

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0009457

ASUS66

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 882 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAFIDA SEN HADSI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*DR. BENKIRANE NED JALIL  
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE  
13, BD. AÏN TAOUJTATE - CASA*

Date de consultation : 20 / 02 / 2023 Age :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Copain  Enfant

Nature de la maladie : hypoglycémie, Diabète de type 1B, gout, hypertension

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 : ..... Le : ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

### 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
08.02			250,00	
23	C.P.A			
20.2.23	S			

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/02/23	464,00
DR. MAKAYSSI RAKIA - HEPATO GASTRO ENERGEOLOGUE		

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/02/23	17xx	900,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

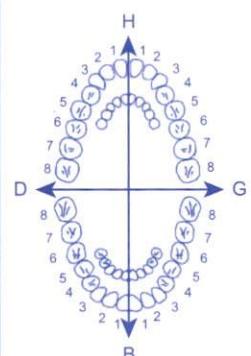
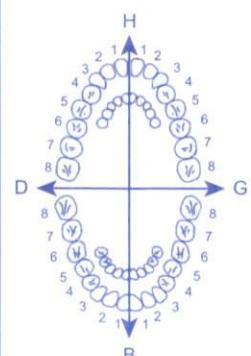
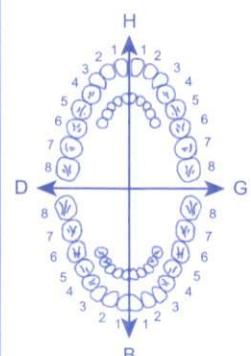
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412 00000000 35533411	G	
	B	21433552 00000000 11433553		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS
				
				
				
				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**AKDITAL**

Clinique Jerrada Oasis  
مصحة جرادا الوازيس

Mme SENHAJI-ELGAOUAT

Né le : 30/04/1958



CJ023B20081511



144,50  
x 20 = 2800

40,40

\* 24 gastrospmyl  
x 31 = 744

x 10 = 100

→ 37 symo L.  
x 1 = 1

230,00

164,90



113, Bd. Abderrahim Bouabdil, Oasis, Casablanca

Tél : 05 22 23 81 81 | 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : 05 22 23 81 82

E-mail : direction@cliniquejerrada.ma

Site web : www.cliniquejerrada.ma

Casablanca, le,

20/2/23

# SysMetix

Synbioceutical

## Immuno

10 Bi  
Synb

Chaque capsule contient

Mélange de ferments lactiques (Probiotiques)

10 Milliards CFU

Bacillus coagulans - LMG 6326

Bifidobacterium breve - LMG 13208

Lactobacillus acidophilus - LMG 8151

Lactobacillus casei - LMG 6904

Lactobacillus plantarum - LMG 26367

Lactobacillus reuteri - LMG 9213

Lactobacillus rhamnosus - LMG 25626

Saccharomyces boulardii - LMG 6326

Prebiotic (Inuline)

Vitamines C (Camu-Camu) (30% AR\*)

Vitamines D3 (30% AR\*)

### Conseils d'utilisation :

Prendre 1 à 2 gélules par jour selon la recommandation médicale.

Contient : Gélule/capsule. Hydroxypropylmethylcellulose, gélifiant E418, colorant E171, (Vegan). Agent de charge E460, Camu-Camu (Myrciaria dubia) Extrait/Extract (60 mg) dont Vitamine C (24 mg) / AR/RM\*. Bifidobacterium breve (1.10<sup>9</sup>CFU), Lactobacillus casei (2.5.10<sup>9</sup>CFU), Bacillus coagulans (2.5.10<sup>9</sup>CFU), Inuline (Prébiotique) (25 mg), Bifidobacterium breve (1.10<sup>9</sup>CFU), Anti-agglomérant E470b, Saccharomyces boulardii (0.1.10<sup>9</sup>CFU), Lactobacillus rhamnosus (0.2.10<sup>9</sup>CFU), Lactobacillus acidophilus (0.1.10<sup>9</sup>CFU), Lactobacillus reuteri (0.1.10<sup>9</sup>CFU), Vitamine D3 1.5 µg - 60IU (30% AR/RM\*)

\* Apports de Référence

Distribué par **HEALTH INNOVATION**  
 Commune Sahel Had Soualem  
 Siège : 10 Rue Racine Vallauris, Meurier  
 Casablanca, Maroc  
 +212 5 22 23 22 51  
 contact@healthinnovation.ma  
[www.healthinnovation.ma](http://www.healthinnovation.ma)  
 ONSSA numéro : CAPV.59.217.19  
 N° Enregistrement au ministère de la santé :  
 20210120866/V1/DMP/CA/18

سترات أنتيريرين 60 مللي سنتيمتر مللي 300 مللي

**METEOSPASMYL**® B 20 caps molles

Alvéoline citrate 80 mg / Simethicone 300 mg

P.P.V.: 40/40 DH

Distribué par COOPER PHARMA  
 41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293



EXP/05/2025 : 05/2025

FAB/05/2022 : 05/2022

LOT/05/2022 : 05/2022

07-2025

07-2022

VN9086

LOT: 22122B  
 EXP: 05/2024  
 P.U.C: 280.00DH

5066  
 5 4300

ميتريوسباسمي

وحدات حبيبية مقاومة للعصارة المعدية

عن طريق الفم

28

كبسولة

أوزون

Avant



20  
ملغ

PHARMAY 5

LOT : 2559  
PER : 10/25  
PPV : 144DH50



# LABORATOIRE MOSTAFA EL MAANI

Dr. Ali LEMSEFFER

Anatomopathologiste



## DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

233366  
LABORATOIRE MOSTAFA EL MAANI  
ANATOMIE PATHOLOGIQUE  
Dr. ALI LEMSEFFER A.I.  
227, Rue Mostafa El Maâni  
Casablanca  
Tél: 05 22 20 21 33

Nom et prénom : Mme SEDNAÏD CLÉMENCE Hafidh Date : 30.4.1978

Ordonnance du Docteur : Dr M. J. Benkiran

Référence :

Siège et nature du prélèvement : 1) Anse abdominale 2) Dradénium

Renseignements cliniques et paracliniques : Masse abdominale solide, de consistance ferme, non mobile, de taille variable et dureté variable.

