

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

- Réclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M22 98

Société : R.A.M 146305

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KASSIM M. RAHMOUINI

Date de naissance : 01-01-1946

Adresse : APP 4 - RESIDENCE AVENUE HASSAN II

SAL AL ALJA DIDA SALE

Tél. : 06 23 27 1138 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Docteur RAHMOUINI Hassan
MÉDECINE GÉNÉRALE
804 Et Rania, Route 107 Aïn Harroura
1er Etage, Route 107 Aïn Harroura
Mohammedia*

Date de consultation :

01-01-1946

Nom et prénom du malade :

Age : 77 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

*Docteur RAHMOUINI Hassan
MÉDECINE GÉNÉRALE
804 Et Rania, Route 107 Aïn Harroura
1er Etage, Route 107 Aïn Harroura
Mohammedia*

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : H.B.P.

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) : KASSIM M. RAHMOUINI

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 Recouvrement des Actes
16/11/2023	C	01	gratuit	DOCTEUR KAHMOUN MASSAN 80 LUL VIADICCI, Ain Marrouda Tel: 06 63 78 00 41 INPE: 09 100 33 33 37
20 Janv 2023	Examens		gratuit	DOCTEUR KAHMOUN MASSAN 80 LUL VIADICCI, Ain Marrouda Tel: 06 63 78 00 41 INPE: 09 100 33 33 37
EXECUTION DES ORDONNANCES				
Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture		
PHARMACIE KARIMA Dr. Karima GHASSAN Lot. Ennour, Rue 12, N° 44, Hay El Qods Sidi Berrada, Casablanca Tél : 05 22 76 71 61	20/01/2023	585,60		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
x	19/01/23	1600,00	Montant total de l'ordre
x	19/01/23	com 667,00	
097164032			

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
				<input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	D 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	<input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/>
				<input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

- MEDECINE GENERALE
- CERTIFICAT UNIVERSITAIRE D'EVALUATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR
- DIPLOME DES ETUDES SUPERIEURES DE L'UNIVERSITE EN COLSCOPIE
- CERTIFICAT DE NUTRITION
- Formation en Echographie Obstétricale



091003830

PHARMACIE KARIMA
Dr. Karima GHASSAN
Lot. Ennout, Rue 12, Nº 44, Hay El Qods
Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél : 05 22 76 71 61

- الطبع العام
- شهادة جامعية لتقدير وعلاج الألم
- ببلوم الدراسات العليا للجامعة في تخصص تنظير عنق الرحم
- شهادة في التغذية
- تكوين في الفحص بالصدى للمرأة الحامل

20 Janv 2023

Ain Harrouda le,

*Karima
Hassan*

S.V

139,50x2

*Zi vlo x ho. Rep
Moy x vei*

163,30x2

perm x 203

S.V

Rep 221,180

585,60

*Docteur RAHMOUNI HASSAN
MEDECINE GENERALE
80 Lot VIADICCI, Ain Harrouda
Tél: 06 68 78 68 47
NIP: 091003830*

80, Lotissement VIADICCI, 1^{er} Étage en face du Centre de Santé Ain Harrouda
جزءة فياديتشي، مقابل المركز الصحي عين حرودة - المحمول : 06 68 78 68 47
Tél : 05 22 74 44 01 / Urgences : 06 68 78 68 47 / E-mail : drhassan@live.fr

Permixon 160 mg

GÉLULE

Extrait lipido-stérolique de Serenoa repens

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consulter un médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informez votre médecin ou votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE PERMIXON 160 mg, gélule ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE PERMIXON 160 mg, gélule ?
3. COMMENT PRENDRE PERMIXON 160 mg, gélule ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER PERMIXON 160 mg, gélule ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE PERMIXON 160 mg, gélule ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

AUTRES MEDICAMENTS UTILISES DANS L'HYPERTROPHIE BENIGNE DE LA PROSTATE.

Ce médicament est préconisé dans le traitement de certains troubles de la miction (émission d'urine) liés à l'hypertrophie (augmentation de volume) de la prostate.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE PERMIXON 160 mg, gélule ?

Ne prenez jamais PERMIXON 160 mg, gélule dans le cas suivant :

- Antécédent d'allergie à l'un des constituants de

la gélule.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Faites attention avec PERMIXON 160 mg, gélule : Mises en garde

La prise de ce médicament à jeun peut être la cause de nausées.

