

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

suivre

e de soins par personne et par

ins doit être accompagnée de ces justificatives originales (licales, factures,).

nom de la personne soignée es par les praticiens eux mêmes de soins.

es transmises doivent être des codes à barres des etés.

soins ainsi que les pièces ent être présentées à la CNSS is qui suivent le premier acte y a traitement médical continu. as, le dossier doit être présenté (60) jours qui suivent la fin du

ent des frais engagés sera ie de la tarification nationale de

tions ne peuvent donner lieu au que suite à accord préalable. rnières est disponible auprès de SS.

aux accidents du travail et ionnelles ne sont pas couverts.

upable de fraude ou de fausse obtenir des prestations qui ne passible des sanctions légales

remboursement prise par la onnée au respect des conditions de ce qui précède.

توقيع وطابع الوكالة
signature de l'Agence

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.
يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، ...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتركة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لأنحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ماسبق ذكره.

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

<p>الضمان الاجتماعي البنية الاجتماعية CNSS Le devoir de vous protéger</p>	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض		مديرية التأمين الصحي الإجباري
	Feuille de Soins Maladie		Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
	موافقة مسبقة Entente préalable	تنفيذ Exécution	مرجع رقم 610-1-02 Réf. - 610-1-02

N° Dossier :

0668325224

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom :	Boudinar Amal	الإسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation :	103845354	رقم التسجيل :
N° CIN :	12021973	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)*
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج		Enfant <input type="checkbox"/> ابن
Adresse :	Lotissement Florida Rue 87 n° 220 Sidi Maarouf	
Montant des frais :	2282,45 Dhs.	مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes :	5	عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins :		المستفيد من العلاجات
Nom et prénom :	Boudinar Amal	الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance :	12021973	تاريخ الميلاد :
N° CIN :	12021973	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe* :	M <input type="checkbox"/> ذكر F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى	الجنس* :
INPE et code à Barres**	1091258343	الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر**

Médecin traitant	Etablissement de soins
الطبيب المعالج	المؤسسة العلاجية

Type de soins*

نوع العلاجات*

Hospitalisation <input type="checkbox"/>	إستشفاء <input type="checkbox"/>	Maternité <input type="checkbox"/>	أمومة <input type="checkbox"/>	Accident <input type="checkbox"/>	حادثة <input type="checkbox"/>	Maladie <input type="checkbox"/>	مرض <input type="checkbox"/>
--	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	------------------------------

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.	أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Fait à :	ب :	Fait à :	ب :
Le :	في :	Le :	في :
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)		توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins	

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clè+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
18/03/23		G	#250	Dr. OUSEHAL Soumaya Rhumatologue الاستشارة في أمراض المفاصل و الروماتيزم Soufiane immeuble A appartement 11. 2eme étage Bd Abou Bakr Kadiri - Sidi Maarouf - Casablanca Tél.: 05 22 78 00 62
INPE et code à Barres 091258343				
30/03/23		G	G	Dr. OUSEHAL Soumaya Rhumatologue الاستشارة في أمراض المفاصل و الروماتيزم Soufiane immeuble A appartement 11. 2eme étage Bd Abou Bakr Kadiri - Sidi Maarouf - Casablanca Tél.: 05 22 78 00 62
INPE et code à Barres 091258343				

CIM - 10

Actes Paramédicaux

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clè+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres _____					
INPE et code à Barres _____					

CIM-10: Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				الأشعة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clè+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Biologiste ou Radiologue
18-03-23			5000	
INPE et code à Barres 091258343				
INPE et code à Barres _____				

التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	صيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacie ou Fournisseurs des dispositifs
18/03/23	280,00	
INPE et code à Barres _____		
30/03/23	1311,50	
INPE et code à Barres _____		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
طبيعة الخدمة Nature de la prestation	السعر Prix Unitaire	الكمية Quantité	السعر Prix Total

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, parodontologie 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 canaux, 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 canaux.

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
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-801689

Supplément d'assurance

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : *9378*

Matricule : *9378* Société : *RAM*

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** : *B2 ou RALHOL*

Nom & Prénom : *B2 ou RALHOL*

Date de naissance : *31-01-66*

Adresse : *161304*

Tél. : *0661357688* Total des frais engagés : *161304*

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : *CASABLANCA*

Le : *15/05/23*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



suivre

e de soins par personne et par

ins doit être accompagnée de ces justificatives originales (licales, factures,).

nom de la personne soignée és par les praticiens eux mêmes de soins.

es transmises doivent être des codes à barres des étés.

soins ainsi que les pièces ent être présentées à la CNSS is qui suivent le premier acte y a traitement médical continu. as, le dossier doit être présenté (60) jours qui suivent la fin du

ent des frais engagés sera e de la tarification nationale de

tions ne peuvent donner lieu au que suite à accord préalable. rnières est disponible auprès de SS.

aux accidents du travail et ionnelles ne sont pas couverts.

oupable de fraude ou de fausse obtenir des prestations qui ne passible des sanctions légales

remboursement prise par la onnée au respect des conditions de ce qui précède.

