

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.

Diagnostique 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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0031107

☐ Maladie

☐ Dentaire

ND = 20707

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4893 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :
Nom & Prénom : HADI Aicha
Date de naissance : 1938
Adresse : Liab = 1-16, rue 14 651
Tél. 06 60 60 7974 Total des frais engagés : 549,4 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/02/2020
Nom et prénom du malade : HADI Aicha Age 63 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Douleur aiguë de jambe + H2B
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 : 11/02/20

Signature de l'adhérent(e) :

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
03/2/20	CE	1	200/00	Docteur Amine HAMAD Spécialiste En Chirurgie Générale 80, Rue Omar Riffi - Casablanca Tél: 05 22 26 59 74

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL MESJID 445, Bd. Mokhtar Soussi (Ex. Bd. 73) Hay El Mesjid - Casablanca Tél: 05 22 28 01 67	03/02/2020	149/00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06/02/2020	ES HO	200/00

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CEEFFICIENT 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
	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

OK

Docteur Amine HAMAD

Spécialiste en Chirurgie Générale

Chirurgie Digestive - Endocrinienne

Et Chirurgie Gynécologique

Diplômé de la Faculté de Médecine

de Toulouse - France

الدكتور أمين حماد

اختصاصي في الجراحة العامة

جراحة الجهاز الهضمي - الغدد

و الجراحة النسائية

خريج كلية الطب بتولوز فرنسا

Casablanca, le 03.02.20

الدار البيضاء في



HADI Aicha

- Douleur inguinale
grosse éperle il ya 5 ans
sans plaque sur l'herpès
Récurée ??
Douleur neurologique ?
Echographie
ing uale sans

الدكتور أمين حماد
Docteur Amine HAMAD
Spécialiste

En Chirurgie Générale

80, Rue Hadj Omar riffi - Casablanca

Tél : 05 22 26 59 74

Docteur Amine HAMAD

Spécialiste en Chirurgie Générale

Chirurgie Digestive - Endocrinienne

Et Chirurgie Gynécologique

Diplômé de la Faculté de Médecine

de Toulouse - France

الدكتور أمين حماد

اختصاصي في الجراحة العامة

جراحة الجهاز الهضمي - الغدد

و الجراحة النسائية

خريج كلية الطب بتولوز فرنسا

Casablanca, le

الدار البيضاء في

PHARMACIE EL MESJID SARL

CHRAIBI Mohamed

445, Bd. Mokhtar Soussi (Ex. Bd. "B")

Hay El Mesjid - Casablanca

Tél : 05 22 28 01 92

83 82 20

HADDI Aicha

5760 - Vitapril cy 2880x2
1cx (SV) 2fs - 25/

3900 - NEFSAAL (SV) 15 aug cy
14/1 cfs - le Reps 15/

- oedex 20 aug (SV)
5280 14/1 - 14/1

Auguo

الدكتور أمين حماد

Docteur Amine HAMAD

Spécialiste

En Chirurgie Générale

80, Rue Omar Ruffi - Casablanca

Tél : 05 22 28 58 74

PHARMACIE EL MESJID SARL

CHRAIBI Mohamed

445, Bd. Mokhtar Soussi (Ex. Bd. "B")

Hay El Mesjid - Casablanca

80, Rue Hadj Omar Ruffi - CASABLANCA

الهاتف : 05 22 20 99 95 : Tél : 05 22 20 99 95 : المحمول : 06 62 80 26 03 : الفاكس : 05 22 20 99 95

80, زنقة الحاج عمر الريفي - الدار البيضاء

39,00

إذا كان
الصيدلي
قد تم وصف

أعراض مشابهة، لأنك قد تسبب الضرر.
إذا أصبح أحد الأعراض غير المرغوب فيها خطراً أو إذا لاحظت وجود أعراض غير
مرغوب فيه غير مذكور في هذه النشرة، تحدث عن ذلك مع الطبيب أو مع الصيدلي.

1. مكونات الدواء:

المادة الفعالة:

مفصل (٢) 7,5 ملغ، قرص:

ميلوكسيكام 7,5 ملغ لكل

قرص

مفصل (٢) 15 ملغ، قرص قابل للكسر:

ميلوكسيكام 15 ملغ لكل قرص قابل

للکسر

المواصفات: نشا جيلاتيني مسبقاً (1500)، لاكتوز أحادي المائي، نشا الذرة، سترات
الصوديوم، ميليلوز مصغر ميلور (الميل PH102)، سيليكات غرواني عديم المائية،
ستيبرات المغنيسيوم ك.ك.ك. لقرص واحد.

