

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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 046428

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1356 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Chakwani Med

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

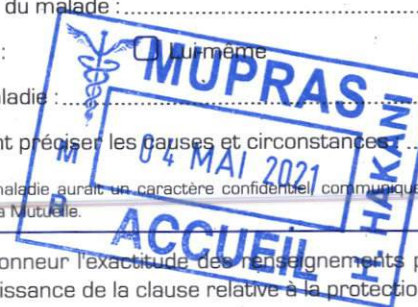
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Pathologie 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

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0043453

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1356 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHATWANE M.D

Date de naissance : 01.01.48

Adresse : RESALMANZAM 736 103 HAY EL AGD SHERBOUSS! 10700

Tél. : 060 1282036 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03 MAI 2021

Nom et prénom du malade : BENKHII Bena

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

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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 : Cas Le : 03 MAI 2021

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-043453

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# 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

03/05/21 145,2

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

300

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# VOLET ADHERENT

$$D = 800 + \text{Fol} = 145,20 = 945$$

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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

# SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

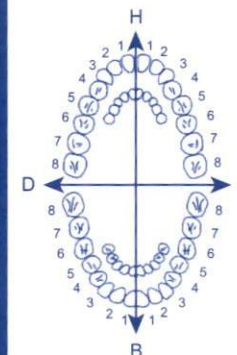
Coefficient

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION



# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D

00000000 00000000

35533411 11433553

G

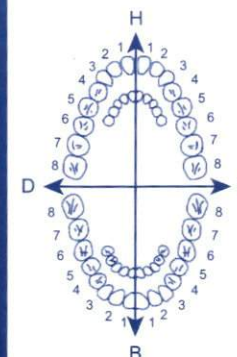
B

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



(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

Dr. MAKHCHOUNE Mouna

Rhumatologue

Maladies des os, des articulations  
et de la colonne vertébrale (Scoliotiques)  
Les rhumatismes  
Ostéoporose et la goutte  
Rhumatologie Pédiatrique  
Echographie ostéo-articulaire



الدكتورة مخشون منى

طبيبة أخصائية:

أمراض العظام، المفاصل والعمود الفقري (بوزلوم)  
أمراض الروماتيزم  
هشاشة العظام والنفوس  
أمراض الروماتيزم عند الأطفال  
فحص المفاصل بالصدى

03 MAI 2024

N° BEN KHED TOWIA

21,70  
1/ Hostawh 5mg

SV

cap / J 6 mah / 06j /

49,70  
2/ Voltaren

1 pchta 2/1/05j

SV

73,80  
3/ Ixor 20

14/1

SV

142,20

صيدلية منزه القدس  
PHARMACE MENZEH AL QODS  
Lot: Al Monzer  
Al Qods Sidi b. 45 N° 1  
Tél: 05 22 73 33 42 - CASAGLANCA  
P. 3163085 - I.F. N° 5301063

الدكتورة مخشون منى  
Dr. MAKHCHOUNE Mouna  
Rhumatologue  
Pédiatrique

75، شارع الإمام الشافعي الزنقة 16 تجزئة (ياء) القدس - البرنوصي

Tél.: 05 22 73 44 42 - Email : mounamakhchoune@hotmail.fr

URGENCE 06 13 01 25 35



**IXOR® 20 mg** 14 comprimés effervescents

DPH 730480  
EXP 12/2022  
LOT 00033 2

**IXOR®**  
(Oméprazole)

**REPRESENTATIONS**

mg en boîte de 7, 14 et 28  
mg en boîte de 7, 14 et 28

FC

- (

- (

CC

CC

Or

Excipient ..... 20 mg  
Comprimé effervescent à 10 mg ..... 1 comprimé effervescent  
Oméprazole ..... 10 mg