L'utilisation de ce médicament ne doit pas dispenser d'une surveillance régulière de la prostate chez votre médecin. PERMIXON 160 mg, gélule ne peut se substituer à l'acte chirurgical lorsque celui-ci est indispensable.

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

Précautions d'emploi

La prise de ce médicament à jeun peut parfois être la cause de nausées.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

AS3150



Permixon 160 mg

GÉLULE

Extrait lipido-stérolique de Serenoa repens

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consulter un médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informez votre médecin ou votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE PERMIXON 160 mg, gélule ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE PERMIXON 160 mg, gélule ?
3. COMMENT PRENDRE PERMIXON 160 mg, gélule ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER PERMIXON 160 mg, gélule ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE PERMIXON 160 mg, gélule ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

AUTRES MEDICAMENTS UTILISES DANS L'HYPERTROPHIE BENIGNE DE LA PROSTATE. Ce médicament est préconisé dans le traitement de certains troubles de la miction (émission

la gêule).

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Faites attention avec PERMIXON 160 mg, gélule : Mises en garde

La prise de ce médicament à jeun peut être la cause de nausées.

L'utilisation de ce médicament ne doit pas dispenser d'une surveillance régulière de la prostate chez votre médecin. PERMIXON 160 mg, gélule ne peut se substituer à l'acte chirurgical lorsque celui-ci est indispensable.

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

Précautions d'emploi

La prise de ce médicament à jeun peut parfois être la cause de nausées.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Prise ou utilisation d'autres médicaments

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Grossesse et allaitement

Demandez conseil à votre médecin ou à votre

de

A
MIXON

ule

ants de

153, 10

1 7 0 54 1 0 4





ZivLOX

comprimé pelliculé
voie orale

Maxifloxacin 400 mg

100

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
 - Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourra lui être nocif.
 - si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Que contient cette notice

1. Qu'est-ce que ZIVLOX 400 mg. et dans quels cas est-il utilisé ?
 2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre ZIVLOX 400 mg
 3. Comment prendre ZIVLOX 400 mg ?
 4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
 5. Comment conserver ZIVLOX 400 mg ?
 6. Informations supplémentaires.

1. Qu'est-ce que ZIVLOX 400 mg et dans quels cas est-il utilisé ?

Classe pharmacothérapeutique : Antibiotiques de la famille des fluoroquinolones Code ATC : J01-MA-1

ZIVLOX 400 mg contient une substance active, la moxifloxacine, qui appartient au groupe des antibiotiques appelés les fluoroquinolones.

ZIVLOX 400 mg agit en tuant les bactéries responsables des infections.

- ZIVLOX 400 mg est indiqué chez les patients âgés de 18 ans et plus pour traiter les infections bactériennes suivantes lorsqu'elles sont dues à des bactéries vis-à-vis desquelles la moxifloxacine est active. ZIVLOX 400 mg doit être utilisé pour traiter ces infections uniquement lorsque les antibiotiques habituels ne sont pas appropriés ou lorsqu'ils n'ont pas été efficaces :

Traiter uniquement ces infections de l'appareil génital haut de la femme par ZIVLOX 400 mg comprimé n'est pas suffisant ; par conséquent, pour ce type d'infections, votre médecin vous prescrira un autre antibiotique en association à ZIVLOX 400 mg comprimé (Voir rubrique 2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre ZIVLOX 400 mg- Avertissements et précautions - Adressez-vous à votre médecin avant la prise de ZIVLOX 400 mg).

- ZIVLOX 400 mg comprimé pelliculé peut également vous être prescrit lorsque les infections bactériennes suivantes ont montré une évolution favorable.

- infections des poumons (pneumonie) contractées en dehors de l'hôpital,
- infections de la peau et des tissus mous.

ZIVLOX 400 mg comprimé pelliculé ne doit pas être utilisé pour initier un traitement dans les infections de la peau et des tissus mous dans les infections récidivantes des poumons.

3. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser ZIVI OX 400 mg

Consultez votre médecin si vous n'êtes pas certain de faire partie des groupes de patients décrits ci-dessous.

