

# 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.

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° P19- 058101

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10614 Société : 38910

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SAADI Rachid

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0610338781 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 :

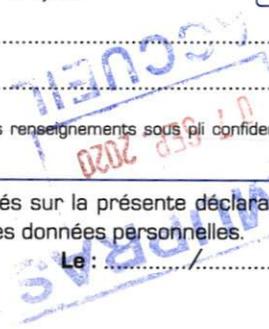
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :





## 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
23/05/2020		CS	\$150,00	 <b>Dr. Ghizlane Oudjati</b> MÉDECINE GÉNÉRALE SUIVI DIABÈTE SOINS D'URGENCE 05 28 22 22 07   06 45 17 93 38 Imme. 1, Jet Sakane Hay Salam, Agadir

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Dr. Souad El Hachimi</b> PHARMACIEN - Agadir INP 42039750	23.05.20	247,40

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 <b>LABORATOIRE DR. HARGUIL</b> Avenue Kennedy 80000 - AGADIR Tél: 05 28 84 80 83 - Fax: 05 28 84 15 60 INP: 043000470	26/05/2020	FRONT	250,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

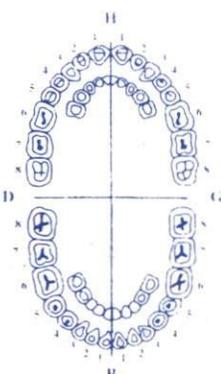
## VOLET ADHERENT

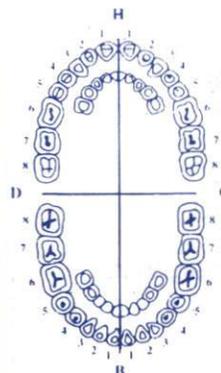
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table style="margin: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;">H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;">D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;">G</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;">B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	25533412	H	21433552	00000000	D	00000000	00000000	G	00000000	35533411	B	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	H	21433552											
	00000000	D	00000000											
	00000000	G	00000000											
	35533411	B	11433553											
			MONTANT DES SOINS <input type="text"/>											
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ghizlane Omri



د. غزلان عمري

Soins d'urgences

Échographie Générale & Obstétricale

E.C.G

Surveillance de la Grossesse

Surveillance HTA, Diabète

طبيبة سابقة في قسم المستعجلات  
بمستشفى الحسن الثاني بأكادير  
خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

Ancien Médecin au services des urgences  
de l'hôpital Hassan II d'Agadir  
Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie  
de Casablanca

الإسعافات الأولية  
الفحص بالصدى الصوتي  
التخطيط الكهربائي للقلب  
مراقبة الحمل  
مراقبة الضغط والسكري

AGADIR, LE 23/05/2023

Mme Bouassif Anal.

95,00

2) Extra Mag SV INP 42039750

2 gel le soir

27,00

2) Alinon SV



1/2 - 0 - 1/2 PJ (1 semaine)

0 - 0 - 1 PJ (2 se)

18,40

3) Soluprep SV INP 4700078A 20 3cp PJ (05)



Email : omrighizlan@gmail.com : البريد الإلكتروني :

Prochain Rendez-vous le

05 28 22 22 07 : هاتفة رقم 4، شقة 1، جيت سكن، (قرب مقهى ريان) حي السلام، أكادير- الهاتف : 05 28 22 22 07  
Imm. 4, Appt. 1, Jet Sakan, (près de Café Rayan) Hay Salam, Agadir - Tél.: 05 28 22 22 07

En cas d'urgences appelez : +212 645 17 93 38

4) <sup>65.00</sup> Anginal (spray)



s App x 217

70

~~PHARMACE LE CORAL SALAN~~  
~~Dr. BRUNO OUMRI~~  
~~SUIVI DU DIABETE~~  
~~URGENCES~~  
~~005 28 22 22 07~~  
~~Imm. 4, Apt. 1, Jet Sakam, Hay Salam, Agadir~~

CARDIOLOGUE  
Echo-doppler cardio-vasculaire  
Holter ECG

Diplôme de l'Université de Rennes I-France  
Ancienne Médecin Assistante des Hôpitaux  
de l'Ouest-France

