

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'El
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

M23-007530

164795

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7044 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAKRI Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0660 59 17 49 Total des frais engagés : 1700,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AMADDAH Sara
Médecin Dentiste
Lot. Ansari N° 15 - 1er étage
Dar Bouazza - Casablanca
Tél: 0522 29 08 30

Date de consultation : 11 / 05 / 2023

Nom et prénom du malade : Khamat Nadin Age : 1966

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

Nature de la maladie : Soins Dentaires

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) : /

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ATLANTIC TAMARI Res Bab Salam, Im. A MO 2 Dar Bouazza, Noudaceur Casablanca Tél : +212 520 47 14 14	11/05/2023	111,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
RADIOLOGIE EL HASSANI ANFA 10, Im. Commune Route d'Azemmour et Bd. Skel Abderrahmane - Casablanca Tél : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07	15/05/23	20	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
		Consultat°	C	CCEFFICIENT DES TRAVAUX																					
	Monilaire	Détailage	012x2																						
					MONTANTS DES SOINS																				
	1 1	Composite	010																						
	1 2	Composite	010																						
					DEBUT D'EXECUTION																				
					FIN D'EXECUTION																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table><tr><td colspan="2">H</td><td></td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>D</td><td>G</td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">B</td><td></td></tr></table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D	G		00000000	00000000		35533411	11433553		B			CCEFFICIENT 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

DR. AMADDAH Sara
Dentiste
Lot. Anssari N° 15 - 1er étage
Dar Bouazza - Casablanca
Tél : 0522 29 08 30

**Dr. O. Alami**

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Dr. N. Faris

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 15/05/2023

PATIENT : Mme. KHOUNAT NADIA
MEDECIN TRAITANT : DR AMADDAH SARA
EXAMEN(S) REALISE(S) : RX PANORAMIQUE

Cher Docteur,**Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.****Rx PANORAMIQUE DENTAIRE****Examen fourni sur film, papier et DVD**

- ❖ Asymétrie de projection des ATM.
- ❖ Les cuvettes maxillaires sont libres.
- ❖ Parodontopathie diffuse et modérée.
- ❖ Clarté péri apicale en regard des racines de 37.

Confraternellement

RADIOLOGIE HAY HASSANIANFA
DR N. FARIS
10, Imm Communal, Angle route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tél: 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07

R
A
D
I
O

P
A
N
O
R
A
M
I
Q
U
E

D
E
N
T
A
I
R
E

N
U
M
É
R
I
S
É
ED
O
P
P
L
E
R

C
O
U
L
E
U
R

E
T

E
N
E
R
G
I
E

Dr. AMADDAH SARA

Médecin Dentiste

Ex-attachée au CHU IBN ROCHD



Note d'honoraires N° :

Casablanca, le.....25/05/2023.....

Nom et Prenom du patient :Khaouat Nadia.....

Dent	Nature de l'acte	coefficient	Honoraires
	consultation	C	200,00
Max Mandib	Détachage	D12x2	500,00
11	composite	D10	300,00
12	composite	D10	400,00
Total		1400,00 DH	

Cachet et signature du médecin

Dr. AMADDAH SARA
Médecin Dentiste
Lot. Anssari N° 15 - 1er étage
Dar Bouazza - Casablanca
Tél: 0522 29 08 30

Lotissement Anssari, N15, 1er Étage Dar Bouazza - Casablanca
Tél : 0522 29 08 30 - GSM 0664 92 33 65 - Sarah.amad44@gmail.com
IF :18720601 / ICE :0015 2145 9000 010 / INP : 094182631
CNSS : 2284241 / Potente : 32927102

Ce médicament est contre indiqué dans les situations suivantes :

- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona),
- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,
- si vous êtes allergique à la prednisolone ou à l'un des autres composants.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISE EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

Mise en garde

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

AVANT LE TRAITEMENT:

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'ulcère digestif, de maladies du colon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment antécédents de tuberculose), d'insuffisance hépatique, d'insuffisance rénale, d'ostéoporose et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire).

Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicale, subtropicale ou le sud de l'Europe, en raison du risque de maladie parasitaire.

La prise de ce médicament en association avec un vaccin vivant atténué ou avec des doses anti-inflammatoires d'acide acétylsalicylique (≥ 1 g par prise et/ou ≥ 3 g par jour) est à éviter.

PENDANT ET APRES LE TRAITEMENT:

Eviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou de rougeole.

En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

Sous traitement et au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement, prévenir le médecin de la prise de corticoïde, en cas d'intervention chirurgicale ou de situation de stress (fièvre, maladie).

