

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-643199

186999

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7742 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IZABEL ABDELAZIZ

Date de naissance : 16.2.1963

Adresse : 6 Rue 301 CAD ALAN AZAM

Tél. : 566141919 Total des frais engagés : 2131,4 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. Lahcen NACIRI
Spécialiste en Médecine Interne
47, Apt. 4 Bd. 29 Février, 80 005
TALBORJT - AGADIR
Tél: 05 28 82 45 23

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29 NOV 2023

Nom et prénom du malade : IZABEL ABDELAZIZ Age : 1963

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : B. - Hémoglobine

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 : AGADIR Le : 29.11.2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-643199

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 7742

Nom de l'adhérent(e) : IZABEL

Total des frais engagés : 2131,4

Date de dépôt :

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
29 NOV 2023		25	200,00	INP : 041115023

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/11/23	22,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02/12/23	B 80 p2	103,10
	29/11/23	B 93 p2	1106,00

AUXILIAIRES MEDICAUX				
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	
				Centre de Radiologie Dr. HAJALI. A - Dr. GOURAGADIR Imm. Achar Bd Kennedy Talour - AGADIR I.C.E: 05211900076 IF 0690306 - INPE: 241067869

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ 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.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				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 colspan="2">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 colspan="2">B</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																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS []																
		DATE DU DEVIS []																
		DATE DE L'EXECUTION []																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Lahcen NACIRI

Spécialiste en médecine interne

الدكتور الحسن ناصري

إختصاصي في الطب الباطني

29 NOV 2023

Examens demandés

Mr Izabel

TP TCK

secretariat
IZABEL Abdelaziz
Bénéf/ Assuré
IZABEL Abdelaziz
Né(e) 16/02/1963 Sexe M
021223.056

مختبر الدكتور حرجيل
LABORATOIRE Dr. HARGUIL
Av. Kennedy 80 000 - AGADIR
Tél: 0528 82 82 45 23

Dr. Lahcen NACIRI
Spécialiste en Médecine Interne
47, Apt. 4 Bd. 29 Février, 80 005
TALBORJT - AGADIR
Tél: 05 28 82 45 23

Imm. 47, Appt. N° 4 - Bd. 29 Février - Talborjt 80 005 - Agadir - Tél.: 05 28 82 45 23

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° : 2318160

AGADIR, le : 02/12/2023
Nom et Prénom ... : Abdelaziz IZAABEL
Prescripteur : Dr. NACIRI LAHCEN
Mutuelle/Assurance. :
facturé à..... : ICE:

Bilan :

TP B 40 + TCA B 40 +

Total B : 80

Montant Net : 103,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de:
Cent trois Dh et zéro ct

La direction:

مختبر الدكتور حرقيل
LABORATOIRE Dr. HARGUIL
Av Kennedy 80 000 - AGADIR
Tél: 0528 84 80 03 Fax: 0528 84 15 60

BACTERIOLOGIE

COMPTE D'ADDIS HAMBURGER (H.L.M)

(Hématies et Leucocytes / Minute)

Débit urinaire par minute en ml 4,10
22/02/18 : 2,50

HEMATIES / minute 196 800 (N : Inf. à 5.000)
22/02/18 : 110 000

LEUCOCYTES / minute 4 100 (N : Inf. à 10.000)
22/02/18 : 7 500

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Urines apportées au laboratoire .

CARACTERES GENERAUX

Couleur jaune citrin
Aspect Légèrement trouble
Léger dépôt

pH.....: 6,0
Sucre.....: Absence
Albumine.....: Présence

Résultats validés par: Docteur H. ZRIKEM, Medecin Biologiste

Docteur A. HARGUIL
Biologiste Médical
Laboratoire HARGUIL
Av. Kennedy - AGADIR
Tel : 0528 84 80 03 Fax : 0528 84 15 60

(*)analyse couverte par la portée d'accréditation.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Numération en cellule de Malassez

LEUCOCYTES / ml : 10 000 (N : Inf à 10.000/ml)

HEMATIES / ml : 1 000 000 (N : Inf à 10.000/ml)

Rares cellules épithéliales

Absence de cristaux

Absence de cylindres.

Absence de germes visibles à l'examen direct.

CULTURES SUR MILIEUX USUELS ET SPECIFIQUES

Absence de développement bactérien.

