

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 canaux, 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 canaux.

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° M21- 0000634

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 085202

Société : 69806

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BERTHI FATAA

Date de naissance : 1941

Adresse : Imm 76 n° 70 HAY HADRAMI CAS

Tél. : 0522908384 Total des frais engagés : 3379,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/04/21

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : lombalgie

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : /

Le : / /

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019



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
05/04/21		1	300 DM	

DR. ABDELKADER TRAMMA
DENTISTE-TRAUMATOLOGUE
Tél: 05 22 22 88 13

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

05/04/21
229,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

06/04/21

2000

2000

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

05/04/21

2000

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

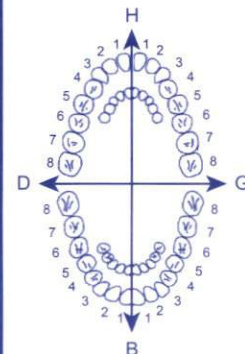
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412
00000000

D

00000000
35533411

B

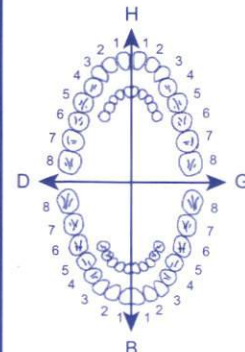
G

21433552
00000000

00000000
11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Docteur Mohamed CHAOUKI

Orthopédiste Traumatologue
Chirurgie des maladies osseuses
et rhumatologiques

Traumatologie du sport

Chirurgie de la main

Diplômé de l'Université de Bruxelles

الدكتور محمد شوقي

إخصائي في جراحة الكسر وتقويم العظام

جراحة العظام والمفاصل

الجراحة الرياضية

جراحة اليد

خريج جامعة بروكسيل

ORDONNANCE

Casablanca, le: 25/04/2021

PPV: 56,30 DH
LOT: 20K260
EXP: 11/2022

BERHIL
FATMA

Vitamine C

Lampole / 15J

83

Calamel

14.8

Analol

229.60

1 - 1 - 1

698

IMESO Young

1cp

CHAOUKI
ORTHOPÉDIE-TRAUMA
131 BD ABDELMOUMEN
TEL 0522268848

ANDOL® 1000 mg

Boîte de 8 Comprimés effervescents - Paracétamol

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre le médicament.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez de l'information 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 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.

1- COMPOSITION DU MÉDICAMENT

Principe actif : Paracétamol 1000 mg
Excipients : Acide citrique anhydre, Bicarbonate de sodium, Sorbitol, Carbonate de sodium anhydre, Povidone K29-30, Macrogol 6000, Arôme orange 74016-71, Arôme abricot 75731-31, Saccharine sodique, Aspartame, Beta-carotène 1%, Stéarate de magnésium q.s.p. un comprimé effervescent.

Excipients à effet hostile : Sodium, Sorbitol, Aspartame.
2- CLASSE PHARMACO-THÉRAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITÉ
Classe pharmacothérapeutique : AUTRES ANALGÉSQUES ET ANTI-PYRETIQUES-ANILIDES - Code ATC : N02BE01

3- INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

ANDOL est un antalgique (calme la douleur) et un antipyrétique (fait baisser la fièvre).

La substance active de ce médicament est le paracétamol.

Il est utilisé pour traiter la douleur et/ou la fièvre, par exemple en cas de maux de tête, d'état grippal, de douleurs dentaires, de courbatures, de règles douloureuses.

Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant à partir de 50 kg (soit à partir d'environ 15 ans). Lire attentivement la rubrique Posologie.

Pour les enfants pesant moins de 50 kg, il existe d'autres présentations d'ANDOL dont le dosage est plus adapté. N'hésitez pas à demander conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

4- POSOLOGIE

Attention ! Cette présentation contient 1000 mg de paracétamol par unité : ne pas prendre 2 comprimés à la fois.

Respectez toujours la dose prescrite par votre médecin. En cas de doute, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant pesant plus de 50 kg (soit à partir d'environ 15 ans).

Pour les enfants ayant un poids inférieur à 50 kg, il existe d'autres présentations d'ANDOL dont le dosage est plus adapté. N'hésitez pas à demander conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Posologie chez l'adulte et l'enfant à partir de 50 kg (soit à partir d'environ 15 ans)

La posologie usuelle est de 1 comprimé à 1000 mg par prise, à renouveler au bout de 6 à 8 heures. En cas de besoin, la prise peut être répétée au bout de 4 heures minimum.

