

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4489

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABDELMOUMEN ABDELHADI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0663641215 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 :

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M22-0049838**

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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) _____ Société : _____

Matricule : _____ Société : _____

Actif Pensionné(e) Autre : *ABDELMOUJAD ABDELLAH*

Nom & Prénom : *ABDELMOUJAD ABDELLAH*

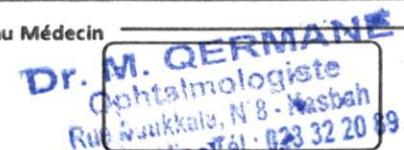
Date de naissance : *05/05/1960*

Adresse : *970 LOT YASMINE MAMMEDIA*

Tél. *06626411954* Total des frais engagés : _____ Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin : *Dr. M. QERMANE*

Date de consultation : *05/05/2022*

Nom et prénom du malade : *ABDELMOUJAD ABDELLAH*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Affection*

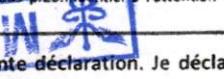
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *13 FEV. 2023*

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) : 



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE SABRENA</i> SARL - 053245233 Tél : 0532452333 Fax : 0532452333 E-mail : sabrena@wanadoo.fr	<i>20/10/2023</i>	<i>SP 147,00</i>
<i>PHARMACIE SABRENA</i> SARL - 053245233 Tél : 0532452333 Fax : 0532452333 E-mail : sabrena@wanadoo.fr	<i>07/10/2022</i>	<i>258,50</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX -						
Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

Docteur M.QERMANE



OPHTHALMOLOGISTE

Diplomé De C.E.S. D'ophtalmologie De France

Lauréat De la Faculté De Médecine De Lille

Diplomé De C.E.S. De Médecine Aéronautique

Ancien Ophtalmologiste Au Centre National

D'ophtalmologie De Salé

Ancien Ophtalmologiste Attaché Aux Hopitaux De France

ANGIOGRAPHIE LASER

Sur Rendez-vous

Mohammedia , Le :.... 07/12/2022

خريج كلية الطب بليل

حاائز على شهادة طب الطيران

طبيب سابق بالمركز الوطني لأمراض العيون

بسلا

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

الفحص و العلاج بأشعة الليزر

بالموعد

المحمدية في :

ABDELMOUMEN ASSIA



XOLA COLLYRE 1 GOUTTE MATIN ET SOIR 3 MOIS



CHIBROCADRON COLLYRE

1 goutte 3 f/j 15 j

VITANEVRIL FORT

1 CP 2 F/j 15 j

OCUYAL GEL 1 GOUTTE 2 F:j 1 MOIS

Dr. M. QERMANE

Ophtalmologiste

Rue Doukkala N° 7 Kasba

Mohammedia - Tel : 05 23 32 20 89



زنقة دكالة رقم : 7 - القصبة - المحمدية - الهاتف: 05 23 32 20 89: الفاكس : 05 23 32 20 89

Doukkala N°7- Kasba - Mohammedia - Tél : 05 23 32 20 89 - Fax : 05 23 32 20 89

E-mail : mq3@hotmail.com

Xola® 20 mg/ml, Collyre en solution dorzolamide

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament.

Gardez cette notice. Vous pourrez avoir besoin de la relire.

- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si leurs symptômes sont identiques aux vôtres.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, veuillez informer votre médecin ou votre pharmacien.
- Le nom complet de ce médicament est Xola® Collyre en solution mais dans la notice, il sera appelé Xola® collyre.

1. Qu'est-ce que Xola® collyre et dans quels cas est-il utilisé ?

Xola® collyre est une solution stérile de gouttes pour les yeux. Xola® collyre contient le dorzolamide en tant que principe actif, un composé apparenté aux sulfamides.

Xola® est un inhibiteur de l'anhydrase carbonique ophthalmique qui réduit la pression au niveau de l'œil.

Il est indiqué dans le traitement de la pression intraoculaire élevée dans des conditions telles que l'hypertension oculaire et le glaucome (glaucome à angle ouvert, glaucome pseudo-exfoliatif). Xola® collyre peut être utilisé seul ou en association avec d'autres médicaments qui réduisent la pression intraoculaire (appelés bétabloquants).

2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser Xola®

Ne pas utiliser Xola® collyre si vous :

- êtes allergique (hypersensible) à Xola® ou à l'un des autres composants de cette solution.
- avez de graves problèmes rénaux.

Précautions particulières à prendre avec Xola® gouttes ophthalmiques

Avant d'utiliser Xola® collyre, prévenez votre médecin si vous :

- avez ou avez eu des problèmes hépatiques dans le passé.

Si vous oubliez d'utiliser Xola® collyre

Il est important d'utiliser Xola® collyre comme prescrit par votre médecin.

