

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTRIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie 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.

## **éducation :**

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.

## **ntaire :**

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

Nº P19-0031107

AD = 20207

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4823

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre : HADDI

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Télé. :

Total des frais engagés : 549,4 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Amine HAMAO  
Docteur Amine HAMAO  
Spécialiste  
En Chirurgie Générale  
80, Rue Oмар Ritti - Casablanca  
Tel : 05 22 26 59 74

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age : 63 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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'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 :

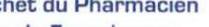
Le : 11/02/20

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE 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	200/100	<p style="text-align: center;">   <b>Docteur Amine HAMAD</b>          Chirurgien Ophtalmologiste          En Chirurgie Générale          80, Rue Othmane Riffi - Casablanca          Tel: 05 22 26 59 74       </p>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE EL MESJIDI</b> 45, 8 <sup>e</sup> Bd Mokhtar Sousse Hay El Mesjidi Tel : 05-22-22-22-22	03/02/2020	142940

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

BELEVE 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'ostéodensitométrie.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

#### [Création, remont, adjonction]

fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DK

**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

والجراحة النسائية

خريج كلية الطب بتولوز فرنسا

Casablanca, le

03.02.20

الدار البيضاء في

*Mme HADDI Aicha*

- Douleur inguinale  
génital opérée il ya 5 ans  
Nous Plaque du Herne inguinale  
Recidivée ??. Groeb  
Douleur Neurologique ?  
Echographie  
ng de la saute

الدكتور أمين حماد  
**Docteur Amine HAMAD**

Spécialiste

En Chirurgie Générale

80 Rue Hadj Omar Rifi Casablanca

Tel. : 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

PHARMACIE EL MESJID SARL  
CHRAIBI Mohamed

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

Hay El Mesjid - Casablanca

Tél : 05 22 28 03 22

Casablanca, le

03 02 20

الدار البيضاء في

Dr HADDI Aicha

576<sup>0</sup> - Vilavril 15 aug 2880x 2  
 1 cx 2 fg — 25 /

390<sup>0</sup> - NEFEGAL 15 aug 5g  
 14j 14g — le Repas (5)

- oedex 20 aug (SV)  
 5280g 18 — 14j

Aug 0

الدكتور أمين حماد

Docteur Amine HAMAD

Spécialiste

En Chirurgie Générale

80, Rue Omar Rifi - Casablanca

Tél : 05 22 28 03 74

PHARMACIE EL MESJID SARL  
CHRAIBI Mohamed

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

Hay El Mesjid - Casablanca

80, Rue Hadj Omar Rifi CASABLANCA

Fax : 05 22 20 99 95 Tél : 05 22 20 99 95

زنقة الحاج عمر الريفي - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 20 99 95 Tél : 05 22 20 99 95

39,00

ذا كوك  
الصيادي،  
لقد تم وصف

اعراض مشابهة، لانك قد تعيثب الضرر به.

اذا أصبح أحد الاعراض غير المرغوب فيها خطراً او إذا لاحظت وجود عارض غير مرغوب فيه غير منكور في هذه النشرة، تحدث عن ذلك مع الطبيب او مع الصيدلي.

#### 1. مكونات الدواء:

المادة الفعالة:

ميفنيل (M) 7,5 ملجم، قرص:

ميفنيل كسيكام ..... 7,5 ملجم ..... قرص  
لكل ..... قرص ..... ميفنيل (M) 15 ملجم، قرص قابل للكسر:

ميفنيل كسيكام ..... 15 ملجم ..... لكسر ..... لكسر

المواضخات: نشا جيلاتيني ميفنيل (1500)، لاكتوز أحادي المانوية، نشا الذرة، سيرات الصوديوم، ميليلوز صغير ميلور (افيسيل PH102)، سيليكا عروقاني عدم المانوية، سيرارات المغذيات ..... كوك ..... لقرص واحد.

المواضخات معروفة التأثير: لاكتوز أحادي المانوية

2. الصنف الدوائي العلاجي: مصدادات لالتهابات غير الستيرونية، عقار الأوكسيكام، رمز

ATC M01AC06

يحتوي ميفنيل على مادة فعالة تسمى ميفنيل كسيكام، ينتهي ميفنيل كسيكام إلى مجموعة الأدوية المسماة مصدادات الالتهابات غير الستيرونية، المستعملة لتقليل الالتهاب والآلام في المفاصل والعضلات.

#### 3. دواعي الاستعمال:

لدى البالغين:

يستخدم ميفنيل (M) في:

• العلاج قصير الأمد لآلام التهاب المفاصل الحاد.

• العلاج طويل الأمد:

- التهاب المفاصل الروماتويدي.

- التهاب القفار المقسط (يسمى كذلك مرض بيشتريو).