المواصفات معروفة التأثير: لاكتوز أحادي المائي

2. الصنف الصيدلي العلاجي أو نوع النشاط:

الصنف الدوائي العلاجي: مضادات للالتهابات غير الستيرويدية. عطر الأوكسيكام. رمز

ATC M01AC06

يحتوي مفصل على مادة فعالة تسمى ميلوكسيكام. ينتمي ميلوكسيكام إلى مجموعة الأدوية
المسماة مضادات الالتهابات غير الستيرويدية، المستعملة لتقليل الالتهاب والألم في المفاصل
والعضلات.

3. دواعي الاستعمال:

لدى البالغين:

يستعمل مفصل (٢) في:

• العلاج قصير الأمد للآلام التهاب المفاصل الحاد.

• العلاج طويل الأمد:

• التهاب المفاصل الروماتويدي.

• التهاب الفقار المقسط (يسمى كذلك مرض بيشترير).

4. الجرعة وكيفية الاستعمال:

أحرص دائماً على تناول هذا الدواء تماماً كما أخبرك الطبيب. تحقق مع طبيبك أو الصيدلي
إذا كنت في شك.

الجرعة:

الجرعة الموصى بها هي:

تغلبات حادة للمفصل

7,5 ملغ (قرص 7,5 ملغ أو نصف قرص 15 ملغ) مرة في اليوم. يمكن رفع الجرعة إلى

غاية 15 ملغ (قرصان 7,5 ملغ أو 1 قرص 15 ملغ) مرة في اليوم.

التهاب المفاصل الروماتويدي و الفقار المقسط

15 ملغ (قرصان 7,5 ملغ أو قرص 15 ملغ) مرة في اليوم. يمكن خفض الجرعة إلى 7,5

ملغ (قرص 7,5 ملغ أو نصف قرص 15 ملغ) مرة في اليوم.

كيفية الاستعمال:

عن طريق الفم.

يجب تناول الأقراص بالماء أو بأي سائل آخر خلال الوجبة.

5. موانع الاستعمال:

لا تستعمل أبداً مفصل (٢) في الحالات التالية:

• الحساسية (فرط الحساسية) لمادة ميلوكسيكام، أحد المكونات الموجودة في هذا الدواء

• خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة من الحمل.

• لدى الأطفال والمراهقين دون 16 سنة،

• الحساسية (فرط الحساسية) للأسبرين أو أدوية أخرى مضادة للالتهابات غير الستيرويدية،

• إذا عانيت من أحد العلامات التالية بعد تناول الأسبرين أو أحد الأدوية الأخرى المضادة

للآلتهابات:

• تنفس مصحوب بصفير، ضيق التنفس، صعوبة تنفسية (الربو)،

• احتقان أنفي ناجم عن انتفاخ صغير للمخاط الأنفي (سليبات أنفية)،

• طفح جلدي/شرى،

• انتفاخ مفاجئ في الأنسجة والمخاط، مثل انتفاخ حول العينين، الوجه، الشفتين، الفم أو

الحضرة، مما يجعل التنفس صعباً (وذمة كوينك)،

• إذا سبق أن عانيت بعد علاج بمضادات الالتهابات غير الستيرويدية:

• نزيف في المعدة أو الأمعاء،

• تقرب في المعدة أو الأمعاء،

• فروح أو نزيف في المعدة أو الأمعاء،

• سوابق فروح أو نزيف في المعدة (تفرح أو نزيف حدث مرتين على الأقل)،

• قصور كلدي حاد،

• قصور كلوي حاد غير خاضع لتصفية الدم،

• نزيف حديث العهد في الدماغ (نزيف دماغي وعائي)،

• اضطرابات نزفية مهما اختلف نوعها،

• قصور قلبي حاد.