توقيع وطابع الوكالة
signature de l'Agence

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، ...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتركة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ماسبق ذكره.

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

<p>الضمان الاجتماعي C.N.S.S. Le devoir de vous protéger</p>	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض		مديرية التأمين الصحي الإجباري
	Feuille de Soins Maladie		Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
	موافقة مسبقة Entente préalable	تنفيذ Exécution	مرجع رقم 610-1-02 - Réf.

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم العائلي والشخصي : **Boudinar Amal**

رقم التسجيل : **103845354**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **12021973**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

العنوان : **Lotissement Florida Rue 87 n° 220 Sidi Maorouf**

مبلغ المصاريف : **22.22** Dhs.

عدد الوثائق المرفقة : **5**

Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : **Boudinar Amal**

تاريخ الازدياد : **12021973**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **12021973**

الجنس : **أنثى**

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر

INPE et code à Barres

مédecin traitant

المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات

مرض ☐ Maladie ☐ حادث ☐ Accident ☐ أمومة ☐ Maternité ☐ إستشفاء ☐ Hospitalisation

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à : **30/03/2023**

Le : **30/03/2023**

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clè+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
18/03/23		G	#250	DOUSEHAL Soumaya Rhumatologue الدكتورة سوسنة اختصاصية في أمراض العظام والمفاصل و الروماتيزم Soufiane Immaoubie A appartement 11, 2eme étage Bd Abou Bakr Kadiri - Sidi Maarouf - Casablanca Tel.: 05 22 78 00 62
INPE et code à Barres 091258343				
30/03/23		G	G	Dr. DOUSEHAL Soumaya Rhumatologue الدكتورة سوسنة اختصاصية في أمراض العظام والمفاصل و الروماتيزم Soufiane Immaoubie A appartement 11, 2eme étage Bd Abou Bakr Kadiri - Sidi Maarouf - Casablanca Tel.: 05 22 78 00 62
INPE et code à Barres 091258343				

CIM - 10

Actes Paramédicaux

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clè+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
VPE et code à Barres _____					
IPE et code à Barres _____					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				الأشعة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clè+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Biologiste ou Radiologue
18-03-23			5000	
INPE et code à Barres 091258343				
INPE et code à Barres _____				

التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	صيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacie ou Fournisseurs des dispositifs
18/03/23	280,00	
INPE et code à Barres _____		
30/03/23	1311,50	
INPE et code à Barres _____		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total



البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA
Le : 13/04/2023

أصدر ب :
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 103845354

رقم التسجيل

Destinataire

المرسل إليه

BOUDINAR AMAL

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 12/04/2023 : من
au : 12/04/2023 : إلى

Veillez trouver ci-dessous une récapitulation des
prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la
période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي
استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coef.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
BOUDINAR AMAL											
118323853	18/03/2023	T122	RADIOLOGIE	500,00	113,00	1,00	2,00	226,00	70,00	12/04/2023	158,20
118323853	18/03/2023	CS	RHUMATOLOGIE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	12/04/2023	105,00
Total remboursé										مجموع مبلغ التعويض	263,20
Total général remboursé										مبلغ التعويض الإجمالي	263,20

- Sauf erreur ou omission

- ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web
ou le portail des assurés
ou l'application mobile
ou appeler notre serveur vocal au numéro
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/

« Ma CNSS »

080 20 30 100

080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية المؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

- Maladies rhumatismales
- Pathologies rachidiennes
- Pathologies osseuses (ostéoporose..)
- Arthrose
- Biothérapie
- Echographie ostéoarticulaire
- Rhumatologie Interventionnelle



أخصائية في أمراض العظام و المفاصل

- أمراض الروماتيزم
- أمراض العمود الفقري
- هشاشة و ترقق العظام
- أمراض الغضروف
- العلاج بالأدوية البيولوجية
- الفحص بالصدى
- التدخلات الطبية على المفاصل

Nom : BOUDINAR

Prénom : AMAL

Le : 18/03/2023

Prière de faire :

- 1 - Radiographie des deux genoux de face en extension
- 2 - Radiographie des deux genoux en charge de profil

Signe :

Dr. OUSEHAL Soumaya
Rhumatologue

الدكتورة اسحل سمية

أخصائية في أمراض العظام، المفاصل و الروماتيزم
Soufiane Immeuble A appartement 11, 2ème étage
Bd Abou Bakr Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca
Tél.: 05 22 78 00 62