Masse abdominale englobante, par érosion avec présence d'un nodule de la moelle par un lipome, biopsie endoscopique standard.

**Frottis de dépistage :** Vagin  Exocol  Endocol  Endometre

- Date des dernières règles :

- Parités :

Date : 20.2.2023

Signature :

R. BENKIRANE MED JALIL  
PROFESSOR GASTROENTEROLOGIST  
DOCTEUR AÏT AOUJTATE CASABLANCA



LABORATOIRE MOSTAFA EL MAANI  
Anatomie Pathologique - Cytopathologie  
Examens Extemporanés - Immunomarquage



Dr. Ali LEMSEFFER

Casablanca, le **20/02/2023**

## NOTE D'HONORAIRES

Facture N° : 23/579

M<sup>me</sup> - M<sup>r</sup> **SENHAJI EL GAOUATI Hafida**

Veuillez trouver la note d'honoraire concernant les analyses médicales d'examens Histo-Cytopathologiques faits au laboratoire et demandées par Dr. **BENKIRANE M. J.**

Réf. Anapath. **23.B.365**

Le montant s'élève à **≠ 800,00 Dh.**

Arrêtée la présente facture à la somme de :

**Huit Cents Dirhams.**

LABORATOIRE MOSTAFA EL MAANI  
ANATOMIE PATHOLOGIQUE  
Dr. LEMSEFFER Ali  
227, Rue Mostapha El Maani  
Tel. 05 22 20 81 33 - Casablanca



# LABORATOIRE MOSTAFA EL MAANI



Anatomie Pathologique - Cytopathologie  
Examens Extemporanés - Immunomarquage

Casablanca, le 23/02/2023

Date de naissance : 30/04/1958  
Date d'arrivée : 20/02/2023  
Organe : Duodénum+Estomac.  
V. Réf : -

Identité : SENHAJI-EL GAOUATI Hafida  
Adressé par : Dr. BENKIRANE M. J.  
Réf. Anapath. : 23.B.365

### Renseignements Cliniques :

- 1) Duodénum                                    2) Antre + Fundus  
• Muqueuse fundique érythémateuse, pétéchiale et érosive.  
• Muqueuse antrale érythémateuse, peu érosive avec présence d'une surélévation de la muqueuse par un lipome (jaunâtre, translucide).  
• Biopsies duodénales systématiques.

### PROTOCOLE MACROSCOPIQUE :

Six fragments biopsiques différenciés en deux flacons.

Prélèvements : 1. Antre + Fundus : en totalité.1c  
    2. Duodénum : en totalité.1c

### PROTOCOLE MICROSCOPIQUE :

1. Prélèvements de muqueuse gastrique tapissée en surface d'un épithélium unistratifié formé de cellules muccosécrétantes indemnes d'atypie cytologique.

Les glandes sont revêtues d'un épithélium cubique unistratifié, composé de cellules ne présentant aucune anomalie nucléocytoplasmique.

La lamina propria présente un aspect modérément congestif. Elle est le siège d'un infiltrat inflammatoire modéré constitué de cellules lymphoplasmocytaires.

Pas de lésion atrophique ou de métaplasie intestinale observées.

Présence d'Hélicobacter Pylori en nombre modéré à la coloration de Giemsa.

2. Fragments de muqueuse duodénale montrant des villosités présentant une hauteur et un empâtement normaux. Le revêtement villositaire est composé de cellules cylindriques ne montrant aucune atypie cytologique. On y observe de très rares éléments lymphocytaires.

Pas de lésion atrophique visualisée.

Absence d'agent pathogène.

### CONCLUSION :

- ANTROFUNDITE CHRONIQUE MODEREE. PRESENCE D'HELICOBACTER PYLORI EN NOMBRE MODERE (++)
- MUQUEUSE DUODENALE EXEMPTE D'ATROPHIE OU D'AGENT PATHOGENE.

Signé : Dr Ali LEMSEFFER

Dr. LEMSEFFER Ali  
Anatomopathologiste  
227, Rue Mostafa El Maâni  
Tél: 0522 20 21 33 - Casablanca

# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 02-02-2023

## Facture N° 02232/23

### A. Identification

N° Dossier : CJO23B02133439 N° Identifiant : 060965/22  
**Nom & Prénom** Mme SENHAJI-ELGAOUATI  
: HAFIDA  
C.I.N : L41427  
Adresse : CASA

### C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 02-02-2023

Date Sortie : 02-02-2023

Médecin traitant : DR . MAKAYSSI RAKIA

Traitements :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>						
1	DR. MAKAYSSI RAKIA (ANESTHESIE-REANIMATION)		250,00			250,00
Total Rubrique :						
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
						<b>TOTAL GENERAL</b>
						<b>250,00</b>

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré



*Dr. MAKAYSSI Rakia  
Anesthésie - Réanimation*

# CLINIQUE JERRADA OASIS

**NOM DU PATIENT :** Mme SENHAJI-ELGAOUATI HAFIDA

**DATE DE NAISSANCE :** 30/04/1958

**CJO23B02133439**



Reçu N°: 135662

**Paiement du 02/02/2023 13h38**

## Actes

**Montant**

**250,00 Dh**

**Type de paiement**

**Espèce**

Imprimé par : BENYAHYA Hind Le 02/02/2023  
13h38