Si vous avez oublié d'instiller une goutte à l'heure prévue, installez-la dès que vous vous souvenez. Cependant, s'il est presque l'heure de l'instillation suivante, reprenez votre médicament normalement à l'heure habituelle suivante. Ne prenez jamais de double dose pour compenser la dose que vous avez oubliée de prendre.

Si vous arrêtez d'utiliser Xola® collyre

Xola® collyre devraient être utilisés chaque jour pour fonctionner correctement. Si vous devez arrêter le traitement, contactez immédiatement votre médecin. Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce produit, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien.

4. Effets indésirables éventuels

Comme tous les médicaments, Xola® collyre est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet. Si vous développez des réactions allergiques, arrêtez immédiatement ce médicament et consultez rapidement votre médecin. Les symptômes de réactions allergiques sont :

- gonflement du visage et / ou de la gorge qui peut respirer ou à avaler.
- réactions cutanées sur la peau qui peuvent affecter les organes génitaux.
- lurticaria.

Les effets indésirables observés avec Xola® sont très fréquent (affecte

- brûlure et picotement Commun (affecte environ 1% des patients)

• maladie de la couche superficielle ponctué des douleurs des yeux et inflammation de la paupière et inflammation de la peau autour de l'œil (s), démarcations de l'œil (s), une vision trouble, effacement de la pupille,

زنلا®

Xola®

Lot:

YK0312

Fab:

09 21

Exp:

09 23

V: 95 DH 20



VITANEVRIL FORT 100 mg,

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT

VITANEVRIL FORT 100 mg, Comprimé pelliculé, boîte de 30.
(DCI) Benfotiamine

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

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

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 des symptômes identiques, cela pourrait 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.

2. COMPOSITION DU MEDICAMENT

Composition qualitative et quantitative en substance (s) active (s) par unité de prise

Benfotiamine 100 mg

Composition qualitative en excipients

Excipients : Amidon de riz ; Lactose monohydrate ; Stéarate de magnésium ; Saccharose ; Talc ; Hypromellose ; Dioxyde de titane ; Macrogol 400 ; et l'eau purifiée..... qsp un comprimé

Excipient à effet notoire : Saccharose ; Lactose monohydrate.

3. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITE

Antiasthénique (A : appareil digestif et métabolisme).

4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

- traitement du bêti-bêti.

- prophylaxie des états de carence vitaminique dus à une diminution des apports alimentaires (par exemple : malabsorption, régimes restrictifs riches en protéines non supplémentés, nutrition parentérale), en association avec les autres vitamines du groupe b.

- proposé chez l'alcoolique, notamment en cas de polynévrites.

- proposé dans d'autres polynévrites supposées d'origine toxicitairelle.

- utilisée, à forte dose, dans certains syndromes douloureux.

5. POSOLOGIE

- Mode et voies d'administration :

Voie orale.

- Durée du traitement :

se conformer à l'ordonnance de votre médecin.

- Fréquence d'administration :

2 à 4 comprimés par jour, à avaler sans croquer.

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

6. CONTRE - INDICATIONS

ATTENTION !

DANS QUELIS) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- Intolérance connue à la vitamine B1.

- Ne pas administrer aux enfants de moins de 8 ans.

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

7. EFFETS INDESIRABLES

Sans objet.

N'HESitez PAS À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN ET À SIGNALER TOUT EFFET NON SOUHAITÉ ET GENANT.

8. MISES EN GARDE SPECIALES ET PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES D'EMPLOI

En raison de la présence du saccharose et du Lactose monohydrate, ce médicament ne doit pas être pris en cas d'intolérance au fructose, du syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Saccharose et Lactose monohydrate.

Parlons-en à votre médecin, si vous avez une intolérance au fructose. EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

9. INTERACTIONS

- interactions avec d'autres médicaments ;
- interactions avec les aliments et les boissons ;
- interactions avec les produits de phytothérapie ou thérapie alternatives.

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

10. UTILISATIONS EN CAS DE GROSSESSE ET D'ALLAITEMENT

Par mesure de précaution, il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse.

Allaitement : ce médicament est à éviter pendant l'allaitement.

D'UNE FAÇON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT.