Radio Diagnostique
Sidi Maarouf
109, Residence Soufiane Sidi Maarouf
Prefecture Ain Chock - Casablanca
Tél: 05 22 32 17 65



الفحص بالأشعة سیدی معروف
RADIO DIAGNOSTIC SIDI MAAROUF

Casablanca, le 18/03/2023

FACTURE N° : 01449/2023

Nom & Prénom : BOUDINAR AMAL
Date d'examen : 18/03/2023

Examens	Honoraires
RX DES GENOUX F/P	500 DH
NET A PAYER	500 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
CINQ CENTS DH

109, Lotissement Soufiane - Sidi Maarouf - Casablanca
Tél: 05 22 32 17 65
Préfecture Ann Chock - Casablanca
Sidi Maarouf
Radio Diagnostic

109, شارع شيماء لوتيسما سفيان - سیدی معروف - الدار البيضاء
109, Lotissement Soufiane - Sidi Maarouf - Casablanca
Tél : 0522 32 17 65 - Email : Contact@radiologiesidimaarouf.ma
ICE : 002164594000014 - Patente : 36101026 - I F : 31860431
CNSS : 1276798 - www.radiologiesidimaarouf.ma



الفحص بالأشعة سيدي معروف
RADIO DIAGNOSTIC SIDI MAAROUF

Dr. Nadia Moubachir
Spécialiste en Radiologie

Dr. Ikram Zaamoune
Spécialiste en Radiologie

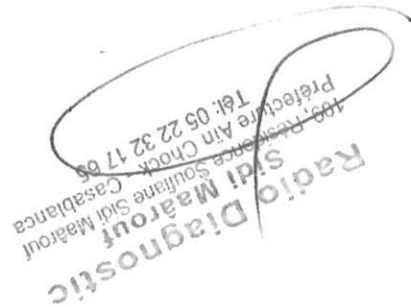
Casablanca , Le 18/03/2023

PATIENT : BOUDINAR AMAL
MEDECIN TRAITANT : DR OUSEHAL SOUMAYA

RX DES DEUX GENOUX F+P

Minéralisation osseuse normale.
Absence de lésion osseuse focale.
Discret pincement de l'interligne articulaire fémoro-tibial du compartiment interne des deux cotés.
Discrète condensation sous chondrale des plateaux tibiaux.
Absence d'anomalie des parties molles.
Rotules en place.

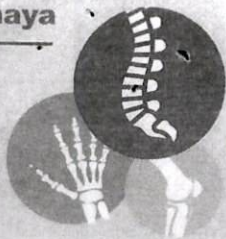
Confraternellement
Dr ZAAMOUNE IKRAM



109. تجزئة سفيان - سيدي معروف - الدار البيضاء

Rhumatologue

- es rhumatismales
- gies rachidiennes
- gies osseuses (ostéoporose..)
- se
- aple
- aphie ostéocarticulaire
- tologie interventionnelle



أخصائية في أمراض العظام و المفاصل

- أمراض الروماتيزم
- أمراض العمود الفقري
- هشاشة و ترقق العظام
- أمراض الغضروف
- العلاج بالأدوية البيولوجية
- الفحص بالصدى
- التدخلات الطبية على المفاصل

Nom : BOUDINAR

Prénom : AMAL

Le: 18/03/2023

ORDONNANCE

III. DES VEHICULES OU A UTILISER DES MACHINES

de machines :

des effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines, tels que des étourdissements et une vision trouble peuvent survenir peut-être affectés par l'un de ces effets, vous ne devez pas conduire ou utiliser des

SYMPTÔMES ET INSTRUCTIONS EN CAS DE

Si vous avez très très d'Ineso que vous n'auriez o

INSTRUCTIONS EN CAS D'OMISSION D'UNE

Si vous oubliez de prendre Ineso, prenez-le dès que vous vous en souvenez. Si vous oubliez de prendre la dose suivante, ne prenez pas la dose suivante normalement.

Ne prenez pas de dose double pour compenser l

Visitez nos d'autres questions sur l'éducation de

Inter
L'ad
ave
méd
risqu
L'us
provo
diclo

Composition:
Chaque gélule de 75 mg à libération biphasique

AMM N°: 528/17DMP/21/NRQ/R1

N° Lot: 2TJ592

04/202

Per: 04/202

P.P.V. 51.40 MAD (Dhs)

habiter kadiri, lot souffiane immeuble A, 2ème étage N°11, sidi maarouf, casablanca.