- Ne prenez jamais ZIVLOX 400 mg :
 - si vous êtes allergique à la substance active, la moxifloxacine, à d'autres antibiotiques de la famille des quinolones ou à l'un des autres composants contenu dans ce médicament (mentionnés dans la rubrique 6),
 - si vous êtes enceinte ou si vous allaitez,
 - si vous êtes âgé(e) de moins de 18 ans,
 - si vous avez déjà eu des problèmes de tendons survenus à la suite d'un traitement avec des quinolones (voir rubrique Avertissements et précautions et 4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?),
 - si vous présentez un trouble du rythme cardiaque (observé lors d'un ECG, enregistrement du tracé électrique du cœur d'origine congénitale ou dû à une maladie,
 - si vous avez un déséquilibre électrolytique (notamment un taux faible de potassium ou de magnésium dans le sang),
 - si vous avez un rythme cardiaque très lent (bradycardie),
 - si vous souffrez d'une insuffisance cardiaque,
 - si vous avez eu des anomalies du rythme cardiaque ou si vous prenez d'autres médicaments qui provoquent des anomalies de l'ECG (voir rubrique Autres médicaments et ZIVLOX 400 mg).

Ces situations sont à prendre en considération car ZIVLOX 400 mg peut provoquer une modification de l'ECG qui correspond à un allongement de l'intervalle QT c'est-à-dire à une conduction électrique retardée.
 • si vous avez une maladie sévère du foie ou une augmentation de certaines enzymes du foie (transaminases) de plus de 5 fois la normale.

Avertissements et précautions

Avant de prendre ce médicament

Vous ne devez pas prendre d'antibiotiques de la famille des fluoroquinolones/quinolones, incluant ZIVLOX 400 mg, comprimé pelliculé, si vous avez déjà présenté un effet indésirable grave dans le passé lors de la prise d'une quinolone ou d'un fluoroquinolone. Si tel est le cas, vous devez en informer votre médecin au plus vite.

Adressez-vous à votre médecin avant la prise de ZIVLOX 400 mg, comprimé pelliculé

- ZIVLOX 400 mg peut modifier votre électrocardiogramme, en particulier si vous êtes une femme ou si vous êtes âgée(e). Si vous prenez actuellement un médicament pouvant provoquer une baisse du taux de potassium dans le sang, consultez votre médecin avant de prendre ZIVLOX 400 mg (voir aussi rubriques Ne prenez jamais ZIVLOX 400 mg et Autres médicaments à ZIVLOX 400 mg).
 - Si vous avez déjà présenté une éruption cutanée sévère ou une desquamation (décollement de la peau), des cloques et/ou des plaies dans la bouche après avoir pris de la moxifloxacine.
 - Si vous souffrez d'épilepsie ou d'une affection qui peut provoquer des convulsions, consultez votre médecin avant de prendre ZIVLOX 400 mg.
 - Si vous avez ou avez déjà eu des problèmes psychiatriques, consultez votre médecin avant de prendre ZIVLOX 400 mg.
 - Si vous souffrez de myasthénie, la prise de ZIVLOX 400 mg pourrait aggraver les symptômes de votre maladie. Si vous pensez en être atteint(e), consultez immédiatement votre médecin.
 - Si vous avez reçu un diagnostic d'hypertrophie ou de « renflement » d'un gros vaisseau sanguin (anévrisme aortique ou anévrisme périphérique d'un gros vaisseau).
 - Si vous avez déjà eu un épisode antérieur de dissection aortique (une déchirure de la paroi aortique).
 - Si vous avez reçu un diagnostic de fuite des valves cardiaques (régurgitation des valves cardiaques).
 - Si vous avez des antécédents familiaux d'anévrisme aortique, de dissection aortique ou de valvulopathie congénitale ou présentez d'autres facteurs de risque ou affections prédisposantes (par exemple, de conjonctif tels que le syndrome de Marfan ou le syndrome d'Ehlers-Danlos, le syndrome de Turner, le syndrome de Takayasu, une maladie auto-immune inflammatoire), ou des troubles vasculaires tels que l'artérite de Takayasu, l'artérite de

LOT: M0818
PER: 07/2024
PPU: 139,500



N° IPP :	621957	N° SEJOUR :	230003301	FACTURE N° 2304001205				DATE D'ENTREE :	19/01/2023	DATE DE SORTIE :	19/01/2023	
ASSURE :	M'hamed							DESTINATAIRE :	KASSIM, M'hmed			
MALADE :	KASSIM, M'hmed				UF:	5003 RADIOLOGIE						
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S. :							
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
TIERS PAYANT 2 :												
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :						N° SE. SOC. ETRANG. :					
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE			
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT		
FORFAIT HOSPITALISATION, REA, CHIRURGIE, MATERNI TDM (y compris le produit de contraste)	TDM	1.60	1000.00	1600.00					0.00	1600.00		