Résultats validés par: Docteur H. ZRIKEM, Medecin Biologiste

Docteur A. HARGUIL
Biologiste Médical
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° : 2317984

AGADIR, le : 29/11/2023
Nom et Prénom ... : Abdelaziz IZAABEL
Prescripteur : Dr. NACIRI LAHCEN
Mutuelle/Assurance. :
facturé à..... : ICE:

Bilan :

NF	B 80	+ CRP	B 100	+ HBG	B 100	+
AUS	B 30	+ CT	B 30	+ TG	B 60	+
HDL	B 50	+ LDL	B 50	+ PSA	B 300	+
A24	B 30	+ HLM	B 30	+ CBU	B 137	+

Total B : 977

Montant Net :1106,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de:
Mille cent six Dh et zéro ct

La direction:

مختبر الحكيوم حركيل
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES HARGUIL
Avenue Kennedy 80000 - AGADIR
Tél: 05 28 84 80 03 - Fax: 05 28 84 15 60

Docteur

secretariat

IZAABEL Abdelaziz

Bénéf/ Assuré

IZAABEL Abdelaziz

Né(e) 16/02/1963 Sexe M

291123 091

RI

الدكتور الحسن ناصري

إختصاصي في الطب الباطني

amens demandés

29 NOV 2023

M. Izaabel Abdelaziz

Adoles EUSO NFS CRP Acide urique
protéine ds 24h cholestérol et p
Hb A1c HbC LDL **IMP: 041115023**
triglyceride (W)

اختبار
LABORATOIRE Dr. HARGUIL
Av. Kennedy 80 000 - AGADIR
Tél: 0528 84 80 03 Fax: 0528 84 15 60

Dr. L. L. L. L. L.
Spécialiste en Médecine Interne
47, Apt. 4 Bd. 29 Février, 80 005
TALBORJT - AGADIR
Tél: 05 28 82 45 23

Imm. 47, Appt. N° 4 - Bd. 29 Février - Talborjt 80 005 - Agadir - Tél.: 05 28 82 45 23

Docteur NACIRI LAHCEN
47 BD 29 FEV.

80005 AGADIR TALBORJT
Dossier No 90212 056R NP 230233

Monsieur IZAABEL Abdelaziz
rue 301 n 6
riad salam
80000 AGADIR

Prélèvement du: 02/12/2023 à 10h32

Edité, le 02/12/23

RESULTATS D'EXAMENS BIOLOGIQUES

COAGULATION

Nature du prélèvement: PLASMA CITRATE

Antédécédents

TAUX DE PROTHROMBINE (*) Méthode chronométrique

T.P 100 % 25/12/15 : 100

Valeur du TP habituellement supérieure ou égale à 70 % chez tout sujet de plus de 6 mois en l'absence de tout traitement anticoagulant.

TEMPS DE CEPHALINE KAOLIN Méthode chronométrique

Temps du patient 28 sec 25/12/15 : 30
Temps du témoin 35 sec 25/12/15 : 30
Ratio 0,81

Valeur habituellement inférieure ou égale à 1.20 chez tout sujet de plus de 6 mois en l'absence de tout traitement anticoagulant.

Résultats validés par: Docteur H. ZRIKEM, Medecin Biologiste

Docteur A. HARGUIL
Biologiste Médical
Laboratoire HARGUIL
Av. Kennedy / AGADIR
Tél : 0528 84 80 03 Fax : 0528 84 15 60

B I O C H I M I E

Nature du prélèvement: SANG

Antécédents

PROTEINE C REACTIVE.....

4 mg/l (VR : < 5.00)

23/02/22 : 4

(Abbott Architect CI4100 Immuno Turbidimétrie)

Remarque :

La Procalcitonine (PCT) est disponible, elle permet :

- 1- Diagnostic précoce de l'infection bactérienne systémique, du sepsis et de la défaillance multi-viscérale.
- 2- Indication de la sévérité et du pronostic de l'infection.
- 3- Diagnostic différentiel entre infection bactérienne et infection virale.
- 4- Diagnostic différentiel entre infection systémique et maladie inflammatoire aigue.
- 5- Surveillance de la survenue d'infection chez les patients à haut risque.