اختصاصيه في امراض القلب والشرايين  
الفحص بالصدى والدوبلر  
هولتر التخطيط الكهربي للقلب

خرجة جامعة رين 1-فرنسا  
طبيبة مساعدة سابقا بمستشفيات  
غرب فرنسا

Agadir.....أكادير

et vasculaire  
Absence de Schmit entre l'atrium  
(Pas de défaut septal à l'étape de  
la ventriculaire).  
Absence de CAD.  
Cœur cardiaque mus dilaté et fin  
VI-VA normale.  
Gros vaisseaux non dysplasiques.  
à voir :

CV antérieur = tronc, bifurc.

épave et sur limite à l'arrière  
pendant gradient non significatif  
CV. moyen = limite à l'arrière

épave de CV au PV. distal  
ملتقى شارع الحسن الثاني وشارع عبد الرحيم بوعبيد-إقامة برج الدلالات-الطابق الثاني-أكادير  
Angle Av. HASSAN II & ABDERRAHIM BOUABID-Rés. Borj Djalate-HI- AGADIR



مختبر التحليلات الطبية  
٥٠١٥٨٥ | ٤٥٨٥٠٦ | ٥٠١١٤  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

**Dr Abdallah HARGUIL**  
BIOLOGISTE DIRECTEUR DU LABORATOIRE

Lauréat de l'Université de Lille  
Ancien Interne des Hôpitaux  
Diplômé en Hématologie, Immunologie,  
Bactériologie, Virologie Clinique,  
Parasitologie Mycologie,  
Biochimie Clinique et Pathologie Médicale  
Biologie de la reproduction

**Dr Shérazade LAKHDAR GHAZAL**  
BIOLOGISTE MÉDICALE

Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Toulouse  
Ancienne Interne des Hôpitaux  
Diplômée en Hématologie, Bactériologie,  
Virologie Clinique, Parasitologie, Mycologie,  
Biochimie Clinique  
D.U. Chimiothérapie Anti-infectieuse

www.laboratoire-harguil.com

harguilaboratoire@gmail.com

Docteur OMRI GHIZLANE  
IMM 4 APPT 1  
JET SAKANE HAY SALAM  
80000 AGADIR  
Dossier No 92605 042R NP 285480

Madame BOUASSIL AMAL

80000 AGADIR



Prélèvement du: 26/05/2020 à 10h00

Edité, le 27/05/20

## RESULTATS D'EXAMENS BIOLOGIQUES

### H O R M O N O L O G I E

Nature du prélèvement: SANG

Antécédents

**TSH US**..... 1,54 mUI/l (VR : 0.35 - 4.94)  
(Abbott Architect CI4100 CMA)

Résultats validés par Dr.Sherazade LAKHDAR-GHAZAL, Biologiste

**DR. S. LAKHDAR GHAZAL**  
BIOLOGISTE MÉDICALE  
LABORATOIRE HARGUIL  
Av. Kennedy, AGADIR  
Tél: 0528 84 80 03 Fax: 0528 84 15 60

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES HARGUIL

Avenue Kennedy-Talborjt AGADIR TEL:0528-84-80-03 FAX:0528-84-15-60  
ICE:001628874000008 I.F:75902170 PAT:48316551 CNSS:1761411 INP:043000470  
SITE:www.laboratoire-harguil.com



043000470

**FACTURE N° : 2005603**

AGADIR, le .... : 26/05/2020  
Nom et Prénom ... : AMAL BOUASSIL  
Prescripteur .... : Dr. OMRI GHIZLANE  
Mutuelle/Assurance. :  
facturé à..... : ICE:

Bilan :

TSH B 250 +

Montant Net : 290,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de:  
*Deux cent quatre-vingt dix Dh et zéro ct*

La direction:

مختبر الدكتور حركيل  
LABORATOIRE Dr. HARGUIL  
Avenue Kennedy 80000 - AGADIR  
Tél: 05 28 84 80 03 - Fax: 05 28 84 15 60



## Urgences

D.U d'échographie

Certificat de diabétologie

ECG

Suivi de grossesse

طبيبة سابقة في قسم المستعجلات  
بمستشفى الحسن الثاني بأكادير  
خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

