

# 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 |

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.

69551

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1356 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Chahwane El ed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

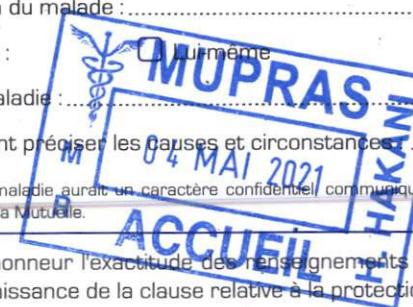
Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté : .....  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) : .....

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

## Cessions 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.

## Education :

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

Nº P19- 0043453

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1356

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHATWANE MOUEN

Date de naissance : 01.01.48

Adresse : RESAL HANZA 1736

Tél. : 060.12.92.36

Total des frais engagés :

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03. MAI. 2021

Nom et prénom du malade : BENAHIT Teria

Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection rhumatisante

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 : Casablanca

Le : 03 MAI 2021

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

Nº 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 :

## 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 MAI 2021	Consultation	6000		
	Infra	2000		

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE MENZHALOUE</b> 12-17 Menzah Route Sidi El Hocine 1027 73 35 44 - C. S. I. BLANC T. 02 11630856 - I.F. N° 5301062	03/05/21	145,2

#### **ANALYSES - RADIographies**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
		300	300

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **VOLET ADHERENT**

$$D = 800 + 50L = 145 \cdot 80 = 945$$

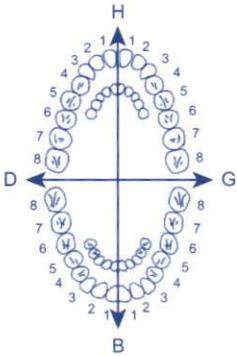
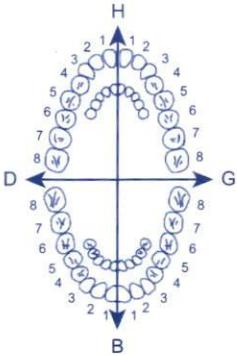
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **RELEVE 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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000	G 00000000		Montants des soins
	35533411	11433553		Date du devis
				Date de l'exécution
<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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 ( Sciatisques )

Les rhumatismes

Ostéoporose et la goutte

Rhumatologie Pédiatrique

Echographie ostéo-articulaire



## الدكتورة مخشون مني

### طبيبة أخصائية :

أمراض العظام، المفاصل والعمود الفقري (بوزلوم)

أمراض الروماتيزم

هشاشة العظام والقرص

أمراض الروماتيزم عند الأطفال

فحص المفاصل بالصدى

03 MAI 2021

N° BEN/PM/21 Tawia

1/ Hosterach 5mg

SV

odap 1J 6mg /06j/

49,7

2/ Voltarax 200

SV

73,8

3/ Ixor 20

14/1

SV

145,2

الدكتورة مخشون مني  
PHARMACIE MENTHA AL QODS  
LOT. AI ABBEY ST.  
P.O. Box 73 35 22 - CASABLANCA  
Tunisia 31630885 - I.F. N° 53010624

الدكتورة مخشون مني  
Dr. MAKHCHOUNE Mouna  
Rhumatologue  
Rhumatologue

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

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

URGENCE 06 13 01 25 35

**IXOR®** 20 mg 14 comprimés effervescents

DPV 730H60  
EXP 12/2022  
LOT 00033 Z

# **IXOR®** (Oméprazole)

## PRÉSENTATIONS

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

20 mg

1 comprimé effervescent

10 mg

1 comprimé effervescent

F

-

-

C

C

O

Excipient

Comprimé effervescent à 10 mg

Oméprazole

Excipient : qsp

## CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Inhibiteur de la pompe à protons

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Adultes :

- Ulcère duodénal évolutif
- Ulcère gastrique évolutif
- Eradication de l'Hélicobacter pylori en association à une bithérapie antibiotique dans la maladie ulcéreuse gastro-duodénale
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux Hélicobacter pylori négatifs ou si l'éradication n'a pas été possible
- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien
- Oesophagite 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 :

Oesophagite érosive ou ulcéратrice symptomatique par reflux gastro-œsophagien

## PRÉCAUTIONS 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'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, SIGNALEZ 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'Hélicobacter 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.**

6 118001 031016  
**VOLTFAST® 50 mg**  
 Poudre pour  
 solution orale  
 PPV : 49.70 Dhs

## **VOLTFAST® 50 mg**

Poudre pour solution orale. Boîtes de 9 sachets.  
*Diclofénac potassium*

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 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 tels 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'environ 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 exemple, inflammations douloureuses après une blessure (par exemple, 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 angioédème), après la prise d'acide acétylsalicylique ou d'autres antalgiques ou antirhumatismaux, dits anti-inflammatoires non stéroïdiens, durant le 3e 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 maladie intestinale inflammatoire chronique (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 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 prescrira une 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 sucré et que votre médecin décide de vous prescrire Voltfast, vous ne devez pas 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 permettant de 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 le traitement à doses élevées et/ou à longue durée, une augmentation du risque d'infar-

# ~~PPV~~ ~~LOT~~ ~~PER~~ 21,70

# Hostacortin® H

Principe actif : Prednisolone

de prednisolone

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

Ces 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, hématodermies, 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 thrombocytaires 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 du 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 ; poliomélyites ; 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.

