

Fait à : Ambleux Le 06/11/2014  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 29/04/24        |                   |                       | 300,00                          | Dr. Sara IBNOULKHATIB CHARAI<br>Gynécologue obstétricienne<br>California Center, Bd. Haifa N° 10<br>Ain Chock - Tél: 0522875355 |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date      | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|-----------|------------------------------|------------------------|
|   | 26/4/2024 | 2273                         | 300,00 DH              |
|   | 30/04/24  | Eds - panoramique            | 800,00                 |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

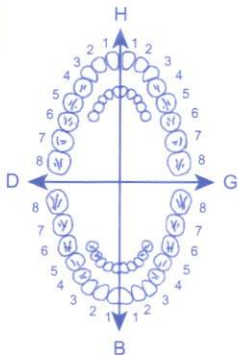
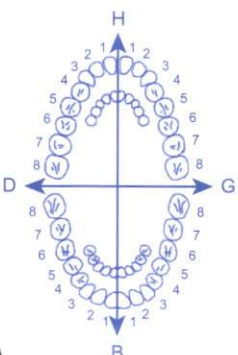
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

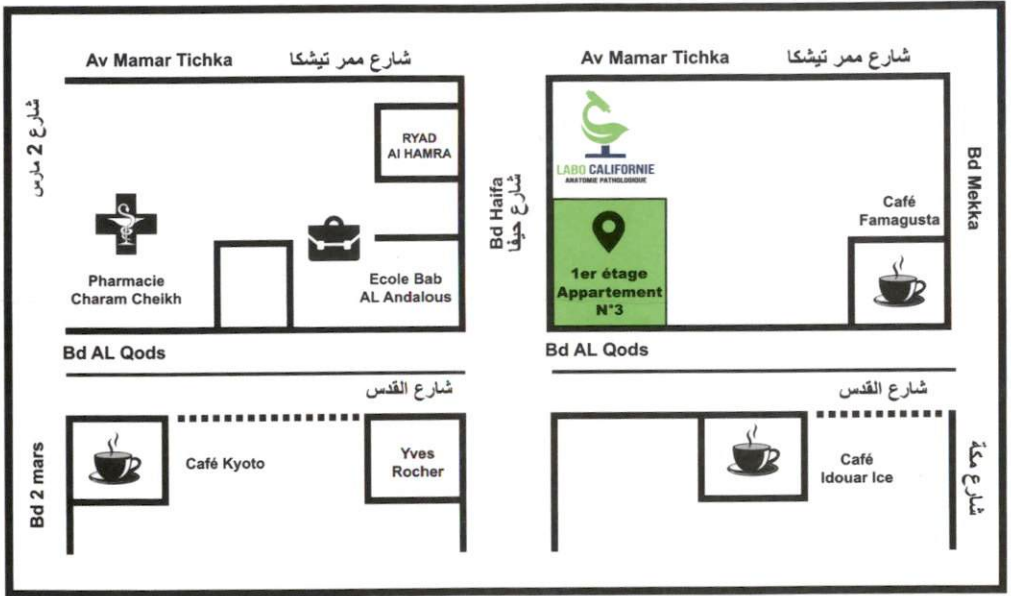
| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées   | Nature des Soins                         | Coefficient                             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|--|--|--|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|   |  |  |   | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |  |   | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |  |   | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |  |   | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |  | H                                       |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | H  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 25533412   | 21433552                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 00000000   | 00000000                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | D  | G  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 00000000   | 00000000                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 35533411   | 11433553                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | B  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |  | DATE DU DEVIS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



يمكنكم الإتصال بنا هاتفيا لأخذ عيناتكم (نفقة التوصيل مجانية)



شارع القدس، إقامة رياض القدس، GH2 الطابق النول، الشقة رقم 3، الدار البيضاء

Bd EL Qods, Imm Riad EL Quods GH2, 1<sup>er</sup> étage Appartement N°3, Casablanca

Tél: 05 22 50 86 43 - 07 01 49 49 27 - 07 11 04 82 27

Email : ibeliamime@labocalifornie.com www.labocalifornie.ma





DEMANDE D'EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE

De la part du Docteur :

Nom et prénom : Fatima Bouguir Age: 55

Tél : .....

Date du prélèvement : 19/04/2024

Siège et nature du prélèvement : .....

Renseignements cliniques : Col : RAS

FCU de dépistage

Cytologie:

- Frottis : Vagin ☐ Exocol ☒ Endocol ☒ Endomètre ☐

- Date des dernières règles : .....