HEMOGLOBINE GLYQUEE (HbA1C)

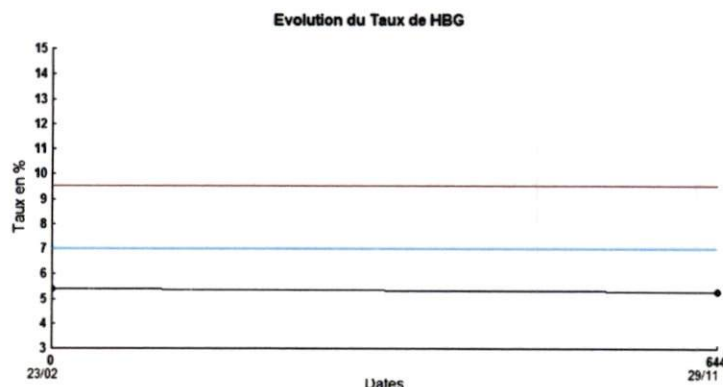
5,3 %

23/02/22 : 5.4 (*)

(Variant II méthode de référence : HPLC)

HbA1c %(NGSP*)	Interprétation
4.0-6.0	Zone normale
6.1-7.0	Très bon équilibre chez un diabétique connu. Risque d'hypoglycémie chez l'insulino-dépendant.
7.1-8.0	Bon équilibre glycémique chez un diabétique. Diagnostic sûr d'un diabète
> 8.1	Mauvais équilibre glycémique

*NGSP : National Glycohemoglobin Standardization Program.

**ACIDE URIQUE.....**

116 mg/l (VR : 35 - 72)

23/02/22 : 111 (*)

(Abbott Architect CI4100 Uricase)

Résultat Vérifié

0,68 mmol/l

Recommandations de la société française de rhumatologie SFR :

Au cours d'un traitement hypo uricémiant, la cible est une valeur inférieure à 60 mg/l

CHOLESTEROL.....

2,54 g/l

23/02/22 : 2.60 (*)

(Abbott Architect CI4100 Enzymatique)

6,55 mmol/l

Recommandations Programme American NCEP(adultes)et American Academy Pediatrics(enfants):

	Enfants	Adultes
Taux souhaitable :	< 1.70 g/l	< 2.00 g/l
Taux limite :	1.70 - 1.99 g/l	2.00 - 2.39 g/l
Taux élevé :	> ou = 2.00 g/l	> ou = 2.40 g/l

Résultats validés par: Docteur H. ZRIKEM, Medecin Biologiste

Docteur A. HARGUIL
 Biologiste Médical
 Laboratoire HARGUIL
 Av. Kennedy AGADIR
 Tél : 0528 84 80 03 Fax : 0528 84 15 60

Docteur NACIRI LAHCEN
47 BD 29 FEV.

80005 AGADIR TALBORJT
Dossier No 92911 091R NP 230233

Monsieur IZAABEL Abdelaziz
rue 301 n 6
riad salam
80000 AGADIR

Prélèvement du: 29/11/2023 à 11h55

Edité, le 01/12/23

RESULTATS D'EXAMENS BIOLOGIQUES

HEMATOLOGIE



Nature du prélèvement: SANG EDTA

Antécédents

NUMERATION GLOBULAIRE (Sysmex XN-1000)

LEUCOCYTES	7 890 /mm3	(VR : 4 000 - 11 000)	23/02/22 : 8330
HEMATIES.....	5 200 000 /mm3	(VR : 4 280 000 - 6 000 000)	23/02/22 : 5380
HEMOGLOBINE	15,6 g/100ml	(VR : 13.0 - 18.0)	23/02/22 : 16.5
HEMATOCRITE	47,0 %	(VR : 39 - 53)	23/02/22 : 48.4
V.G.M	90,4 u3	(VR : 78 - 98)	23/02/22 : 89.9
T.G.M.H	30,0 pg	(VR : 26.0 - 34.0)	23/02/22 : 30.7
C.G.M.H	33,2 %	(VR : 31.0 - 36.5)	23/02/22 : 34.1

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Poly.Neutrophiles	63,9 % soit	5 040/mm3	(VR : 1 400 - 7 700)	23/02/22 : 5160
Poly.Eosinophiles	0,4 % soit	30/mm3	(VR : 20 - 630)	23/02/22 : 80
Poly.Basophiles	0,1 % soit	10/mm3	(VR : 0 - 110)	23/02/22 : 10
Lymphocytes	26,6 % soit	2 100/mm3	(VR : 1 000 - 4 800)	23/02/22 : 2430
Monocytes	9,0 % soit	710/mm3	(VR : 180 - 1 000)	23/02/22 : 650
PLAQUETTES.....	196 000/mm3	(VR : 150 000 - 400 000)	23/02/22 : 163	

Résultats validés par: Docteur H. ZRIKEM, Medecin Biologiste

Docteur A. HARGUIL
Biologiste Médical
Laboratoire HARGUIL
Av. Kennedy - AGADIR
Tel : 0528 84 00 03 Fax : 0528 84 15 50

(*)analyse couverte par la portée d'accréditation.