##### - Déordres 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 :

~~lésionnement de gde abondance~~  
et gauche.

- Cul de sacs latéraux :

~~BDS~~

- Trochlée fémorale :

~~En amont de l'LL. Irregular  
et floue.~~

- Enthésopathie :

~~BDS~~  
~~UNE LIGAMENTAIRE NOUVELLE~~  
~~DE NATURE INFLAMMATOIRE~~  
~~ET DE CONSISTANCE DURE~~

- Articulation fémoro tibiale interne :

~~Ostéophytose~~

- Articulation fémoro tibiale externe :

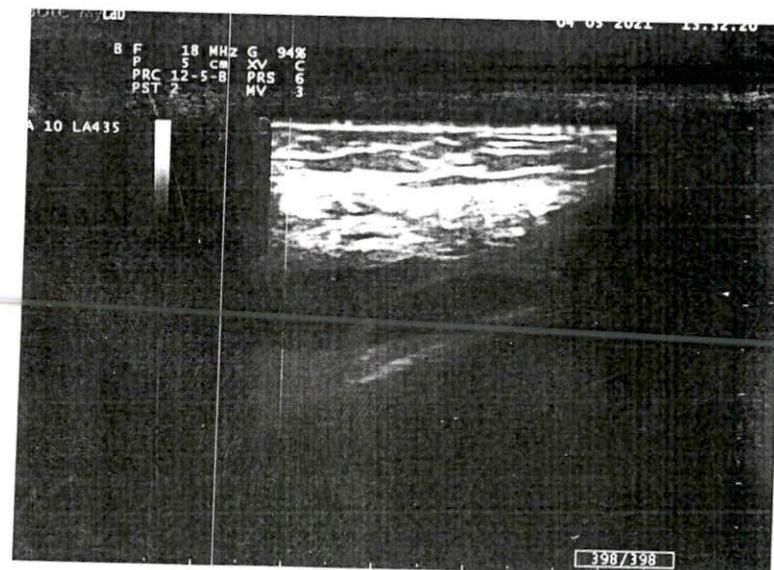
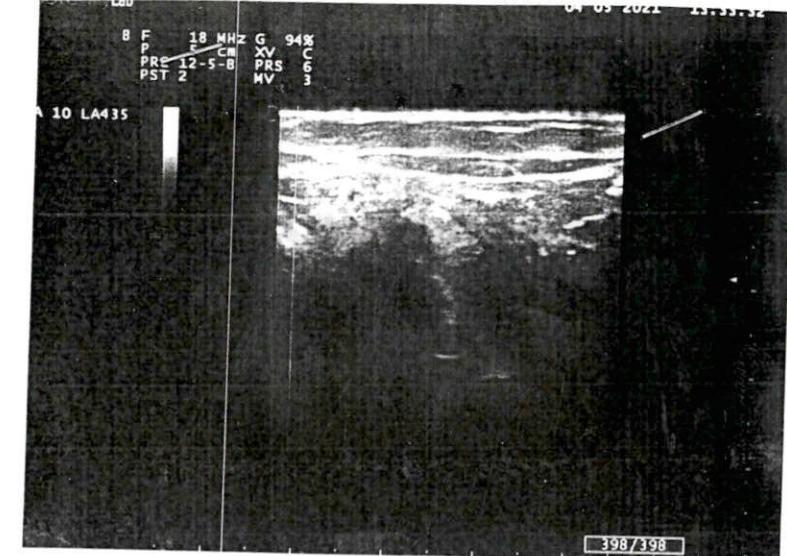
~~BDS~~

- Autres :

~~Vx appr arméth, phys app g~~

- Au total :

~~Arth. du genou gauche~~





Cabinet de Rhumatologie  
Et Rhumatologie  
Pédiatrique.

الدكتورة مخشوون منى

Dr. MAKHCHOUNE Mouna

INP : 091180489

Casablanca 03 /05/2021

NOTE D'HONORAIRE

Identifiant fiscal : 20728732

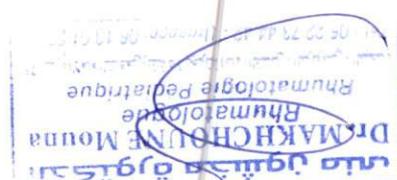
Identifiant à la Taxe professionnelle : 31658954

Mme. BENKHII TOURIA

ECHOGRAPHIE DU GENOUX 300DH

INFILTRATION K 10 DU GENOUX 250DH

*Arrêté la présente facture à la somme de* 550DH



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