#### 4. الجرعة وكيفية الاستعمال:

احرص دائماً على تناول هذا الدواء تماماً كما أخبرك الطبيب. تحقق مع طبيبك أو الصيدلي

إذا كنت في شك

الجرعة:

الجرعة المرصوص بها هي:

ثلاث ملجم حادة للصال

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

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

التهاب المفاصل الروماتويدي و القفار المقسط

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

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

كيفية الاستعمال:

عن طريق الفم.

يجب تناول الأقراص بالماء أو باي سائل آخر خلال الوجبة.

#### 5. مواقع الاستعمال:

لا تستعمل أبداً ميفنيل (M) في الحالات التالية:

• الحساسية (فرط الحساسية) لمادة ميفنيل كسيكام، أحد المكونات الموجودة في هذا الدواء.

• خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة من الحمل.

• لدى الأطفال والمرأة دون 16 سنة.

• الحساسية (فرط الحساسية) للأسمدة أو أدوية أخرى مصادرة لالتهابات غير الستيرونية.

• إذا عانيت من أحد العلامات التالية بعد تناول الأسمدة أو أحد الأدوية الأخرى المصادرة

للتباخات:

- تنفس صعوب بصفير، ضيق التنفس، صعوبة تنفسية (الربو)،

- احتقان أنفي ناجم عن انتفاخ صغير للمخاط الأنفي (سليلات الأنفي)،

- مفعح جلدي/شرى،

- انتفاخ ملحوظ في الأنسجة والمخاط، مثل انتفاخ حول العينين، الوجه، الشفتين، الفم أو

الحنجرة، مما يجعل التنفس صعباً (ونمة كوبك).

• إذا عانيت أن عانيت بعد علاج بعض مصادرات الالتهابات غير الستيرونية:

- تزيف في المعدة أو الأمعاء،

- تقوس في المعدة أو الأمعاء،

- قروح أو تزيف في المعدة أو الأمعاء،

- سوائل قروح أو تزيف في المعدة (نزف أو تزيف حدث مرتين على الأقل)،

- قصور كيدي حاد،

- قصور كلوي حاد غير خاضع لتصفية الدم،

- تزيف حدث العهد في الدماغ (نزف نعاعي وعاتي)،

- اضطرابات تزفيفية مهما اختلف نوعها،

- قصور قلبي حاد،

حماسى متعدد  
في بقع أو  
التفاعل الفم  
• انتفاخ الأنف  
الفم أو الحد  
السطوى).

• القطاع الند  
التهاب الكل  
- اصغرار ا  
- اام في الا  
- فقدان الش  
- اي تأثير  
- تزيف (بوا  
- تفرج الفم  
نزيف في الا  
الهضمى قد  
المسنين.

اخبر الطبيب  
للاستعمال ا  
الطبيب تبع  
إذا عانيت م  
تأثيرات ش  
قد يفترن ا  
وفي حالة ع  
ختارية شر  
(سكنة). تعد  
اشتراكك مع  
تصيبب التهاب  
عوية):

• قروح الم  
• تقب في الا  
المسنين).

تم الإبلاغ ع  
الستيرونية  
• شعور بالتأ  
• إزار رخو  
• غازات،  
• إمساك،  
• سوء الهضم  
• ألم في الـ  
• اسوداد الـ  
• تقيء الـ  
• التهاب الـ  
• تناول التهاب  
برتيرة أقل  
تأثيرات ش

شائعة جداً:  
• الأحداث ا  
(شيان) وف  
شائعة: تص  
• صداع  
شائعة شيئاً  
شيئاً،  
• توحة،  
• توار،  
• تعلق،  
• قفر الـ  
• ارتفاع الـ  
• هبات الـ  
• احتباس الـ  
• ارتفاع نس

• اضطرابات  
- خفقان الـ  
- ضعف الـ  
- تجشؤ،

# 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 refaire.

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 et 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

Exempté d'effet notable : Saccharose ; Lactose monohydrate.

## 3. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITE Antiasthénique (A : appareil digestif et métabolisme).

## 4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

- traitement du bêbi-bébi.

- 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 polyalcoolés.

- proposé dans d'autres polyalcoolés supposées d'origine toxicarentielle.

- 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 DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## 7. EFFETS INDESIRABLES

Sans objet.

NE PAS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN ET A SIGNALER TOUT EFFET NON SOUHAITE ESSENANT.

# VITANEVRIL®

30 comprimés pelliculés

PPV

LOT

PER

28,80

# VITANEVRIL® F

30 comprimés pelliculés

PPV

28,80

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 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 CAPACITE 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 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 Zoubeir Ibnou Al Aquam

Roches Noires

20300 Casablanca

Maroc

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

352125-06

LOT 191187  
EXP 04/2022  
PPV 52.80DH

20 mg

résistants en gélules

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 MEDICAMENT :

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 MEDICAMENT ?