TRIGLYCERIDES..... 1,05 g/l
 (Abbott Architect CI4100 enzymatique) 1,19 mmol/l

23/02/22 : 1.11 (*)

Recommandations pour les adultes du rapport ATPIII du programme american NCEP :

Taux souhaitable : < 1.50 g/l
 Taux limite : 1.50 - 4.99 g/l
 Taux élevé : 2.00 - 4.99 g/l
 Taux très élevé : > ou = 5.00 g/l

CHOLESTEROL HDL..... 0,65 g/l
 (Abbott Architect CI4100 Détergent sélectif) 1,68 mmol/l

23/02/22 : 0.59

Recommandations pour les adultes du rapport ATPIII du programme american NCEP :

Facteur de risque majeur pour cardiopathies : < 0.40 g/l
 Facteur de risque négatif pour cardiopathies : > ou = 0.60 g/l

Rapport Chol./HDL... 3,91 (VR : < 5.00)

CHOLESTEROL LDL..... 1,68 g/l (VR : < 1.00)
 4,33 mmol/l

23/02/22 : 1.79

COMMENTAIRES :

Valeurs normales en l'absence de facteur de risque associé
 (Age, antécédents familiaux, tabac, hypertension artérielle, diabète type II)

OBJECTIFS THERAPEUTIQUES : Si un facteur de risque LDL < 1.90 g/l
 Si 2 facteurs de risque LDL < 1.60 g/l
 Si plus de 3 facteurs de risque LDL < 1.30 g/l

Ces résultats sont à replacer dans leur contexte clinique
 et doivent être soumis à votre médecin traitant.

Résultats validés par: Docteur H. ZRIKEM, Medecin Biologiste

Docteur A. HARGUIL
 Biologiste Médical
 Laboratoire HARGUIL
 Av. Kennedy - AGADIR
 Tél: 0528 84 80 03 Fax: 0528 84 15 60

IMMUNOLOGIE .

Antécédents

ANTIGENE PROSTATIQUE (PSA)

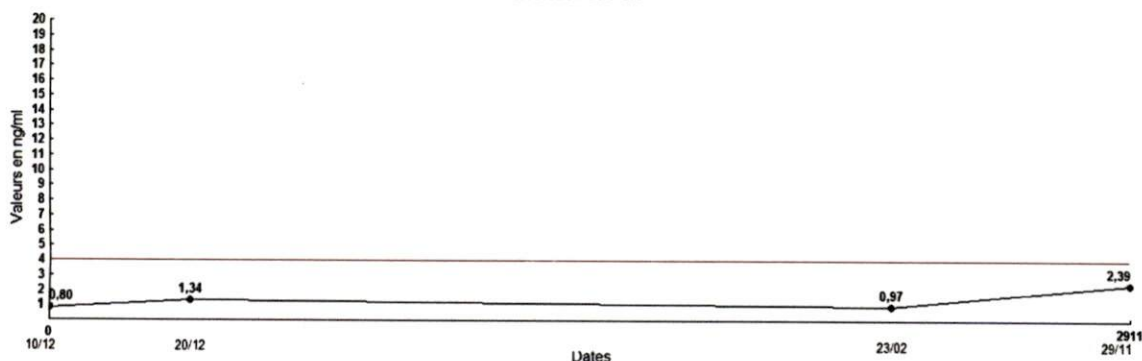
(Abbott Architect CI4100 CMIA)

2,39 ng/ml (VR : < 4.00)

23/02/22 : 0.97

Recommandations pour la pratique clinique.HAS(France),2004

Evolution du PSA



CHIMIE URINAIRE

Antécédents

PROTEINURIE..... 0,55 g/l

22/02/18 : 0,00

1,10 g/24H (VR : < 0.08)

22/02/18 : 0,00

(Abbott Architect CI4100 Chloride de Benzéthonium)