حماسي متعم
في بقع أو
التفاعل الفم
• انتفاخ الأذن
الفم أو الحنك
السائي).
• انتفاخ الش
التهاب الكبد
• اصفرار
• آلام في
• فقدان الش
• أي تأثير
• نزيف (يو)
• تفرح الفم
• نزيف في
• الهضمي قد
المسكين.
أخير الطبيب
للاستعمال
الطبيب تتبع
إذا عانيت من
التأثيرات
قد يقرن اس
وفي حالة
خثارية شر
(سكنة). تم
اشترك مع
تصيب التآكل
معوية):
• فروح الم
• تقب في
• المسكين).
تم الإبلاغ
الستيرويدية
• شعور بالت
• برار رخو
• غازات،
• إمساك،
• سوء الهض
• آلام في
• اسوداد الب
• تقوية الدم
• التهاب الم
• تفاقم التهاب
• بونيرة أقل
التأثيرات
شائعة جداً:
• الأحداث
(غثبان) وفي
شائعة: تص
• صداع
شائعة شائعة
• دوخة،
• دوام،
• غثاس،
• فقر الدم
• ارتفاع الم
• هبات الح
• احتباس الم
• ارتفاع نس
• اضطراب
• خفقان القلب
• ضعف ال
• تجشؤ.

VITANEVRIL FORT 100 mg,

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT

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

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 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

Béntofammine 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

Antisthénique (A : appareil digestif et métabolisme).

4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

- traitement du béri-béri.
- 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 polyneuropathie.
- proposé dans d'autres polyneuropathies supposées d'origine toxico-alcoolique.
- 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 QUEL(S) 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'ESUYEZ PAS A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN ET A SIGNALER TOUT EFFET NON SOUHAITE EGENANT.

VITANEVRIL® F

30 comprimés pelliculés

PPV

LOT

PER

VITANEVRIL® F

30 comprimés pelliculés

PPV

LOT

PER

10. UTILISATION

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 FACON 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 CAPACITE A CONDUIRE UN VEHICULE OU A UTILISER CERTAINES MACHINES

Sans objet.

12. SYMPTOMES ET CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURDOSAGE

Sans objet.

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

Sans objet.

14. MENTION, SI NECESSAIRE, 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 la date de péremption figurant sur la boîte
 - Nom et adresse du fabricant : quant celui-ci n'est pas le titulaire de l'AMM au Maroc
- Sans objet

- Nom et adresse de l'EPI Titulaire de l'AMM au Maroc

SYNTHEMEDIC

20-22, Rue Zoubeyr Ibnou Al Aouam

Roches Noires

20300 Casablanca

Maroc

- la dernière date à laquelle cette notice a été approuvée est le : 03/2015

LOT 191187
EXP 04/2022
PPV 52.80DH

20 mg

résistants en gélules

notice avant de prendre ce médicament.
soin de la relire.

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 non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT :

OEDES® 20 mg

COMPOSITION :

Chaque gélule contient 20mg de substance active : oméprazole.

Excipients : qsp 1 gélule.

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATIONS :

Microgranules gastro-résistants en gélules. Disponibles en boîtes de 7, 14, 28 et 56

CLASSE PHARMACOLOGIQUE OU THÉRAPEUTIQUE :

Oedes 20mg, microgranules gastro-résistants en gélule contient une substance appelée oméprazole. C'est un médicament de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Indications :

Adulte :

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale.
- Ulcère duodénal évolutif.
- Ulcère gastrique évolutif.
- Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien.
- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien associé ou non à une œsophagite, en cas de résistance à la posologie de 10 mg d'oméprazole par jour.
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux chez les patients non infectés par *Helicobacter pylori* ou chez qui l'éradication n'a pas été possible.
- Traitement d'entretien des œsophagites par reflux gastro-œsophagien.
- Syndrome de Zollinger-Ellison.
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable.
- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients à risque (notamment âge supérieur à 65 ans, antécédents d'ulcère gastroduodénal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable.

Enfant à partir de 1 an :

- Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Contre-indications :

Ne prenez jamais Oedes 20mg, microgranules gastro-résistants en gélule :

- En cas d'allergie connue à l'un des composants de ce médicament.
- En association avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux).