Ancien Médecin au services des urgences  
de l'hôpital Hassan II d'Agadir  
Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie  
de Casablanca

مستعجلات  
شهادة جامعية للتحقق بالصدى  
شهادة تتبع السكري  
التخطيط الكهربائي للقلب  
تتبع الحمل

*Ghizlane Omri*  
AGADIR, LE 23/05/2020

AGADIR, LE 23/05/2020

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Glycémie à jeun                          | <input type="checkbox"/> CA 125        | <input type="checkbox"/> ECU + ATB             |
| <input type="checkbox"/> Hémoglobine glucosée                     | <input type="checkbox"/> CA 15-3       | <input type="checkbox"/> Protéinurie 24h       |
| <input type="checkbox"/> Glycémie post prandiale                  | <input type="checkbox"/> Groupage      | <input type="checkbox"/> P.V. + atbgr          |
| <input type="checkbox"/> Hyperglycémie provoquée à 75g de glucose | <input type="checkbox"/> Test de Combs | <input type="checkbox"/> LIQ de sérosité:      |
| <input type="checkbox"/> Urée                                     | Indirect                               | (CYT-CHIM-BAC)                                 |
| <input type="checkbox"/> Créatinine                               | <input type="checkbox"/> NFS           | <input type="checkbox"/> FSH                   |
| <input type="checkbox"/> Acide Urique                             | <input type="checkbox"/> CRP           | <input type="checkbox"/> LH                    |
| <input type="checkbox"/> Brili                                    | <input type="checkbox"/> VS            | <input type="checkbox"/> Prolactine            |
| <input type="checkbox"/> Cho                                      | <input type="checkbox"/> Plaquettes    | <input type="checkbox"/> AMH                   |
| <input type="checkbox"/> Trig                                     | <input type="checkbox"/> TP            | <input type="checkbox"/> E2                    |
| <input type="checkbox"/> Lon                                      | <input type="checkbox"/> Tck           | <input type="checkbox"/> Progestérone          |
| <input type="checkbox"/> ALA                                      | <input type="checkbox"/> Fibrinogène   | <input type="checkbox"/> A4 Andros-tène-dione  |
| <input type="checkbox"/> AS                                       | <input type="checkbox"/> VDRL          | <input type="checkbox"/> 17 - OH-PG            |
| <input type="checkbox"/> Phc                                      | <input type="checkbox"/> TPHA          | <input type="checkbox"/> BHCg { QUALITATIF     |
| <input type="checkbox"/> GG                                       | <input type="checkbox"/> TOXO          | QUANTITATIF                                    |
| <input type="checkbox"/> Amylasémie                               | <input type="checkbox"/> RUB           | <input type="checkbox"/> VIT D2/D3             |
| <input type="checkbox"/> Amylasurie                               | <input type="checkbox"/> HBS           | <input type="checkbox"/> PROTEINE C,S          |
| <input type="checkbox"/> CPK                                      | <input type="checkbox"/> HCV           | <input type="checkbox"/> AC Antiphospholipides |
| <input type="checkbox"/> LDH                                      | <input type="checkbox"/> HSVI-2        | <input type="checkbox"/> AAN                   |
| <input type="checkbox"/> T3-T4                                    | <input type="checkbox"/> CMV           | <input type="checkbox"/> Antithrombine III     |
| <input checked="" type="checkbox"/> TSH (us)                      | <input type="checkbox"/> HIV           | <input type="checkbox"/> Autres : .....        |
|   | <input type="checkbox"/> Hémoculture   | .....  |

PHARMA  
Dr. Müller  
a.com  
ove  
r.o.  
atoires

PHARMA

Dr. Müller



à la sauge

spray buccal

With Sage

Mouth Spray

Anginal<sup>®</sup>

PPC:65,00Dhs

Dr. Müller

PHARMA



# إيرلوس® 5 ملغ

ديسلور اتادين

حبة  
28 ملبسة

عن طريق الفم



PPV  
LOT  
PER

## Composition :

Desloratadine ..... 5 mg

Excipients ..... q.s.p un comprimé

Excipient à effet notoire : Ethanol

Mises en garde spéciales :