##### Indications :

##### Adulte :

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de Helicobacter pylori en cas de maladie ulcéruse gastroduodénale.
- Ulcère duodénal évolutif.
- Ulcère gastrique évolutif.
- Oesophagite érosive ou ulcéратive symptomatique par reflux gastro-oesophagien.
- Traitement symptomatique du reflux gastro-oesophagien associé ou non à une oesophagite, 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 oesophagites par reflux gastro-oesophagien.
- 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 gastroduodenal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable.

##### Enfant à partir de 1 an :

- Oesophagite érosive ou ulcératrice symptomatique par reflux gastro-oesophagien.

#### DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

##### 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 MEDECIN 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



INPE 090001512  
 ICE 001757364000080

N° IPP :	1131911	N° SEJOUR :	200010446	<b>FACTURE N° 2003000836</b>				DATE D'ENTREE : 06/02/2020		DATE DE SORTIE : 06/02/2020	
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE : HADDI,Aicha				UF: 5003 RADIOLOGIE				HADDI,Aicha			
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S. :							
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :									
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE		
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	
<b>ACTES DE RADIOLOGIE</b>	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 :	PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
DEUX CENTS DHS	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-Ghallef

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

Volvox

PG

310892SUS-20-02-05-5

4C-RS/ABD

MI 1.0

POLYCLINIQUE CNSS D GHALEF

16.7cm/1.2/22Hz

Tls 0.5

06.02.2020 11:51:05 AM

Abdomen HR.

Har-Moyenne

100Ω

Gn 0

C4 / M4

FF2 / E3

SRI II 3 / CRI 3



Volvox

PG

310892SUS-20-02-05-5

12L-RS/SM P

MI 0.2

POLYCLINIQUE CNSS D GHALEF

4.4cm/1.1/19Hz

Tls 0.6

06.02.2020 11:50:34 AM

Thyroid

Har-Moyenne

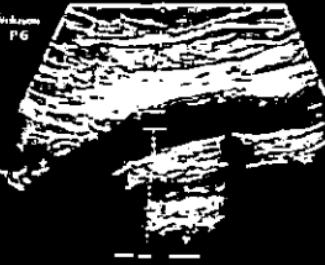
100Ω

Gn -6

C6 / M7

P3 / E3

SRI II 2



50

40

30

20

10

-10

-20

50

40

30

20

10

-10

-20

cm/s

cm/s

Voluson

P6

310892SUS-20-02-05-5

12L-RS/SM P

MI 1.3

POLYCLINIQUE CNSS D GHALEF

4.4cm/L1/19Hz

Tix 0.4

06.02.2020 11:50:17 AM

Thyroid

Har-Moyenne

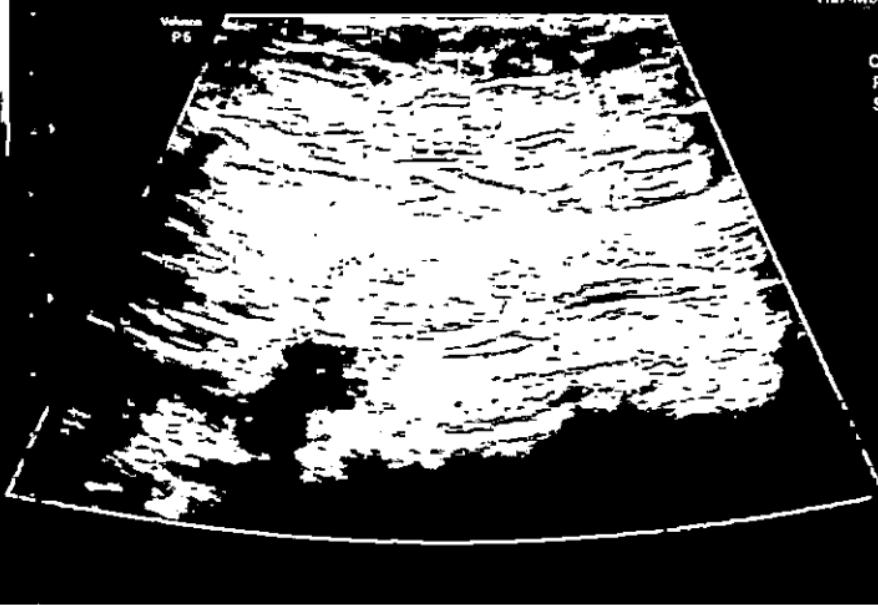
100B

Gn -6

C6 / M7

P3 / E3

SRI II 2



Voluson

P6

310892SUS-20-02-05-5

12L-RS/SM P

MI 1.3

POLYCLINIQUE CNSS D GHALEF

4.4cm/L1/19Hz

Tix 0.4

06.02.2020 11:50:17 AM

Thyroid

Har-Moyenne

100B

Gn -6

C6 / M7

P3 / E3

SRI II 2