Dose de paracétamol à ne jamais dépasser

- Chez un adulte ou un enfant pesant plus de 50 kg :

Il n'est généralement pas nécessaire de dépasser 3 grammes de paracétamol par jour (soit 3 comprimés effervescents par jour).

Cependant, si vous avez des douleurs plus intenses, et uniquement sur les conseils de votre médecin, la dose totale peut être augmentée jusqu'à 4 grammes de paracétamol par jour (soit 4 comprimés effervescents par jour).

NE JAMAIS PRENDRE PLUS DE 4 GRAMMES DE PARACETAMOL PAR JOUR (en tenant compte de tous les médicaments contenant du paracétamol dans leur formule).

- Situations particulières :

La dose maximale journalière ne doit pas dépasser 60 mg/kg/jour (sans dépasser 3 g/jour) dans les situations suivantes :

- si vous pesez moins de 50 kg,
- si vous avez une maladie du foie ou une maladie grave des reins,
- si vous buvez fréquemment de l'alcool ou que vous avez arrêté de boire de l'alcool récemment,
- si vous souffrez de déshydratation,
- si vous souffrez par exemple de malnutrition chronique, si vous êtes en période de jeûne, si vous avez perdu beaucoup de poids récemment, si vous avez plus de 75 ans ou si vous avez plus de 65 ans et que vous avez des maladies de longue durée, si vous êtes atteint du virus du SIDA ou d'une hépatite virale chronique, si vous souffrez de mucoviscidose (maladie



SURDOSAGE = DANGER

جرعة زائدة = خطر

Dépasser la dose peut détruire le foie

تجاوز الجرعة قد يهلك الكبد

ANDOL 1000 mg
8 Comprimés effervescents



6 118000 082484

attendre au moins 8 heures entre chaque prise.

Si vous avez l'impression que l'effet d'ANDOL est trop fort ou trop faible, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Durée du traitement

Sauf avis médical, la durée du traitement est limitée :

- à 5 jours en cas de douleurs,

- à 3 jours en cas de fièvre

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours, si elles s'aggravent, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

5- CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais ANDOL 1000 mg, comprimé effervescent :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) au paracétamol ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique composition.

- Si vous avez une maladie grave du foie.

- En cas de phénylcétonurie (maladie héréditaire décelée à la naissance), en raison de la présence d'aspartame.

- Pour traiter un enfant de moins de 6 ans car il peut avaler de travers et s'étouffer. Utilisez une autre forme.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent.

Vérifiez que vous ne prenez pas d'autres médicaments contenant du paracétamol, y compris si ce sont des médicaments obtenus sans prescription.

Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée.

(voir « Posologie » et « Symptômes et instructions en cas de surdosage »)

6- EFFETS INDÉSIRABLES

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

- Rarement, une réaction allergique peut survenir :

- boutons et/ou des rougeurs sur la peau, urticaire,
- brusque gonflement du visage et du cou pouvant entraîner une difficulté à respirer (œdème de Quincke),
- malaise brutal avec baisse importante de la pression artérielle (choc anaphylactique).

Si une allergie survient, vous devez immédiatement arrêter de prendre ce médicament et consulter rapidement votre médecin. A l'avenir, vous ne devez plus jamais prendre de médicaments contenant du paracétamol.

- De très rares cas d'effets indésirables cutanés graves ont été rapportés.

- Exceptionnellement, ce médicament peut diminuer le nombre de certaines cellules du sang : globules blancs (leucopénie, neutropénie), plaquettes (thrombopénie) pouvant se manifester par des saignements du nez ou des gencives. Dans ce cas, consultez un médecin.

- Autres effets indésirables possibles (dont la fréquence ne peut être estimée sur la base de données disponibles) : troubles du fonctionnement du foie, diminution importante de certains globules blancs pouvant provoquer des infections graves (agranulocytose), destruction des globules rouges dans le sang (anémie hémolytique chez les patients présentant un déficit en glucose 6 phosphate déshydrogénase), éruption cutanée en plaques rouges arrondies avec démangeaison et sensation de brûlure, laissant des taches colorées et pouvant apparaître aux mêmes endroits en cas de reprise du médicament (érythème pigmenté fixe), douleur localisée dans la poitrine qui peut irradier vers l'épaule gauche et la mâchoire d'origine allergique (syndrome de Kounis), difficulté à respirer (bronchospasme). Dans ce cas, consultez un médecin.

Déclaration des effets secondaires

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice.