DIURESE DES 24 HEURES 2 000 ml

Résultats validés par: Docteur H. ZRIKEM, Medecin Biologiste

Docteur A. HARGUIL
 Biologiste Médical
 Laboratoire HARGUIL
 Av. Kennedy - AGADIR
 Tél : 0528 84 80 03 Fax : 0528 84 15 60

Docteur Lahcen NACIRI

Spécialiste en médecine interne

الدكتور الحسن ناصري

إختصاصي في الطب الباطني

Examens demandés

M. Izabel Abdelaziz

29 NOV 2023

né en 1963
Rx pulmonaire face
dos et crâniocervicale sans élé

Centre de Radiologie AL KINDY

Dr. HAJALI. A - Dr. GOURAM. M

Imm. Achar Bd. Kennedy Talborjt - AGADIR

I.C.E: 001732119000076

I.F. 06903062 - INPE: 041067869

Lahcen NACIRI
Spécialiste en Médecine Interne
47, Apt. 4 Bd. 29 Février, 80 005
TALBORJT - AGADIR
Tél.: 05 28 82 45 23

Imm. 47, Appt. N° 4 - Bd. 29 Février - Talborjt 80 005 - Agadir - Tél.: 05 28 82 45 23

CENTRE DE RADIOLOGIE AL KINDY

Imm. Achar Bd. Kennedy - Talbojt - AGADIR

Tél. : 05 28 82 14 24 / 05 28 82 14 25

Patente N° : 48316524 - ICE : 001732119000076

Dr. Abdelali HAJ ALI

Dr. Mokhtar GOURRAM

Facture

M. ABDEL ABDELALIZ

Agadir le, 20/11/23

DESIGNATION DES ACTES	HONORAIRES
Examens radiologiques	<u>1200,-</u>
TOTAL	<u>1200,-</u>

Centre de Radiologie AL KINDY

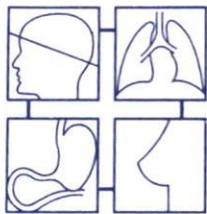
Dr. HAJ ALI, A - Dr. GOURRAM, M

Imm. Achar Bd. Kennedy Talborjt - AGADIR

I.C.E: 001732119000076

I.F: 06903062 - INPE: 041067069

Deux cents DORRAMS



CENTRE DE RADIOLOGIE AL KINDY

Scanner multibarrette - Echographie générale - Echodoppler couleur
Mammographie - Radiopédiatrie - Radiologie générale
Radiologie Numérisée - IRM - Ostéodensitometrie

Dr Abdelali HAJ ALI
Diplômé de l'université de Paris

Dr Mokhtar GOURRAM
Diplômé de l'université de Paris

Patient: **IZAABEL ABDELAZIZ**

AGADIR, le 29/11/2023
Prescripteur: **Dr NACIRI**

RX NUMERISEE THORAX DE FACE

RESULTAT:

- Absence de lésion pleuro-parenchymateuse d'allure évolutive.
- La silhouette cardio-médiastinale est d'aspect normal.
- Les culs-de-sac pleuraux sont libres.

Merci de votre confiance

Signé : **Dr HAJALI ABDELALI**

Centre de Radiologie AL KINDY
Immeuble Achar - Bd Kennedy - Agadir
Dr. HAJALI A. - Dr. GOURRAM M. M
I.C.E. : 001732119000076
I.F. : 06903062 - INPE : 041887869

Docteur Lahcen NACIRI

Spécialiste en médecine interne

Ancien Attaché à l'Hôpital Hassan II d'Agadir

Ancien Attaché des Hôpitaux de la Bavière en Allemagne

الدكتور الحسن ناصري

إختصاصي في الطب الباطني

ملحق سابق بمستشفى الحسن الثاني بأكادير

ملحق سابق بمستشفيات بافاريا بألمانيا

Agadir, le : 23.11.23

M. Zahel Abdelaziz

154.10x3

1) Dctaver 10



01 cpl; lewin

→ Zmes

4G, 80

2) Zyloine 100



21 cpl; 1

4

13.40 3) colchicine 1mg

1cp au besoin



122.40

Pharmacie LTRY
Dr. Kawtar BADAQUI
47, Apt. 4 Bd. 29 Février - 80 005 AGADIR
Tél: 05 28 23 51 43
marceltry@gmail.com

Dr. Lahcen NACIRI
Spécialiste en Médecine Interne
47, Apt. 4 Bd. 29 Février, 80 005
TALBORJT - AGADIR
Tél: 05 28 82 45 23