Les corticoïdes oraux ou injectables peuvent favoriser l'apparition de tendinopathie, voire de rupture tendineuse

passage dans le lait maternel.
Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

SPORTIFS

Ce médicament contient un principe actif pouvant induire une réaction positive des tests pratiqués lors des contrôles antidopages.

EFFETS SUR L'APTITUDE A CONDUIRE DES VEHICULES OU A UTILISER DES MACHINES

Sans objet.

LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

KOPRED 5 mg et 20 mg, comprimé effervescent, contiennent du lactose et du sodium.

POSOLOGIE, MODE ET/OU VOIE(S) D'ADMINISTRATION, FREQUENCE D'ADMINISTRATION ET DUREE DE TRAITEMENT

Posologie

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

KOPRED 5 mg comprimé effervescent :

La dose à utiliser est déterminée par votre médecin, en fonction de votre poids et de la maladie traitée.

Elle est strictement individuelle.

Il est très important de suivre régulièrement le traitement et de ne pas le modifier, ni l'arrêter brutalement sans l'avis de votre médecin.

KOPRED 20 mg comprimé effervescent :

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 10 KG.

KOPRED 20 mg comprimé effervescent est adapté aux traitements d'attaque ou aux traitements de courte durée nécessitant des doses moyennes ou fortes chez l'adulte et l'enfant de plus de 10 kg.

La dose à utiliser est déterminée par votre médecin, en fonction de votre poids et de la maladie traitée.

Elle est strictement individuelle.

Il est très important de suivre régulièrement le traitement et de ne pas le modifier, ni l'arrêter brutalement sans l'avis de votre médecin

Mode d'administration

Voie orale.

• Troubles des règles.

- Faiblesse musculaire, rupture des tendons surtout en association avec les fluoroquinolones (antibiotiques).
- Troubles digestifs: ulcère digestif, hémorragies et perforations digestives, pancréatites surtout chez l'enfant,
- Fragilisation de la peau, retard de cicatrisation, acné.
- Confusion, convulsion, état dépressif à l'arrêt du traitement.
- Certaines formes de glaucome (augmentation de la pression à l'intérieur de l'œil) et de cataracte (opacification du cristallin).

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

DECLARATION DES EFFETS INDESIRABLES

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement ou via le centre national de pharmacovigilance. En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

CONSERVATION

Ce médicament doit être conservé à l'abri de l'humidité. Reboucher soigneusement le flacon après chaque prise. Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

CONDITIONS DE DELIVRANCE

Liste I

PEREMPTION

Ne pas utiliser KOPRED comprimé effervescent après la date de péremption figurant sur le conditionnement extérieur.

DATE DE REVISION DE LA NOTICE

Août 2016

PHARMA 5

Laboratoires Pharma 5

21 Rue des Asphodèles - Casablanca - Maroc

Site de Fabrication: Zone Industrielle Ouled Saleh - Bouskoura - Maroc

Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

Kopred®

Prednisolone

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser 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 de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif. Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable, ne mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou pharmacien.

PRESENTATION

KOPRED 5 mg comprimé effervescent, Boîte de 1 flacon contenant 30 comprimés effervescent.

KOPRED 20 mg comprimé effervescent, Boîte de 1 flacon contenant 20 comprimés effervescent.

COMPOSITION

Substance active : Prednisolone

KOPRED 5 mg comprimé effervescent, contient 5 mg de prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate de sodium).

KOPRED 20 mg comprimé effervescent, contient 20 mg de prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate de sodium).

Excipients :

KOPRED 5 mg comprimé effervescent, q.s.p 1 comprimé effervescent.

KOPRED 20 mg comprimé effervescent, q.s.p 1 comprimé effervescent.

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE GLUCOCORTICOIDES - USAGE SYSTEMIQUE.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies, où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire

CONTRE-INDICATIONS

(exceptionnelle). Prévenir votre médecin en cas d'apparition de douleur tendineuse.

Précautions d'emploi

Pendant le traitement, votre médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, pauvre en sel, en sucre et riche en protéines.

Ce médicament contient du sodium. A prendre en compte chez les patients contrôlant leur apport alimentaire en sodium.

En cas de traitement prolongé, un apport en calcium et vitamine D vous sera prescrit.

KOPRED 5 mg comprimé effervescent contient 8 mg de sodium.

KOPRED

sodium

Ce médicament

déconseille

gala

malade

héréditaire

EN

DE

INT

Ce médicament

vivre

accident

Si vous

avez

un

IN

Sans objet.