7- MISES EN GARDE SPÉCIALES ET PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES

Ineso 40 mg
7 Gélules
Deva Pharmaceutique



6 118000 410454

Ineso
Esomeprazole

Deva
Pharmaceutique

LOT: M0408
PER: 11/2022
PPV: 69,80 DH

VEHICU
s sur l'act
es étouff
es par l'un

Il n'y a pas de données relatives à l'efficacité ou à la sécurité de l'utilisation de ce médicament chez les enfants.

Le médicament vous a été personnellement prescrit, ne le donnez pas à quelqu'un d'autre, même s'il souffre de la même maladie que vous.
Le médicament peut nuire à la grossesse ou à l'allaitement. Consultez votre médecin ou votre pharmacien.
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.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Ineso contient une substance appelée ésomeprazole. C'est un médicament de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ineso 20 mg, gélule gastro-résistante est utilisé dans le traitement des maladies suivantes :

Adultes

- Le reflux gastro-œsophagien (RGO) lorsque l'acide de l'estomac remonte au niveau de l'œsophage et entraîne une douleur, une inflammation et des brûlures.
- L'ulcère de l'estomac ou du duodénum en cas d'infection par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Si vous êtes dans cette situation votre médecin pourra également vous prescrire des antibiotiques pour traiter l'infection et permettre à l'ulcère de cicatriser.
- Le traitement et la prévention des ulcères associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Ineso peut aussi être utilisé pour stopper la formation d'ulcères si vous prenez des anti-inflammatoires non stéroïdiens.
- Un excès d'acide dans l'estomac dû à un syndrome de Zollinger-Ellison.

Adolescents âgés de 12 ans et plus

- Le reflux gastro-œsophagien (RGO) lorsque l'acide de l'estomac remonte au niveau de l'œsophage et entraîne une douleur, une inflammation et des brûlures.
- L'ulcère de l'estomac ou du duodénum en cas d'infection par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Si vous êtes dans cette situation votre médecin pourra également vous prescrire des antibiotiques pour traiter l'infection et permettre à l'ulcère de cicatriser.

Ineso 40 mg, gélule gastro-résistante est utilisé dans le traitement des maladies suivantes

Adultes

- Le traitement de l'œsophagite érosive par reflux lorsque l'acide de l'estomac remonte au niveau de l'œsophage et entraîne une douleur, une inflammation et des brûlures.
- Un excès d'acide dans l'estomac dû à un syndrome de Zollinger-Ellison.

Adolescents âgés de 12 ans et plus

- Le reflux gastro-œsophagien (RGO) lorsque l'acide de l'estomac remonte au niveau de l'œsophage et entraîne une douleur, une inflammation et des brûlures.

LISTE DES INFORMATIONS NECESSAIRES AVANT LA PRISE DU MEDICAMENT

Sans objet.

LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Saccharose

POSOLOGIE, MODE ET/OU VOIES D'ADMINISTRATION DU TRAITEMENT

Ineso 20 MG :

Adultes âgés de 18 ans et plus :

• **Traitement des symptômes du reflux gastro-œsophagien**
Si votre médecin diagnostique une inflammation de l'œsophage par jour pendant 4 semaines. Un traitement supplémentaire est nécessaire pour obtenir une guérison complète. La dose recommandée après cicatrisation est d'une gélule d'Ineso 20 mg une fois par jour. Si votre œsophage ne présente pas d'inflammation, la dose recommandée est d'une gélule d'Ineso 20 mg une fois par jour. Une fois le contrôle des symptômes obtenu, la dose recommandée est d'une gélule d'Ineso 20 mg une fois par jour, en fonction de l'effet indésirable. Il est possible que votre médecin vous donne une dose plus élevée.

• **En cas d'infection par la bactérie appelée Helicobacter pylori**
La dose recommandée est d'une gélule d'Ineso 20 mg deux fois par jour pendant 4 semaines. Un traitement supplémentaire est nécessaire pour obtenir une guérison complète. La dose recommandée après cicatrisation est d'une gélule d'Ineso 20 mg une fois par jour, en fonction de l'effet indésirable. Il est possible que votre médecin vous donne une dose plus élevée.

• **Traitement des ulcères de l'estomac associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)**
La dose recommandée est d'une gélule d'Ineso 20 mg une fois par jour pendant 4 semaines. Un traitement supplémentaire est nécessaire pour obtenir une guérison complète. La dose recommandée après cicatrisation est d'une gélule d'Ineso 20 mg une fois par jour, en fonction de l'effet indésirable. Il est possible que votre médecin vous donne une dose plus élevée.

