situations de la coagulation favorisant un saignement au sein d'un tissu.

- une blessure grave récente.
 - une intervention chirurgicale récente.
 - une intervention chirurgicale (y compris les dents) dans les 7 jours à venir.
- si vous avez eu un caillot dans une artère (accident vasculaire cérébral ischémique) survenu dans les dernières semaines.
 - si vous présentez une maladie des reins ou une hypertension artérielle.
 - si vous avez des antécédents d'asthme ou d'allergies à tout médicament ou à une autre maladie.
 - si vous avez de la goutte.
 - si vous buvez de l'alcool, en raison du risque de déshydratation ou de lésions gastro-intestinales.
 - si vous avez une maladie de l'estomac.

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

b30 cp P.P.V :

278,00 DH

5 118001 082018



CENTRE CARDIOVASCULAIRE
DES HÔPITAUX

Secrétariat : 05 22 86 33 66
Télécopie : 05 22 86 33 55

E-mail : labcardio@menara.ma

Docteur Mohamed LEBBAR
Cardiologue Médico - Chirurgical

Casablanca, le 23.07.20

Note d'Honoraires

Nom/Prénom : GRUCHA Redouan

Nature d'examen :

: USAECU 300 Dt

: Echocardiogr 1000 Dt

: Coriolapse

:

Total : 1300 Dt

Comme arrêtée à :

Fille trois cent dh

Docteur Mohamed LEBBAR
CARDIOLOGUE
4, Rue Tarik Ibn Ziad
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél: 0522 86 33 66 - Fax: 0522 86 33 55

4, Rue Tarik Ibn Ziad - Quartier des Hôpitaux
(Prolongement Faculté de Médecine vers lycée Mohammed V) - Casablanca 20360

CENTRE CARDIOVASCULAIRE LES HOPITAUX

Docteur Mohamed LEBBAR
Cardiologue Médico Chirurgical

Secrétariat: 05-22-86-33-66
Télécopie: 05-22-86-33-55
Portable : 06 61 32 26 05
Email: labcardio@menara.ma

ECHO-DOPPLER CARDIAQUE

GRUCHA REDOUAN

PAS DE DECOLLEMENT PERICARDIQUE

- OG DE TAILLE NORMALE

VALVE MITRALE : NORMALE
PAS DE FUITE

- SIGMOIDES AORTIQUES NORMALES
- LES CAVITES DROITES SONT NORMALES
- PAS DE THROMBUS INTRACARDIAQUE
- VG DE TAILLE NORMALE
- SIV A 12
- **FE ESTIMEE A 45%**

CONCLUSION

HYPOKINESIE LAT ET INFÉRIEURE

OG DE TAILLE NORMALE

FONCTION SYSTOLIQUE DU VG LIMITÉ

PAS DE THROMBUS INTRACARDIAQUE

REmplissage CARDIAQUE NORMAL

4 Rue Tarik Ibn Ziad

Quartier des Hôpitaux Casablanca 20100

Docteur Mohamed LEBBAR
Cardiologue
4, Rue Tarik ibn Ziad
Quartier des Hôpitaux Casablanca 20100
Tel: 0522 86 33 66 Fax: 0522 86 33 55

Nom: GRUCHA REDOUANE
Date de naissance: 01/01/1965
Sexe: Masculin
Poids: -
Taille: -

Identifiant: GRU
Médecin: cardio LEBBAR MOHAMED
Raison sociale:
Téléphone:
Temps d'enregistrement: 23/07/2020 13:02:50

1/1