Intervenant :	99996 DR. LEMNOUNI HOURIA	TOTAUX :	1600.00							1600.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
MILLE SIX CENTS DHS				REMISE:	0.00	REGLE:	1600.00		AVOIR:	
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE :	19/01/2023	EDITEE LE :	19/01/2023	PAR:	GHAILA	ACCIDENT DE TRAVAIL:				
VISA				N° DE POLICE:			DATE AT:			
				Réglément à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI					
				BANQUE:	BMCE - BERNOUSSI					
				N° compte bancaire :	011780000049210006006888					

RADIOLOGUE :
MEDECIN DEMANDEUR
DR

Nom : KASSIM
Prénom : M'HAMED
DATE : 19/01/2023

UROSCANNER

TECHNIQUE :

- Examen réalisé en coupes axiales jointives sans injection de produit de contraste avec reconstructions frontales et sagittale

RESULTAT

- Foie homogène de taille normale, et de contours réguliers sans lésion focale décelable.
- Absence de dilatation de VBIH et EH.
- Vésicule biliaire à paroi fine.
- Pancréas et la rate homogènes de volume normal.
- Reins en place d'aspect fonctionnel et morphologique normaux.
- Absence de dilatation des CPC rénales
- Absence d'adénopathie profonde de taille significative.
- Absence d'épaississement digestive patent.
- Absence d'épanchement péritonéal.
- Absence de masse ou de collection abdominale
- Vessie de capacité normale et de signal normal
- Prostate iso dense, de contour régulier avec un volume de 44,27 cc

SENTIMENTS CONFRATERNELS





N° IPP : 621940	N° SEJOUR : 230003270	FACTURE N° 2303000166				DATE D'ENTREE : 19/01/2023		DATE DE SORTIE : 19/01/2023		
ASSURE :						DESTINATAIRE :				
MALADE : KASSIM,M'hamed		UF: 5004 LABORATOIRE				KASSIM,M'hamed				
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE BIOLOGIE										
ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE	B	60.00	1.10	66.00					0.00	66.00

Intervenant : 106999 EQUIPE,BILOGISTES BIOLOGISTES	TOTAUX :	66.00								66.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
SOIXANTE SIX DHS		REMISE :	0.00	REGLE :	66.00				AVOIR:	
		RESTE DU :	0.00							
DATE FACTURE : 19/01/2023	EDITEE LE : 19/01/2023	PAR: GHAILA	ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA			DATE AT :							
			N° DE POLICE :							
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI							
			BANQUE : BMCE - BERNOUSSI							
			N° compte bancaire : 011780000049210006006888							

NOM PRENOM : KASSIM MHAMED
SEJOUR : 3270
DATE : 19/01/2023
MEDECIN :

BIOCHIMIE SANGUINE

UREE : 0.19 0,15-0,45 g/L

CREATININE : 11.33 7 - 14 mg/L

N.B: RESULTATS SOUS RESERVE QUE LES CONDITIONS DU PRELEVEMENT ET DE SON ACHEMINEMENT SOIENT CONFORMES.

- MEDECINE GENERALE
- CERTIFICAT UNIVERSITAIRE D'EVALUATION
ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR
- DIPLOME DES ETUDES SUPERIEURES
DE L'UNIVERSITE EN COLPOSCOPIE
- CERTIFICAT DE NUTRITION
- Formation en Echographie Obstétricale



091003830

- الطبع العام
- شهادة جامعية لتقدير وعلاج الألم
- دبلوم الدراسات العليا للجامعة في تخصص تنظير عنق الرحم
- شهادة في التغذية
- تكوين في الفحص بالصدى للمرأة الحامل

14 Janv 2023

Ain Harrouda le,

l'assassin
A. Hamel



~~1600,-~~
D

- polabnue
 - T volume prostat
 - P.S.A. 132,6 ng/ml

→ Scan ner prostate
(moscaner)

Docteur RAHMOUNI HASSAN
 MÉDECINE GÉNÉRALE
 80 Lot VIADICCI, Ain Harrouda
 Tél: 06 68 78 68 47
 INPE: 091003830

SERVICE DE RADIOLOGIE

6- 19-01-2023

NOM : KASSI
PRENOM : نعيم
40

- Urée.
- Créatinine.



حي القدس - الدار البيضاء - الهاتف : 73 15 32 - 73 16 20 - 75 42 45 - 73 15 72 - الفاكس : 73 15 72
Hay El Qods - Casablanca - Tél : 73 15 32 - 73 16 20 - 75 42 45 - Fax : 73 15 72