• **Prévention des ulcères associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)**
La dose recommandée est d'une gélule d'Ineso 20 mg une fois par jour pendant 4 semaines. Un traitement supplémentaire est nécessaire pour obtenir une guérison complète. La dose recommandée après cicatrisation est d'une gélule d'Ineso 20 mg une fois par jour, en fonction de l'effet indésirable. Il est possible que votre médecin vous donne une dose plus élevée.

• **Traitement de l'excès d'acide dans l'estomac dû à un syndrome de Zollinger-Ellison**
La dose recommandée est d'Ineso 40mg deux fois par jour pendant 4 semaines. Un traitement supplémentaire est nécessaire pour obtenir une guérison complète. La dose recommandée après cicatrisation est d'une gélule d'Ineso 20 mg une fois par jour, en fonction de l'effet indésirable. Il est possible que votre médecin vous donne une dose plus élevée.

Utilisation chez les adolescents (âgés de 12 ans et plus)

• **Traitement des symptômes du reflux gastro-œsophagien**
Si votre médecin diagnostique une inflammation de l'œsophage par jour pendant 4 semaines. Un traitement supplémentaire est nécessaire pour obtenir une guérison complète. La dose recommandée après cicatrisation est d'une gélule d'Ineso 20 mg une fois par jour, en fonction de l'effet indésirable. Il est possible que votre médecin vous donne une dose plus élevée.

Si votre œsophage ne présente pas d'inflammation, la dose recommandée est d'une gélule d'Ineso 20 mg une fois par jour.

FCE14 0223
LOT
PER
Prix 89,00
89,00

Calcim



Calcium 500 mg & Vitamine D3

CALCIMAT - Complément alimentaire. N'est pas un médicament.

Arôme fruits rouges

INGRÉDIENTS :

Minéral : Carbonate de calcium, acidifiant : acide citrique anhydre, minéral : phosphate tricalcique, poudre à lever : bicarbonate de soude, agent de charge : sorbitol, arômes fruits rouges, support : polyéthylène glycol, édulcorant : saccharinate de sodium, vitamine D3, colorant : rouge ponceau (E124).

Composition	Par comprimé
CALCIUM	500 mg
CHOLÉCALCIFÉROL (Vitamine D3)	5 µg

PROPRIÉTÉS : CALCIMAT à base de calcium et vitamine D est conseillé chez :

- les personnes âgées



CENTRE D'IMAGERIE MÉDICALE GHANDI

Dr. ELKESSIOUI Amina

Spécialiste en médecine nucléaire et radio-isotope,

Diplômée de l'université de Lyon - France

Ex médecin au CHU Ibn Sina de Rabat

الدكتورة القسيوي أمينة

اختصاصية في الطب النووي والتشخيص الشعاعي

خريجة كلية الطب بليون فرنسا

طبيبة سابقا بمستشفى ابن سينا بالرباط

06/04/2021

Casablanca le : _____

FACTURE

N° 389

Nom et Prénom : BERHIL FATNA

Med. Prescripteur: DR CHAOUKI MOHAMED

Examens : Scintigraphie osseuse aux HMDP-TC99m.

Au prix de : 2000 dhs.

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE DIRHAMS.

Imagerie Médicale Ghandi
248, Angle Boulevard Ghandi - Casablanca
Tél/Fax : 05 22 23 87 68
05 22 99 63 07
Dr. ELKESSIOUI Amina
Spécialiste en Médecine Nucléaire - Radioisotope
243, Bd. Ghandi - France

248, Angle Boulevard Ghandi - Casablanca - البيضاء - زاوية شارع غاندي - 248

Tél/Fax : 05.22.23.87.68 - 05.22.99.63.07 : الهاتف/الفاكس Email : centre.elkessiou@gmail.com : البريد الإلكتروني

Patente : 34750180 - I.F : 42300580 - CNSS : 7350151

Docteur Mohamed CHAOUKI

Orthopediste Traumatologue
Chirurgie des maladies osseuses
et rhumatologiques

Traumatologie du sport

Chirurgie de la main

Diplômé de l'Université de Bruxelles

الدكتور محمد شوقي

إخصائي في جراحة الكسر وتقويم العظام

جراحة العظام والمفاصل

الجراحة الرياضية

جراحة اليد

خريج جامعة بروكسيل

ORDONNANCE

Casablanca, le :

05/04/2021

BERHIL FATMA

Scintigraphie osseuse

Dr. EL KESSOU
Spécialiste en Médecine
Nucléaire - Radiodiagnostic
243 L

- pour rachide,
- Douleur scapulo-hum.
- Tassement vertébral?
- ostéoporose?