- Autres : Ponction ☐ Liquide ☐

- Traitements éventuels : .....

Date :

19/04/2024

Signature :

Dr. SOUMEROUK KHAIB  
Gynécologue - Obstétricienne  
California Center for Women's Health  
Ain Chock - Tél: 05 22 87 53 55

شارع القدس، إقامته رياض القدس، GH2 الطابق النول، الشقة رقم 3، الدار البيضاء

Bd El Qods, Imm Riad EL Quods GH2, 1<sup>er</sup> étage Appartement N°3, Casablanca

Tél: 05 22 50 86 43 - 07 01 49 49 27 - 07 11 04 82 27

Email: ibeliamime@labocalifornie.com www.labocalifornie.ma



Dr. Mohamed Amine FATHALLAH

Médecin Radiologue

- Diplômé de Paris Descartes
- Ex Médecin des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد أمين فتح الله

إختصاصي في الفحص بالأشعة

- خريج كلية الطب بباريس
- طبيب سابق بمستشفيات باريس

- IRM HAUT CHAMP (1,5 TESLA)
- Scanner Multibarrette
- Panoramique Dentaire
- Mammographie Numérisée
- Echographie Générale
- Echo-Doppler Couleur
- Dentascanner
- Radiologie Interventionnelle (Scanner, Echographie, Sénologie)
- Radiologie Numérisée
- Radio-Photo

Casablanca , le 30/04/2024

Patiente : FOUGUIR FATIHA

Prescripteur: DR SARA IBNOULKHATIB CHARAI

## BILAN SENOLOGIQUE

### TECHNIQUE :

Réalisation de clichés en incidence axiale et oblique pour chaque sein.

### RESULTATS :

#### - Mammographie bilatérale:

Seins de type B selon l'ACR.  
Opacités ovalaires bilatérales des QSE  
Pas de micro-calcification en groupement pathologique.  
Intégrité du revêtement cutané des deux cotés.  
Quelques formations ganglionnaires axillaires latérales.

#### - Echographie mammaire:

Mise en évidence au niveau des QSE des deux seins de petites masses bien limitées, d'échostructure grasseuse, non vascularisée au Doppler couleur, la plus volumineuse mesure 14,9 x 10,9 mm (QSE droit).  
Intégrité du revêtement cutané, sous cutané et musculaire profond.  
Quelques formations ganglionnaires axillaires bilatérales, d'allure banale.  
Absence d'adénopathie axillaire.

### AU TOTAL:

Petites masses mammaires bilatérales d'allure grasseuse : À confronter aux antécédents de la patiente.

Pas de lésion suspecte visible dans l'un ou l'autre sein.

Classification BI RADS : ACR 2 bilatéral.

Merci pour votre confiance .

Dr Mohamed amine Fathallah

RADIOLOGIE AL QUODS  
Bd al quods N° 697  
Radiologiealquods@gmail.com  
Tél: 05 22 21 43 43

Ouvert de 8h30 à 19h00 - Samedi de 8h30 à 13h30

Bd Al Quods, N°697 - Ain Chock - Casablanca

Tél.: 05 22 21 43 43 / 06 65 66 57 67 - Fax : 05 22 21 43 43 - E-mail : radiologiealquods@gmail.com



FACTURE

REF : FA24001212

Date de facturation 20 / 04 / 2024  
Médecin traitant DR -  
Patient FATIHA FOUGUIR  
Demande C240420899 - 20/04/2024  
Organisme AUCUN

Liste des examens

FCU FCU +  
  
Cytologie  
FCU +

A Payer 300,00 Dhs  
Coef-P 273

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS

Dr Imane BELIAMINE  
Laboratoire d'Anatomie Pathologique Californie  
Bd El Quods, Immeuble Riad El Quods GH2,  
1er étage, Apt N° 3 - Casablanca  
Tél : 07 01 49 49 27 - Fax : 07 01 49 49 27  
Email : ibeliamine@labocalifornie.ma



REÇU LE : 20/04/2024

EDITE LE : //

NOM & PRENOM: FATIHA FOUGUIR

AGE : 55 ans

PRESCRIPTEUR : DR -

REF : C240420899

ORGANE : FCU

ORGANISME : AUCUN

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

-

## COMPTE RENDU CYTOPATHOLOGIQUE

- Frottis cervico-utérin en milieu liquide.

- Qualité du frottis : Très bonne qualité

- Classification du frottis selon le système de BETHESDA :  
Pas de lésion intra-épithéliale ou de malignité.