M. Zahel NA Abdelaziz

المرجو إحضار الوصفة الطبية عند كل زيارة

Docteur Lahcen NACIRI

Spécialiste en médecine interne
Imm. 47, Apprt. 4, Av. 29 Février
Talborjt 80005 AGADIR
Tél.: 05 28 82 45 23

Agadir, le :

29 NOV 2023

Note d'Honoraires

La note d'honoraires du Dr. Lahcen Naciri, Pour une Consultation médicale :

- AVEC
- Examen du sang ☐
 - Examen des urines ☐
 - ECG ☐
 - Echographie < Abdominale ☐
 - Thyroïdienne ☐

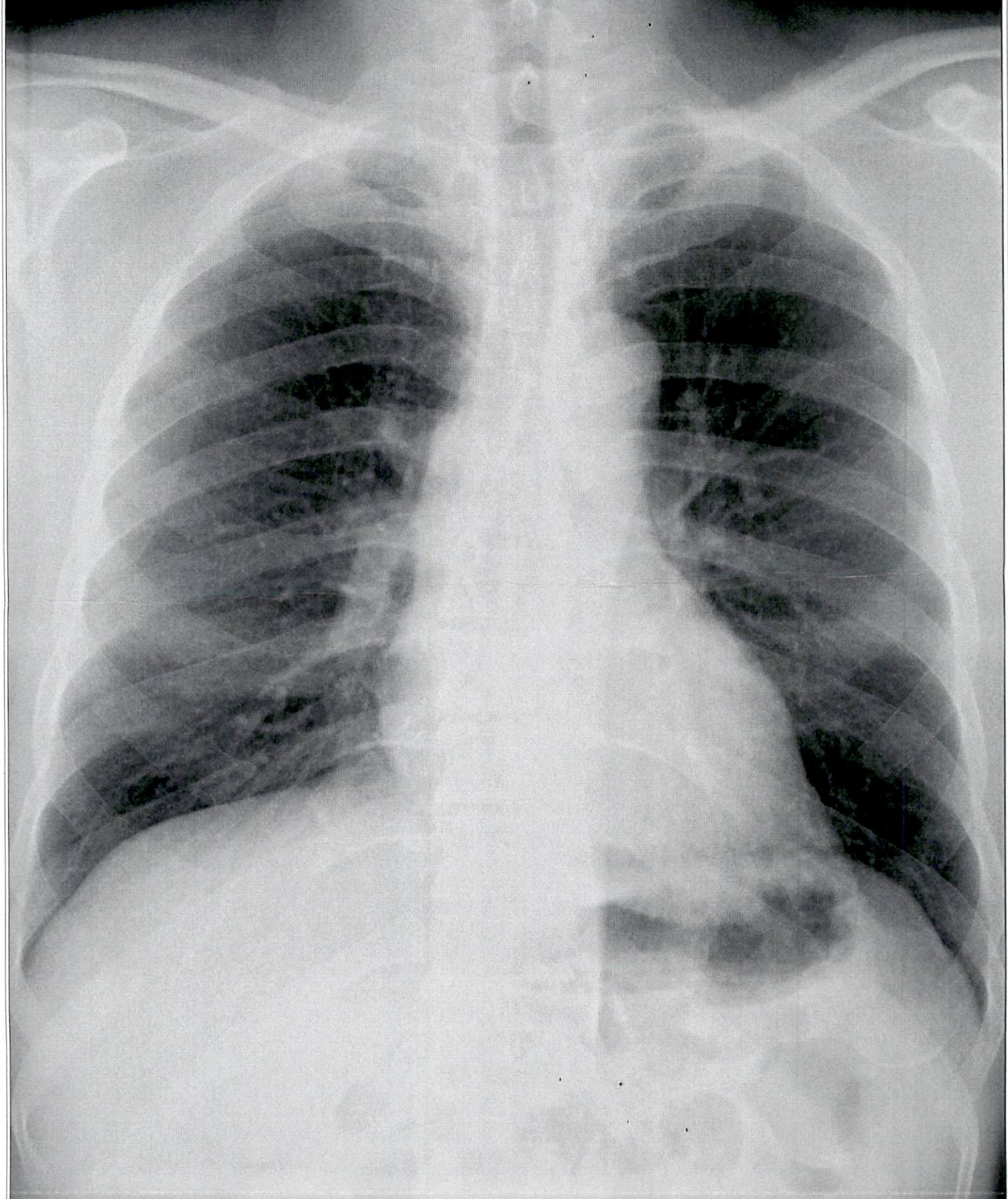
de M, Me Isabel Abdelaziz est de 200, MR