Excipient : qsp ..... 1 comprimé effervescent

**CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE**

Inhibiteur de la pompe à protons

**DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT**

**Adultes :**

- Ulcère duodénal évolutif
- Ulcère gastrique évolutif
- Eradication de l'*Helicobacter pylori* en association à une bithérapie antibiotique dans la maladie ulcéreuse gastro-duodénale
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux *Helicobacter pylori* négatifs ou si l'éradication n'a pas été possible
- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien
- Œsophagite érosive par reflux gastro-œsophagien
- Traitement d'entretien des œsophagites par reflux gastro-œsophagien
- Syndrome de Zollinger-Ellison
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les AINS
- Prévention des lésions gastroduodénales lors des traitements par AINS chez les patients à risque pour lesquels le traitement anti-inflammatoire est indispensable.

**Enfant à partir de 1 an :**

Œsophagite érosive ou ulcéraire symptomatique par reflux gastro-œsophagien

**PRECAUTIONS D'EMPLOI**

En cas d'ulcère gastrique, il est recommandé de vérifier la bénignité de la lésion avant traitement.

**INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES**

Kétoconazole, Itraconazole : diminution de l'absorption de l'azolé antifongique par augmentation du pH intragastrique par l'Oméprazole.

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, SIGNEALEZ SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

**GROSSESSE ET ALLAITEMENT**

- Grossesse : l'utilisation de l'oméprazole ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire.

- Allaitement : en raison du passage de l'oméprazole dans le lait maternel, l'allaitement est à éviter.

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

**LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE**

- Aspartam
- Sodium : en cas de régime désodé ou hyposodé, tenir compte de la teneur en sodium :
  - IXOR® 20 mg : environ 765,73 mg de sodium par comprimé effervescent
  - IXOR® 10 mg : environ 768,61 mg de sodium par comprimé effervescent

**POSOLOGIE USUELLE, VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION**

**Adulte :**

**1 - Posologie :**

- Eradication de l'*Helicobacter pylori* : 1 comprimé effervescent à 20 mg matin et soir associé à une bithérapie antibiotique pendant 7 jours. Cette trithérapie sera suivie par 1 comprimé effervescent à 20 mg/j pendant 3 semaines supplémentaires en cas d'ulcère duodénal évolutif ou 3 à 5 semaines supplémentaires en cas d'ulcère gastrique évolutif.
- Ulcère duodénal évolutif : 1 comprimé effervescent à 20 mg/jour pendant 4 semaines.
- Ulcère gastrique évolutif : 1 comprimé effervescent à 20 mg/jour pendant 4 à 6 semaines.



**NOVARTI**

NOTICE : INFORMATION DE  
Dénomination du médicament.

## VOLTFAST® 50 mg

Poudre pour solution orale. Boîtes de 9 sachets.  
Diclofénac potassique



**VOLTFAST® 50 mg**

Poudre pour  
solution orale

PPV : 49,70 Dhs

Veillez 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 d'autres questions, 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, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.  
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.

### Que contient cette notice :

- 1- Qu'est-ce que **Voltfast®** et dans quel cas est-il utilisé ?
- 2- Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser **Voltfast®** ?
- 3- Comment utiliser **Voltfast®** ?
- 4- Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- 5- Comment conserver **Voltfast®** ?
- 6- Informations supplémentaires.

### 1-QU'EST-CE QUE VOLTFAST® ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Voltfast contient le sel potassique du diclofénac, un composé non stéroïdien qui se caractérise par ses propriétés analgésiques et anti-inflammatoires.

La prise de Voltfast soulage les symptômes d'une inflammation telle que douleur et gonflement, en bloquant la synthèse des molécules (prostaglandines) responsables de l'inflammation, de la douleur et de la fièvre. Ce médicament ne peut cependant pas en soigner les causes.

L'effet du médicament se manifeste en l'espace d'env. 30 minutes.