- Description cytologique :

Le frottis est étudié après cytocentrifugation de l'échantillon recueilli en milieu liquide, il montre une cellularité adéquate faite de cellules malpighiennes essentiellement parabasales et intermédiaires à cytoplasme abondant et à noyau régulier sans augmentation du rapport nucléo-cytoplasmique ni irrégularité nucléaire. Le fond est ponctué de polynucléaires neutrophiles avec présence des lactobacilles. Il est également retrouvé des cellules endocervicales isolées ou en amas, parfois en métaplasie malpighienne. Il n'est pas retrouvé de microorganismes ou de signes cytologiques de dysplasie ou de néoplasie.

## CONCLUSION :

- Frottis cervico-utérin hypotrophique.
- Absence de signes cytologiques de malignité.

Dr Imane BELIAMIME  
Laboratoire d'Anatomie Pathologique Californie  
Bd El Qods, Immeuble Riad El Quods GH2,  
1<sup>er</sup> étage Appartement N°3, Casablanca  
Tél: 05 22 50 86 43 - 07 01 49 49 27 - 07 11 04 82 27  
Email: ibeliamime@labocalifornie.com www.labocalifornie.ma

شارع القدس، إقامة رياض القدس، GH2 الطابق النول، الشقة رقم 3، الدار البيضاء

Bd El Qods, Imm Riad EL Quods GH2, 1<sup>er</sup> étage Appartement N°3, Casablanca

Tél: 05 22 50 86 43 - 07 01 49 49 27 - 07 11 04 82 27

Email : ibeliamime@labocalifornie.com www.labocalifornie.ma





• Scanner Multibarettes

• Dentascanner - Panoramique Dentaire

• Mammographie Numérisée

• Echographie Générale

• Echographie-Doppler Couleur

• IRM ( Sur Rendez-Vous )

• Radiologie Interventionnelle ( Scanner, Echographie, Sérologie )

• Radiologie Numérique

• Radio - Photo



091244798

Casablanca, le 02/05/2024

## NOTE D'HONORAIRE

Nom &amp; Prénom FOUGUIR FATIHA

Date d'examen : 30/04/2024

| Examens                    | Honoraires |
|----------------------------|------------|
| MAMOGRAPHIE +ECHO MAMMAIRE | 800,00 DH  |
| NET A PAYER                | 800,00 DH  |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

HUIT CENTS DH

Ouvert de 8h30 à 19h00 - Samedi de 8h30 à 13h30

Bd Al Quods, N°697 - Ain Chock - Casablanca - Tél.: 05 22 21 43 43 - Fax : 05 22 21 43 43

E-mail : radiologiealquods@gmail.com - ICE : 002313947000064 - IF : 34001560

RC : 442995 - PATENTE : 34001560

RADIOLOGIE AL QUODS  
Bd al quods N°697  
Radiologiealquods@gmail.com  
Tél: 05 22 21 43 43



## Dr. Sara IBNOULKHATIB CHARAI

Spécialiste en gynécologie obstétrique  
et infertilité

Lauréate des facultés de Médecine de  
Valence et de Casablanca

Ancienne interne de la faculté Paris Sorbonne

Diplôme d'infertilité et AMP Paris Descartes

Diplôme d'Urologie - Gynécologie Casablanca

Diplôme en Médecine d'urgence et d'oxylogie

Formation universitaire en Gynécologie

Esthétique et régénératrice en Espagne

Certificat Regen-Lab / Cellular Matrix

(PRP - A.hyaluronique)



## الدكتورة سارة ابن الخطيب شرعي

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد  
والمساعدة على الإنجاب

متابعة الحمل - التوليد

الفحص بالصدى 3D - 4D

المساعدة على الإنجاب

أمراض الثدي - التنظير

سرطان الثدي والجهاز التناسلي

أمراض النساء التجديدية والتجميلية

العلاج بالبلازما الغنية بالصفائح الدموية

وحمض الهيالورونيك

## MME FOUQUIER FATIHA

casablanca le , 19/04/2024

Age : 55 ans

ANTECEDENT : réduction mammaire

MASTODYNIES DROITES

EXAMEN : pa sde nodule palpable

MAMMOGRAPHIE + ECHOGRAPHIE MAMMAIRE

**RADIOLOGIE AL QUODS**  
Bd al quods N° 697  
Radiologiealquods@gmail.com  
Tél: 05 22 21 43 43

Dr. Sara IBNOULKHATIB CHARAI  
Gyn. obstétr. et infertilité  
California Center, Bd. Haifa N° 10  
Ain Chok - Tél: 0522 75355



0661562826