Signé :

W
Dr. Lahcen NACIRI
Spécialiste en Médecine Interne
47, Apt 4 Bd 29 Février, 80 005
TALBORJT - AGADIR
Tél: 05 28 82 45 23

Im 1001+C S 1001

Exam 261037



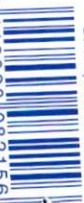
13,40

عن طريق الفم

أوبوكا السبيوم
كولشيسين

قرصا قابلا للكسر 20

6 118000 082156



Colchicine 1mg
20 comprimés sécables
OPICACIUM

10[®] زيلوريك

ألوبورينول

100 قرصا

عن طريق الفم

LOT 231738

EXP 05 2027

PPV 46.70 DH

Sous licence des laboratoires ASPEN PHARMA TRADING Limited

aspen

ZYLORIC 100 mg

Boîte de 100 comprimés
A.M.M. N° 63 DMP/21/NTT
SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AMO



6 118000 022268

LOT 231372 1
EXP. 04 2025
PPV 154 10

10 ملغ

30 قرصا مغلفا
عن طريق الفم

إكتافيس[®]
روزوفاستاتين

بعد	قبل	مساء	منتصف النهار	صباح	المدة

سوطيما
sothema



Titulaire de l'AMM/Fabricant :
Laboratoires SOTHEMA

B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc

صاحب ترخيص التسويق/المصنع :

مختبرات سوطيما

ص. ب. رقم 1، 27182 بوسكورة - المغرب



Ce médicament + GROSSESSE = INTERDIT
هذا الدواء + الحمل = ممنوع

Ne pas utiliser chez les femmes en âge de procréer sans contraception efficace, ou chez les femmes enceintes. لا يستخدم لدى النساء في سن الإنجاب دون وسائل منع الحمل الفعالة، أو لدى النساء الحوامل.

التركيبة :

روزوفاستاتين (على شكل روزوفاستاتين كالسيوم) 10.... ملغ

السواغات..... كمية كافية لقرص مغلف واحد.

سواغ ذو تأثير معروف : لاكتوز أحادي الهيدرات.

انظر النشرة للحصول على مزيد من المعلومات.

كيفية و طريقة الإستعمال :

اقرأ النشرة بتمعن قبل الإستعمال.

شروط الحفظ :

لا يتطلب هذا الدواء أية شروط خاصة للحفظ.

ICTAVÈS[®]
Rosuvastatine

10 mg

30 Comprimés pelliculés
Voie orale

ICTAVÈS[®] 10 mg
Boîte de 30 comprimés pelliculés
AMM N° 28419 DM/P21/INAP
6 118000 023555

DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS

سوطيما
sothema

**10 ملغ**30 قرصا مغلفا
عن طريق الفم**إكتافيس**
روزوفاستاتينLOT 231572 1
EXP 04 2025
PPV 154 10سوطيما
SOTHEMATitulaire de l'AMM/Fabricant :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc
صاحب ترخيص التسويق/المصنع :
مختبرات سوطيما

ص. ب. رقم 1، 27182 بوسكورة - المغرب

Ce médicament + GROSSESSE = INTERDIT
هذا الدواء + الحمل = ممنوعNe pas utiliser chez les femmes en âge de procréer
sans contraception efficace, ou chez les femmes enceintes
لا يستخدم لدى النساء في سن الإنجاب دون وسائل
منع الحمل الفعالة، أو لدى النساء الحوامل.

التركيبة :

روزوفاستاتين (على شكل روزوفاستاتين كالسيوم) 10... ملغ
السواغات.....كمية كافية لقرص مغلف واحد.
سواغ ذو تأثير معروف : لاكتوز أحادي الهيدرات.
انظر النشرة للحصول على مزيد من المعلومات.
كيفية و طريقة الإستعمال :
اقرأ النشرة بتمعن قبل الإستعمال.
شروط الحفظ :
لا يتطلب هذا الدواء أية شروط خاصة للحفظ.**ICTAVÈS®**
Rosuvastatine**10 mg**30 Comprimés pelliculés
Voie orale

6 118000 023555

Ictavès® 10 mg
Boîte de 30 comprimés pelliculés
AMM N° 284/19 DMP 21/INPسوطيما
SOTHEMA