Voltfast est utilisé sur prescription médicale dans le traitement à court terme (maximum 3 jours) des affections aiguës suivantes, dans les cas où un effet rapide est recherché, comme par ex. inflammations douloureuses après une blessure (par ex. entorse, élongation), inflammations et douleurs après une intervention chirurgicale orthopédique ou dentaire, douleurs et inflammations en gynécologie, crises de migraine avec ou sans aura, syndromes douloureux du dos et des cervicales, rhumatisme extra-articulaire, ainsi que traitement complémentaire lors de diverses infections aiguës douloureuses, en particulier au niveau des oreilles, du nez et de la gorge.

Il ne faut pas employer Voltfast uniquement pour faire baisser la fièvre.

Si vous souffrez d'une maladie cardiaque ou avez des risques importants de maladie cardiaque, votre médecin réévaluera à intervalles réguliers la poursuite du traitement par Voltfast, en particulier si votre traitement dure plus de 4 semaines.

### 2- QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER VOLTFAST® ?

N'utilisez pas Voltfast :

si vous êtes allergique à l'un des composants ou si vous avez présenté des difficultés respiratoires ou des réactions de la peau de type allergique, par exemple un gonflement du visage, des lèvres, de la langue, du cou et/ou des extrémités (signes d'un angioedème), après la prise d'acétysalicylique ou d'autres antalgiques ou antirhumatismaux, dits anti-inflammatoires non stéroïdiens, durant le 3<sup>e</sup> trimestre de grossesse, en cas d'ulcères actifs de l'estomac et/ou de l'intestin grêle (ulcères duodénaux), de saignements ou de perforation gastro-intestinale ou en cas de symptômes tels que du sang dans les selles ou des selles noires, en cas de maladies intestinales inflammatoires chroniques (maladie de Crohn, colite ulcéreuse), en cas de défaillance hépatique ou rénale sévère, en cas d'insuffisance cardiaque sévère, pour le traitement des douleurs après un pontage coronarien au niveau du cœur (ou de l'utilisation d'une circulation extracorporelle), chez les enfants de moins de 14 ans.

Si l'une de ces situations s'applique à votre cas, veuillez le signaler à votre médecin et ne prenez pas Voltfast. Votre médecin décidera si ce médicament vous convient. Si vous pensez être éventuellement allergique à ce produit, consultez votre médecin.

Durant le traitement par Voltfast, il est possible que des ulcères au niveau de la muqueuse du tractus gastro-intestinal supérieur, rarement des hémorragies ou, des cas isolés, des perforations (gastriques ou intestinales) apparaissent. Ces complications peuvent survenir n'importe quand durant le traitement, sans aucun signe d'alarme. Afin de réduire ce risque au maximum, votre médecin vous prescrit la dose minimale efficace pour la durée de traitement la plus courte possible. Adressez-vous à votre médecin si vous avez des douleurs gastriques que vous supposez être en relation avec la prise du médicament.

Il convient de faire preuve de prudence si vous souffrez d'une maladie du cœur ou de vaisseaux sanguins (maladies dites cardiovasculaires, notamment tension artérielle non contrôlée, insuffisance cardiaque, maladie cardiaque ischémique ou maladie artérielle périphérique), car le traitement par Voltfast n'est généralement pas recommandé.

Si vous souffrez d'une maladie cardiovasculaire (voir ci-dessus) ou présentez des facteurs de risque importants comme une tension artérielle élevée, des taux de graisses sanguines anormalement élevés (cholestérol, triglycérides), un diabète, vous fumez et que votre médecin décide de vous prescrire Voltfast, vous ne devez dépasser une dose de 100 mg par jour si votre traitement dure plus de 4 semaines.

En général, il est important d'utiliser la dose minimale efficace de Voltfast pour soulager vos douleurs et/ou d'atténuer le gonflement, et le moins longtemps possible pour réduire autant que possible vos risques d'effets secondaires cardiovasculaires.

Pour certains médicaments contre la douleur, les inhibiteurs COX-2, on a constaté, si traitement à doses élevées et/ou à longue durée, une augmentation du risque d'infarctus.