INTERACTIONS AVEC LES PRODUITS DE PHYTOTHERAPIE OU THERAPIES ALTERNATIVES

Sans objet.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Grossesse

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre ce traitement.

Allaitement

L'allaitement doit être évité pendant le traitement en raison du

En général, dissoudre les comprimés dans un verre d'eau en une prise le matin, au cours du repas.

Durée du traitement

Elle est déterminée par votre médecin.

En cas de traitement prolongé, ne pas arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

SURDOSAGE

Sans objet.

INSTRUCTIONS EN CAS D'OMISSION D'UNE OU DE PLUSIEURS DOSES

Pour être efficace, ce médicament doit être utilisé régulièrement. Cependant, si vous omettez de prendre une dose, continuez le traitement normalement.

RISQUE DE SYNDROME DE SEVRAGE

Sans objet.

EFFETS INDESIRABLES

Comme tous les médicaments, KOPRED comprimé effervescent est susceptible d'avoir des effets indésirables bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Ce médicament, indispensable, est le plus souvent bien toléré lorsque l'on suit les recommandations et notamment le régime. Il peut néanmoins entraîner, selon la dose et la durée du traitement, des effets plus ou moins gênants.

Les plus fréquemment rencontrés sont :

- Modification de certains paramètres biologiques (sel, sucre, potassium) pouvant nécessiter un régime ou un traitement complémentaire.
- Apparition de bleus.
- élévation de la tension artérielle, rétention d'eau et de sel pouvant entraîner une insuffisance cardiaque.
- Troubles de l'humeur: excitation, euphorie, troubles du sommeil.
- Syndrome de Cushing: une prise de corticoïdes peut se manifester par une prise de poids, un gonflement et une rougeur du visage, une poussée excessive des poils.
- Fragilité osseuse: ostéoporose, fractures.
- Atteintes douloureuses des os au niveau de l'articulation de la hanche (ostéonécrose).

D'autres effets beaucoup plus rares, ont été observés:

- Risque d'insuffisance de sécrétion de la glande surrénale.

LOT : 1594
PER : 01 - 26
P.P.V : 36 DH 40

Grossesse et allaitement :

Grossesse :

Il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre ce traitement.

Allaitement :

En cas d'allaitement, éviter de prendre ce médicament.

D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, IL CONVIENT, AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER AVIS À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN AVANT DE PRENDRE UN MÉDICAMENT.

Effets indésirables:

- Troubles digestifs : gastralgies, nausées, vomissements, diarrhées.
- Urticaire, prurit, éruption, œdème de Quincke, exceptionnellement choc anaphylactique.
- Goût métallique dans la bouche, inflammation de la langue avec sensation de bouche sèche, inflammation de la muqueuse de la bouche, anorexie (perte d'appétit).

• Exceptionnellement :

- céphalées, vertiges, confusions, convulsions
- cas de pancréatites réversibles à l'arrêt du traitement
- apparition d'une coloration brun-rougeâtre des urines due à la présence de pigments hydrosolubles provenant du métabolisme du produit.

• A forte posologie et /ou en cas de traitement prolongé :

- Leucopénie, dans ce cas, consulter votre médecin.
- Trouble au niveau de la perception des sensations qui ont toujours régressé à l'arrêt du traitement.

SIGNELEZ À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITÉ ET GÊNANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNÉ DANS CETTE NOTICE.

Posologie et mode d'emploi :

Traitement curatif :

Enfant de plus de 15 ans et adulte : 2 à 3 comprimés par jour en 2 ou 3 prises, au cours des repas.

Dans les cas sévères, la posologie peut être portée à 4 comprimés par jour.

Traitement préventif des complications infectieuses locales postopératoires en chirurgie odontostomatologique :

Enfant de plus de 15 ans et adulte : 2 à 3 comprimés par jour en 2 ou 3 prises, au cours des repas.

- Ne pas laisser à la portée des enfants

- Liste I



Laboratoires Pharmaceutiques PHARMA 5
21, rue des Asphodèles Casablanca

Bidontogyl®

Spiramycine / Métronidazole

Présentations :

Boîte de 15 comprimés pelliculés.

Composition :

Spiramycine 1,5 MUI

Métronidazole 250 mg

Excipients q.s.p 1 comprimé pelliculé.

Propriétés :

Ce médicament est une association de spiramycine, antibiotique de la famille des macrolides et de métronidazole, antibiotique de la famille des nitro-5-imidazolés. Il est réservé à la pathologie infectieuse buccodentaire.