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

AMM N° 615/DMP/21/NRQ

Erlus® 5 mg  
28 Comprimés Pelliculés



6 118000 180876



351155-05

28 Comprimés Pelliculés

Erlus®  
Desloratadine

5 mg

28 Comprimés  
Pelliculés

Voie Orale



liste II uniquement sur ordonnance

Respecter les Doses Prescrites



Laboratoires SYNTHEMEDIC  
29-32, Rue Zoubir Bnou El Azam  
Roches Noires - Casablanca

المكونات :  
ديسلوراتادين ..... 5 ملغ  
السواغات ..... ما يكفي قرص واحد  
سواغ معروف التأثير: اتانول  
تحذيرات خاصة :  
اقرأ النشرة بعناية قبل الإستعمال  
لا يترك في متناول و بصر الأطفال

12

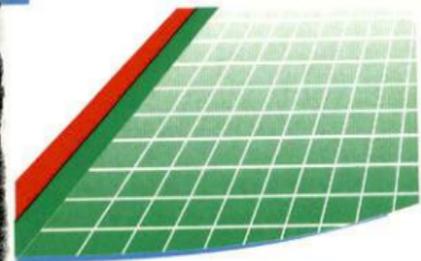
79x34x25

**Solupred® 20mg**

*Prednisolone*

Voie orale

**20** Comprimés effervescents



sanofi aventis

**Solupred® 20mg**

*Prednisolone*

احترم المقادير المعينة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

**Solupred® 20 mg**

**20** Comprimés effervescents



6 118000 060536

58,40

# ALIVIAR®

sulpiride

ADSP N° : 206 DMP/21/NNP

Boîte de 20 gélules

Voie Orale

*Handwritten signature*

ALIVIAR® 50 mg  
20 Gélules



6 118000 230250

50 mg



IBERMA

0 - 2 2 0 9 1 9  
6 1 1 8 0 0 0 2 3 0 2 5 0  
2 7 1 0 0

27,00

# Extramag®

TRIPLE ACTION

COOPER PHARMA  
PPC : 95,00 DH

**1** PRISE  
/ JOUR

Soit 100 % des AJR\*

• **MAGNÉSIUM MARIN**

<sup>1</sup>Participe à la résistance au **STRESS**

• **VITAMINE B6 & MAGNÉSIUM**

<sup>2</sup>Contribuent à réduire la **FATIGUE**

• **VERVEINE**

<sup>3</sup>Aide à l'endormissement en cas  
de **TROUBLES DU SOMMEIL**



**COOPER**  
PHARMA

**30** Comprimés tri-couches

Complément alimentaire Poids net : 31.5 g

A.J.R. Aparts Journaliers	
Vitamine B6	2 mg 100%
Extrait de verveine	100 mg
Magnésium	300 mg 100%

A.J.R. \* Aparts Journaliers  
Recommandés

**INGRÉDIENTS**  
Magnésium d'origine marine ; agent de charge ; cellulose  
microcristaline ; extrait de verveine ; colorants ; anthocyanes,  
indigotine ; antiagglomérants ; stéarate de magnésium, silice [nano],  
cristalhydrate de pyridoxine.

**Complément alimentaire, n'est pas un médicament**

Titulaire et distributeur : Cooper Pharma  
41, rue Mohamed Dioun - 20 110 Casablanca - MAROC  
Fabricant : HerbaTech - 64110 Vaison-la-Romaine - France

Ne pas prendre Extramag en cas d'intolérance rénale sévère ou  
d'allergie à l'un des composants contenus dans Extramag. Une  
consommation excessive peut entraîner des effets laxatifs.  
Se conformer aux conseils d'utilisation. Ne pas dépasser la dose  
recommandée. Tenir hors de portée des jeunes enfants. À utiliser  
dans le cadre d'une alimentation diversifiée et d'un mode de vie  
sain. Déconseillé aux femmes enceintes ou allaitantes. À conserver  
à l'abri de la lumière, de l'humidité et de la chaleur.

**CONSEILS D'UTILISATION**

Prendre un comprimé par jour avec un verre d'eau. Programme de  
30 jours renouvelable plusieurs fois dans l'année.

**PRÉCAUTIONS D'EMPLOI**