PPV  
LOT  
PER

# Hostacortin® H

Principe actif : Prednisolone

de prednisolone

Les (cortisone et hydrocortisone), sont des hormones métaboliques essentielles. Hostacortin H, sont utilisés principalement pour leur effet anti-inflammatoire ; leur effet métabolique et de rétention sodée est moindre que celui de

Les sont utilisés principalement pour leur effet anti-inflammatoire sauf dans les cas où le pronostic vital du patient est en jeu, ce qui impose l'installation d'une corticothérapie par voie parentérale.

## Affections ou maladies :

### - Allergiques :

Etats allergiques sévères, certaines urticaires gênantes, oedème de Quincke.

### - Dermatologiques :

Pemphigus, pemphigoïde bulleuse, lichen plan, hématomes, certaines formes de toxidermie, d'eczéma et d'affections bulleuses.

### - Digestives :

Hépatite chronique active auto-immune avec ou sans cirrhose.

Poussée évolutive de la rectocolite hémorragique et de la maladie de Crohn.

### - Hématologiques :

Purpuras thrombocytopéniques idiopathiques (auto-immuns) ;

Anémies hémolytiques auto-immunes ;

Erythroblastopénies chroniques de l'adulte et de l'enfant ;

En association avec diverses chimiothérapies dans de nombreux protocoles de traitement d'hémopathies malignes essentiellement lymphoïdes.

### - Néoplasiques :

Comme traitement palliatif des leucémies et des lymphomes, du myélome multiple et de nombreux cancers, Comme traitement anti-émétique au cours des traitements immuno-dépresseurs.

### - Néphrologiques :

Certains syndromes néphrotiques.

### - Rhumatologiques :

Rhumatisme articulaire aigu,

Certaines arthrites et polyarthrites.

### - Respiratoires :

Certaines formes d'asthme.

## CONTRE-INDICATIONS

Ceux sont celles de la corticothérapie générale, en particulier tout état infectieux ou mycosique non contrôlé par un traitement spécifique ; infection avec varicelles et certaines viroses en évolution notamment herpès zoster et simplex ; ulcère gastroduodénal évolutif ; états psychotiques ; infections amibiennes ; poliomyélites ; avant et après une vaccination (8 semaines avant et 2 semaines après) ; glaucome à angle fermé et ouvert, lymphome après vaccination de BCG ; mycose systémique, ostéoporose grave ; hypersensibilité au prednisolone.

## EFFETS SECONDAIRES

Ils sont surtout à craindre lors d'un traitement prolongé.

### - Désordres hydro-électrolytiques :

Hypokaliémie, rétention hydrosodée avec parfois évolution d'oedèmes.

### - Troubles endocriniens et métaboliques :

Syndrome de Cushing (obésité prédominante à la face, au tronc, une hypertension artérielle, lipomatose) ; inertie de la sécrétion d'ACTH ; atrophie corticosurrénale ; s'accompagnant d'une diminution des défenses naturelles de l'organisme et par la même amenant un risque accru d'infection ; diminution de la tolérance au glucose réversible ; manifestation d'un diabète sucré latent ; arrêt de la croissance chez l'enfant ; parfois irrégularités de sécrétion d'hormones sexuelles.



# Echographie (Genoux :

## ➤ Cul de sac sous quadricipital :

Épanchement de gde abondance à gauche.

## ➤ Cul de sacs latéraux :

DS

## ➤ Trochlée fémorale :

En contact lat. Irregulier w h cah.