Indications :

Traitement curatif des infections stomatologiques aiguës, chroniques ou récidivantes :

- Absès dentaires, phlegmons, cellulites périmaxillaires, péricoronarites ;
- Gingivites, stomatites ;
- Parodontites ;
- Parotidites, sous-maxillaires ;

Traitement préventif des infections odontostomatologiques.

L'efficacité dans

la chirurgie

Contre-indication

Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de :

- Allergie connue à la spiramycine ou au métronidazole ;
- Allergie à l'un des excipients ;
- Enfant de moins de 12 ans ;
- Ce médicament ne doit généralement pas être utilisé avec le disulfirame et l'alcool.

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

Mises en garde et précautions d'emploi :

Mises en garde :

- Interrompre le traitement en cas d'ataxie, de vertiges, de confusion mentale.
- En raison de la présence de métronidazole, tenir compte du risque d'aggravation de l'état neurologique chez les malades atteints d'affections neurologiques centrales et périphériques sévères, fixées ou évolutives.
- Éviter les boissons alcoolisées.
- En raison de la présence de sorbitol, ce médicament est contre-indiqué en cas d'intolérance au fructose.

Précautions d'emploi :

Prévenez votre médecin en cas d'anomalies sanguines.

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

Antibiotique

15 comprimés

LOT : 5262
PER : 12 - 24
P.P.V : 75 DH 50

Laboratoires Pharma

Dr. AMADDAH SARA

Médecin Dentiste

Ex-attachée au CHU IBN ROCHD



د. أمداد سارة

طبيبة جراحة للأسنان

ملحقة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد

ORDONNANCE

Casablanca, le : 11/05/2023 : الدار البيضاء في

M.Mme Mlle..... Khouat Nadia

Rx . Panoramic .

RADIOLOGIE HAY HASSANI
ANFA
10, Imm Communal Route d'Azemmour
et Bld. Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tél: 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07

Cachet et signature du médecin
Dr. AMADDAH SARA
Médecin Dentiste
Lot. Ansari N° 15 - Casablanca
Dar Bouazza - Casablanca
Tél: 0522 29 08 30

تجزئة أنصاري رقم 15 الطابق الأول دار بوعزة الدار البيضاء

Lotissement Ansari, N15, 1er Étage Dar Bouazza - Casablanca

Tél : 0522 29 08 30 - GSM 0664 92 33 65 - Sarah.amad44@gmail.com

IF :18720601 / ICE :0015 2145 9000 010 / INP : 094182631

CNSS : 2284241 / Potente : 32927102

IF : 2221555

Casablanca, le 15/05/2023

Facture N° 1666/05/2023

Nom patient : KHOUNAT NADIA

Examen(s) réalisé(s) : RX PANORAMIQUE

Date Examen(s) : 15/05/2023

Montant : 200 DH

Montant Produits : 0,00 DH

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE
MONTANT TOTAL :
DEUX CENTS DIRHAMS**

**RADIOLOGIE HAY HASSANI
ANFA**

10, Imm Communal Route d'Azemmour
et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07

10, Imm. Communal. Angle route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca

Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13

Pantente : 35 00 38 66 - TVA : 73 39 10 - ICE : 001686337000022

Dr. AMADDAH SARA

Médecin Dentiste

Ex-attachée au CHU IBN ROCHD



د. أمداد سارة

طبيبة جراحة للأسنان

ملحقة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد

ORDONNANCE

Casablanca, le : 11/05/2023 : الدار البيضاء في

M.Mme Mlle V. Hamat Nadin

75,50

1/ Bidontagyl,



1 cp 2x1 j pendant 7j -

36,40

2/ Kopred 200 (cp)



3 cp en une seule prise matinale
pendant 7j.

111,90

PHARMACIE ATLANTIC TAMARIS
Res Bab Salam, Imm A MO 2
Dar Bouazza, Nouaceur
Casablanca
Tél: +212 520 47 14 14

DR. AMADDAH SARA
Médecin Dentiste
Lot. Anssari N° 15 - 1er étage
Dar Bouazza - Casablanca
Tél: 0522 29 08 30
Cachet et signature du médecin

تجزة أنصاري رقم 15 الطابق الأول دار بوعزة الدار البيضاء

Lotissement Anssari, N15, 1er Étage Dar Bouazza - Casablanca

Tél : 0522 29 08 30 - GSM 0664 92 33 65 - Sarah.amad44@gmail.com

IF :18720601 / ICE :0015 2145 9000 010 / INP : 094182631

CNSS : 2284241 / Potente : 32927102