11. LES EFFETS POSSIBLES DU TRAITEMENT SUR LA CAPACITÉ A CONDUIRE UN VEHICULE OU A UTILISER CERTAINES MACHINES

Sans objet,

12. SYMPTOMES ET CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURDOSSAGE

Sans objet,

13. CONDUITE A TENIR EN CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURS DOSES

Sans objet,

14. MENTION, SI NÉCESSAIRE, D'UN RISQUE DE SYNDROME DE SEVRAGE

- Conditions de prescription et de délivrance

- Précautions particulières de conservation

- Tenir hors de la portée des enfants

- Ne pas utiliser après

- Nom et adresse du fabricant
l'AMM au Maroc

Sans objet

PPV

LOT

- Nom et adresse de l'importateur

SYNTHEMEDIC

20-22, Rue Zoubeir Ibn

Roches Noires

20300 Casablanca

Maroc

DEP

- la dernière date à laquelle

28/80

OCUYAL GEL

Gocce oculari in gel lubrificanti e lenitive a base di acido ialuronico 0,30%

FORME E CONTENUTO

Gocce oculari sterili in flaconcino o monodose. ②

INDICAZIONI

Indicato in caso di irritazione oculare o sensazione di occhio secco correlata ad un uso prolungato di lenti a contatto, insufficiente lacrimazione, fattori ambientali (polvere, smog, polline), menopausa e interventi chirurgici. È inoltre raccomandato per lubrificare ed idratare le lenti a contatto, migliorando il comfort durante l'utilizzo.

PRECAUZIONI PER L'USO

- Il prodotto è sterile fino alla prima apertura
 - Flacone: richiudere bene il flacone dopo l'uso
 - Monodose: non utilizzare il prodotto dopo la prima apertura
 - Non utilizzare in caso di alterazione dell'integrità del sigillo d'apertura
 - Evitare il contatto tra il contagocce e qualsiasi superficie
 - Non congelare, tenere lontano da fonti di calore e raggi solari
 - Tenere lontano dalla portata dei bambini
 - **NON ingerire**
 - ~~Non utilizzare in caso di ipersensibilità nota ad uno dei componenti.~~
 - ~~Non utilizzare in caso di ipersensibilità nota ad uno dei componenti.~~

COMPOSIZIONE

Principio attivo: Acido ialuronico / Colloidale
Eccipienti: Acido borico, Sodio tetraborato, Soluz. deionizzata

**ISOPHARM
OCUYAL
GEL 0.30 %
99.90 dhs**

Docteur M.QERMANE

OPHTALMOLOGISTE

Diplomé De C.E.S. D'ophtalmologie De France

Lauréat De la Faculté De Médecine De Lille

Diplomé De C.E.S. De Médecine Aéronautique

Ancien Ophtalmologiste Au Centre National

D'ophtalmologie De Salé

Ancien Ophtalmologiste Attaché Aux Hopitaux De France

ANGIOGRAPHIE LASER

Sur Rendez-vous



الدكتور مهمن مصطفى
اختصاصي في امراض حراحة العيون

خريج كلية الطب ببليل

حاائز على شهادة طب الطيران

طبيب سابق بالمركز الوطني لأمراض العيون

بسلا

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

الفحص و العلاج بأشعة الليزر

الموعود

20/01/2023

Mohammedia , Le : المحمدية في :

ABDELMOUMENE ASSIA

٨٤٧١٥٣

THEALOSE COLLYRE 1 GOUTTE 3 F:J 3 MOIS

س.ك

PHARMACIE AMINA
43,Chemin Ouled Sidi
Mohammedia - Tél : 0523245212

س.ك

زنقة دكالة رقم : 7 - القصبة - المحمدية - الهاتف: 05 23 32 20 89 - الفاكس : 05 23 32 20 89
Rue Doukkala N°7- Kasba - Mohammedia - Tél : 05 23 32 20 89 - Fax : 05 23 32 20

E-mail : mq3@hotmail.com

Docteur M.QERMANE

OPHTHALMOLOGISTE

Diplomé De C.E.S. D'ophtalmologie De France

Lauréat De la Faculté De Médecine De Lille

Diplomé De C.E.S. De Médecine Aéronautique

Ancien Ophtalmologiste Au Centre National

D'ophtalmologie De Salé

Ancien Ophtalmologiste Attaché Aux Hopitaux De France

ANGIOGRAPHIE LASER

Sur Rendez-vous

20/01/2023

Mohammedia , Le : المحمدية في :

ABDELMOUEMENE ASSIA

٨٤٧١٥٣

THEALOSE COLLYRE 1 GOUTTE 3 F:J 3 MOIS



PHARMACIE AMINA
43 Chabatia - ZOTEI
Mohammedia - Tel: 0523288212



زنقة دكالة رقم : 7 - القصبة - المحمدية - الهاتف: 05 23 32 20 89 - الفاكس : 05 23 32 20 89
Rue Doukkala N°7- Kasba - Mohammedia - Tél : 05 23 32 20 89 - Fax : 05 23 32 20