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

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 1131911	N° SEJOUR : 200010446	FACTURE N° 2003000836		DATE D'ENTREE : 06/02/2020		DATE DE SORTIE : 06/02/2020				
ASSURE :		UF: 5003 RADIOLOGIE N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : HADDI,Aicha						
MALADE : HADDI,Aicha										
NOM JEUNE FILLE :										
TIERS PAYANT 1 :										
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :								
NATURE DE PRESTATION	LETTR CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 08102007 DR MESTOUR MOHAMED	TOTAUX :	200.00						200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DHS		PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
		REMISE :	0.00	REGLE :	200.00		AVOIR :	
		RESTE DU :	0.00					
DATE FACTURE : 06/02/2020	EDITEE LE : 06/02/2020	PAR: SAAD	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
		Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef				
		BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
		N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31				



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghalef

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 06/02/2020

Patient (e) : HADDI AICHA

ECHOGRAPHIE INGUINALE

Absence d'image d'hernie inguinale ou crurale.

Absence d'adénopathie inguinale.

Absence de masse inguinale.

Axe vasculaire est libre.

Vessie de capacité normale de contours réguliers.

Utérus en atrophie post ménopausique.

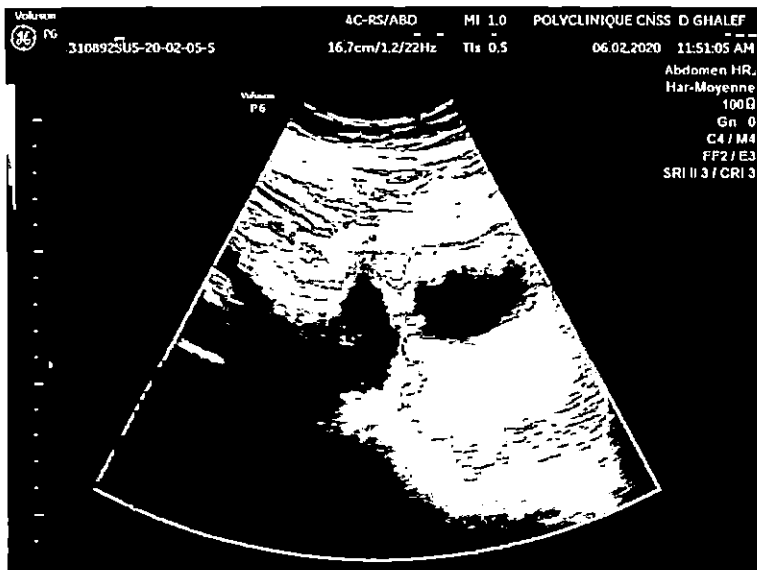
☐ I.R.M
(1.5 Tesla)

☐ Scanner
(Corps Entier)

☐ Radiologie
Numérique

☐ Echo-Doppler
(Couleur)

DR MESTOUR



Voluson

36

P6

310892SUS-20-02-05-5

12L-RS/SM P

MI 1.3

POLYCLINIQUE CNSS D GHALEF

4.4cm/L1/19Hz

Tt: 0.4

06.02.2020

11:50:17 AM

Thyroid

Har-Moyenne

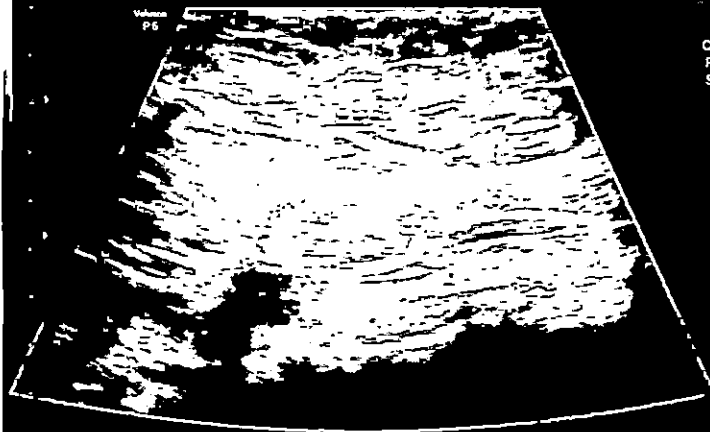
100g

Gn -6

C6 / M7

P3 / E3

SRI II 2

Voluson
P6

Voluson

36

P6

310892SUS-20-02-05-5

12L-RS/SM P

MI 1.3

POLYCLINIQUE CNSS D GHALEF

4.4cm/L1/19Hz

Tt: 0.4

06.02.2020

11:50:13 AM

Thyroid

Har-Moyenne

100g

Gn -6

C6 / M7

P3 / E3

SRI II 2

Voluson
P6