## ➤ Enthésopathie :

DS

## ➤ Articulation fémoro tibiale interne :

Ostéophyte

## ➤ Articulation fémoro tibiale externe :

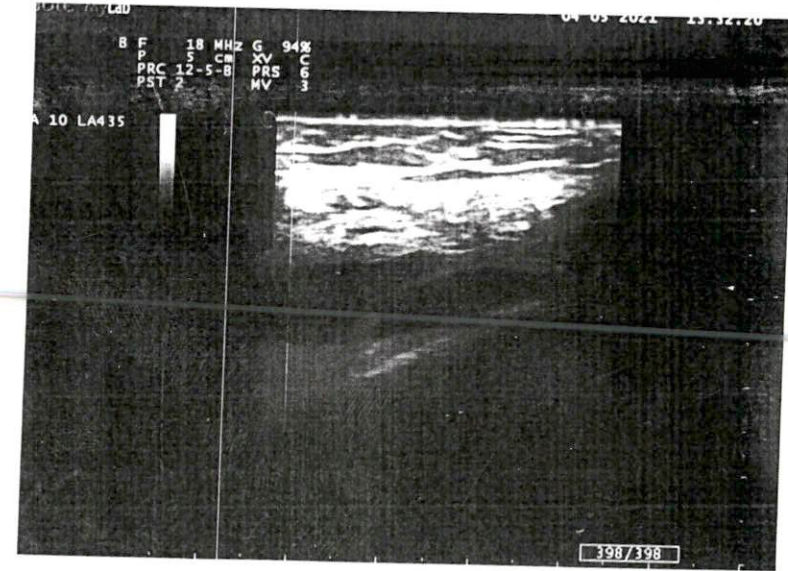
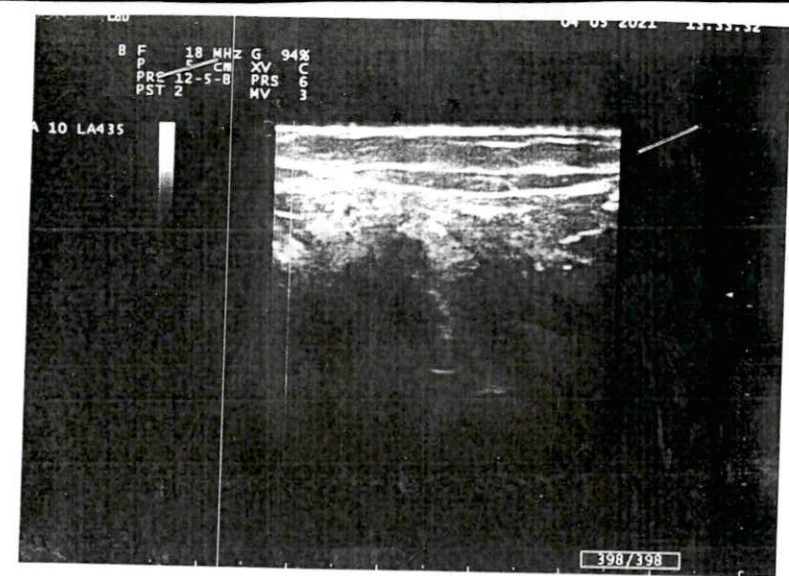
DS

## ➤ Autres :

Vx pop. proximal + cyste pop. g

## ➤ Au total :

Arth. du genou gauche







*Cabinet de Rhumatologie  
Et Rhumatologie  
Pédiatrique.*

INP : 091180489

الدكتورة مخشون منى

Dr. MAKHCHOUNE Mouna

Casablanca 03 /05/2021

NOTE D'HONORAIRE

Identifiant fiscal : 20728732

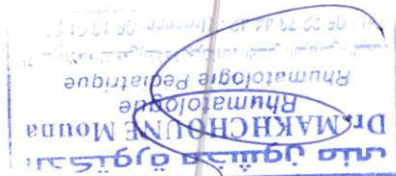
Identifiant à la Taxe professionnelle : 31658954

Mme. BENKHII TOURIA

<u>ECHOGRAPHIE DU GENOUX</u>	<u>300DH</u>
------------------------------	--------------

<u>INFILTRATION K 10 DU GENOUX</u>	<u>250DH</u>
------------------------------------	--------------

<i>Arrêté la présente facture à la somme de</i>	<i>550DH</i>
---	--------------



Adresse : Boulevard Imam Chafii , Lot 1 ,N°75 ,quartier alqods Sidi Bernoussi -Casablanca .Tél : 0522  
73 44 42 /06 13 01 25 35