E-mail : mq3@hotmail.com

CABINET DE RADIOLOGIE DE MOHAMMEDIA



- ✓ RADIOLOGIE GÉNÉRALE NUMÉRISÉE
- ✓ PANORAMIQUE DENTAIRE NUMÉRISÉE
- ✓ MAMMOGRAPHIE NUMÉRISÉE
- ✓ ECHOGRAPHIE DOPPLER COULEUR
- ✓ SCANNER SPIRALÉE (3D)
- ✓ OSTÉODENSITOMETRIE

Dr SLIMANI H. Noureddine (RADIOLOGUE)
Diplôme de la faculté de médecine (Amiens – France)
CES de radiologie & diplôme en échographie
Ex. Attaché au chu (Amiens – France)

Dr BELEFQIH Mounir (RADIOLOGUE)
Diplôme de la faculté de médecine de (Nancy - France)
Ex. Attaché au chu de (Nancy - France)

Mohammedia , le 07/12/2022

PATIENT : ABDELMOUNEN ASSIA

MEDECIN :

EXAMEN(S) REALISE(S) : BLONDEAU SCANNER

COMPTE RENDU

RESULTATS:

- Pneumatisation normale des cavités sinusiennes de la face sans signe de comblement ou de formation polypoïde.
- Absence d'anomalie du relief muqueux rhinopharyngé.
- Morphologie normale des cornets et du septum nasal.
- Absence de lésion osseuse.

AU TOTAL : Absence d'anomalie naso-sinusienne.

CD CI-JOINT

En vous remerciant de votre confiance

RADIOLOGIE MOHAMMEDIA
Dr SLIMAN & Dr BELEFQIH
Av Abderrahmane Serghini ①
Tél 05 23 32 00 19 / Fax 05 23 31 58 45

Docteur M.QERMANE

OPHTHALMOLOGISTE

Diplomé De C.E.S. D'ophtalmologie De France



الدكتور قرمان مصطفى

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بليل

حاصل على شهادة طب الطيران

طبيب سابق بالمركز الوطني لأمراض العيون

بسلا

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

الفحص و العلاج بأشعة الليزر

بالموعد

Lauréat De la Faculté De Médecine De Lille

Diplomé De C.E.S. De Médecine Aéronautique

Ancien Ophtalmologiste Au Centre National

D'ophtalmologie De Salé

Ancien Ophtalmologiste Attaché Aux Hopitaux De France

ANGIOGRAPHIE LASER

Sur Rendez-vous

07 DEC 2022

Mohammedia , Le : المحمدية في :

Abderrahmane. Abdella

Boujemaa. Scam

RADIOLOGIE MOHAMMEDIA
Dr SLIMANI & Dr BELEFQIH
Av Abderrahmane Serghini ①
Tél 05 23 32 00 19 - Fax 05 23 31 58 40

Dr. M. QERMANE
Ophtalmologiste
Rue Doukkala 7, Kasba, Mohammedia - Tel: 023 32 20 89

زنقة دكالة رقم : 7 - القصبة - المحمدية - الهاتف: 05 23 32 20 89 : الفاكس : 05 23 32 20 89
Rue Doukkala N°7- Kasba - Mohammedia - Tél .: 05 23 32 20 89 - Fax : 05 23 32 20 89

E-mail : mq3@hotmail.com

CABINET DE RADIOLOGIE DE MOHAMMEDIA



- ✓ RADIOLOGIE GÉNÉRALE NUMÉRISÉE
- ✓ PANORAMIQUE DENTAIRE NUMÉRISÉE
- ✓ MAMMOGRAPHIE NUMÉRISÉE
- ✓ ECHOGRAPHIE DOPPLER COULEUR
- ✓ SCANNER SPIRALÉ (3D)
- ✓ OSTÉODENSITOMETRIE

Dr SLIMANI H.Noureddine (RADIOLOGUE)
Diplôme de la faculté de médecine (Amiens – France)
CES de radiologie & diplôme en échographie
Ex. Attaché au C.H.U (Amiens – France)

Dr BELEFQIH Mounir (RADIOLOGUE)
Diplôme de la faculté de médecine de (Nancy - France)
Ex. Attaché au C.H.U de (Nancy - France)

Mohammedia, le 07/12/2022

Facture N°2022/12.1249

Nom patient : ABDELMOUNEN ASSIA

Examen(s) réalisé(s) : BLONDEAU SCANNER

Montant : Mille (1000 DH)

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MILLE DH

REGLEMENT : ESPECES

RADIOLOGIE MOHAMMEDIA
Dr SLIMANI & Dr BELEFQIH
Av Abderrahmane Serghini ①
Tél 05 23 32 00 19 | Fax 05 23 31 58 49