شارع أبو بكر القادري، إقامة سفیان عمارة أ، الطابق 2 رقم 11، سيدي معروف، الدار البيضاء

Rhumatologue

Maladies rhumatismales
Pathologies rachidiennes
Pathologies osseuses (ostéoporose...)
Arthrose
Biothérapie
Echographie ostéoarticulaire
Rhumatologie interventionnelle



أخصائية في أمراض العظام و المفاصل

- أمراض الروماتيزم
- أمراض العمود الفقري
- هشاشة و ترقق العظام
- أمراض الغضروف
- العلاج بالأدوية البيولوجية
- الفحص بالصدى
- التدخلات الطبية على المفاصل

Nom : BOUDINAR

Prénom : AMAL

Le : 18/03/2023

ORDONNANCE :

1 - INESO 20 MG

Une gélule matin 30 min avant repas ou prise médicamenteuse.

Durée du traitement = 7 jours

2 - DIVIDO 75mg

1 cp 2 fois par jour après le repas

durée du traitement = 7 jours

Pharmacie ABEL
Dr. Soumaya OUSEHAL
48, Lot Soufiane Immeuble A, 2ème étage
Bd Aboubakr Kadiri, Sidi Maarouf, Casablanca
Tel.: 05 22 78 00 62

Signe :

Dr. OUSEHAL Soumaya
Rhumatologue

أخصائية في أمراض العظام و المفاصل و الروماتيزم
Soufiane immeuble A appartement 11, 2ème étage
Bd Aboubakr Kadiri, Sidi Maarouf, Casablanca
Tel.: 05 22 78 00 62

PHARMACIE ABEL
48, Lot ESSALIM, SIDI MAAROUF...
CASABLANCA
Tel : 05 22 97 40 65 / 06 88 06 22 86

Bd aboubakr kadiri, lot soufiane immeuble A, 2ème étage N°11, sidi maarouf, casablanca.

شارع أبو بكر القادري، إقامة سفيان عمارة أ، الطابق 2 رقم 11، سيدي معروف، الدار البيضاء

Telephone : 05 22 78 00 62

Whatsapp : 06 11 31 13 79

Email : dr.ousehal.soumaya@gmail.com

Dr.

- Maladies rhumatismales
- Pathologies rachidiennes
- Pathologies osseuses
- Arthrose
- Biothérapie
- Echographie ostéo-articulaire
- Rhumatologie interne

CURAF

Lot : VT333
A consommer de
préférence avant le : 05/2025
PPC : 149,50 DH

Sachets

CURAF

Lot : VT333
A consommer de
préférence avant le : 05/2025
PPC : 149,50 DH

Sachets

CURAF

Lot : VT333
A consommer de
préférence avant le : 05/2025
PPC : 149,50 DH

Sachets

CURAF

Lot : VT333
A consommer de
préférence avant le : 05/2025
PPC : 149,50 DH

Sachets

CURAF

Lot : VT333
A consommer de
préférence avant le : 05/2025
PPC : 149,50 DH

Sachets

CLEDINE® 300m

Insaponifiables c

PPU 188.00 DH

nt de prendre ce médicament car elle contient des informations

PIASCLEDIN

PPU 188.00 DH

PIASCLEDIN

PPU 188.00 DH

Dr. OUSEHAL Soumaya

Rhumatologue

- Maladies rhumatismales
- Pathologies rachidiennes
- Pathologies osseuses (ostéoporose..)
- Arthrose
- Biothérapie
- Echographie ostéoarticulaire
- Rhumatologie interventionnelle



الدكتورة أسحل سمية

أخصائية في أمراض العظام و المفاصل

- أمراض الروماتيزم
- أمراض العمود الفقري
- هشاشة و ترقق العظام
- أمراض الغضروف
- العلاج بالأدوية البيولوجية
- الفحص بالصدى
- التدخلات الطبية على المفاصل

Nom : BOUDINAR

Prénom : AMAL

Le : 30/03/2023

ORDONNANCE :

1 - **PIASCLEDINE : 300 MG**

Une gel par jour à midi

Durée du traitement = 3 mois

2 - **CURAFLEX SACHETS**

1 sachet par jour

durée du traitement = 3 mois



Signe :

Dr. OUSEHAL Soumaya
Rhumatologue

الدكتورة أسحل سمية

أخصائية في أمراض العظام، المفاصل و الروماتيزم
Souliane immeuble A appartement 11 2ème étage
Bd Abou Bakr Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca
Tél.: 05 22 78 00 62

PHARMACIE AL ABE

48, Lot ESSALAMA, SIDI MAAROUF

CASABLANCA

Tel : 05 22 97 40 65 / 06 88 06 22 86

Bd aboubakr kadiri, lot soufiene immeuble A, 2ème étage N°11, sidi maarouf, casablanca.

شارع أبو بكر القادري، إقامة سفيان عمارة أ، الطابق 2 رقم 11، سيدي معروف، الدار البيضاء