DR CHAOUKI
ORTHÉPÉDIE-TRAUMATOLOGIE
131 BD ABDELMOUMEN
TÉL 0522266846

131, Résidence Jaouharat Abdelmoumen - Bd. Abdelmoumen - Casablanca

Tél. : 05 22 26.68.46 - GSM / 06 61 19.99.59

Docteur Mohamed CHAOUKI

Orthopédiste Traumatologue
Chirurgie des maladies osseuses
et rhumatologiques

Traumatologie du sport

Chirurgie de la main

Diplômé de l'Université de Bruxelles

الدكتور محمد شوقي

إخصائي في جراحة الكسر وتقويم العظام

جراحة العظام ومفاصل

الجراحة الرياضية

جراحة اليد

خريج جامعة بروكسيل

ORDONNANCE

Casablanca, le :

08/01/2024

BERHIL FATMA

Lombex Doso

Précipitément
Doso - lombaire

1090,00

Casablanca le : 06/04/2021

Réf : C16461

Nom et Prénom : **MME BERHIL FATNA**
Médecin Traitant : **DR CHAOUKI MOHAMED**
Renseignements Cliniques : Douleur rachidienne.
Costal post traumatique.
Examen Demandé : Scintigraphie osseuse aux HMDP-Tc99m.
Activité injectée : 650 MBq.

COMPTE RENDU

L'exploration isotopique totocorporelle en double incidence et les vues statiques centrées, en particulier sur le rachis, montrent :

- Une hétérogénéité diffuse avec des renforcements localisés linéaires en regard des corps vertébraux T5-T11, et de moindre intensité L4.
- Des foyers hyperactifs intenses bien circonscrits en regard de la 3^{ème} et la 4^{ème} jonction costovertébrale gauche.
- Une hétérogénéité rachidienne médiocervicale.
- Une hyperactivité distale des membres inférieurs : chevilles de manière plus marquée à gauche.
- Une arthrose distale des membres supérieurs.
- L'absence d'autre anomalie de fixation sr le reste du squelette.

CONCLUSION :

Mise en évidence de lésions :

- **Rachidiennes dorsales, faisant évoquer à priori des tassements relativement récents dont on ne peut préciser la nature :**
 - origine métabolique,
 - une déminéralisation osseuse avancée ostéoporotique.
- **Costale post traumatique.**

Résultat à confronter aux autres données biologiques/ bilan phosphocalcique.

Merci de votre confiance.

Signé :



Locamed

Santé & Confort

MATÉRIEL MÉDICAL

ICE : 001526686000016

Facture

UF21000053810

CASABLANCA

Le, 09/04/21

DEPOT HOPITAUX

Agent commercial : OUAHIBA

Mode de règlement : CB*

ICE CLIENT :

INP CLIENT :

N° CLIENT : CL000009

Clients Comptoirs Hopitaux

MME FATNA BERHIL

Code Article	Code TVA	Désignation	Qté	P.U.TTC	Remise	P.U.net. TTC	Montant TTC
8454	2	CEINTURE LOMBAX DORSO-LOMBAIRE T4	1,00	1 090,00	0%	1 090,00	1 090,00

Code	Base	Taux	Montant
2	908,33	20%	181,67
Total	908,33		181,67

Total HT 908,33

Total TVA 181,67

Total TTC 1 090,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de TTC 1 090,00 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

Mille quatre-vingt-dix Dirhams

LOCAMED SERVICE S.A.R.L AU CAPITAL 17.800.000 DHS - C.N.S.S : 2445642 - R.C. : 30269 - Patente : 25103476 - I.F. : 3315150

Siège Social : 11, rue Mamounia (ex CTM) - Rabat Siège Administratif : Angle Av. Med VI et Av. El Haouz - Rabat - Maroc

Tél. : 05 37 63 08 07 / 05 37 63 26 00 - Fax : 05 37 63 00 86 - ICE : 001526686000016 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

CASABLANCA

Arjoun : 7, rue Lahcen Arjoun (face hôpital 20 Août), quartier des Hôpitaux.

Tél. : 05 22 86 39 89 / 05 22 86 16 83 / 05 22 86 37 17

Ghandi : 60, Boulevard Ghandi, quartier Essalam Tél. : 05 22 94 20 43 / 05 22 86 22 22

Goulmima : 627, rue Goulmima Casa-Anfa (à proximité hôpital My Youssef) Tél. : 05 22 20 20 98 / 05 22 20 21 04

Hôpitaux : 46, rue des hôpitaux. Tél. : 05 22 47 63 70 / 05 22 47 48 30

RABAT

Arribat Center : Av. Nations-Unies, Al Abtal, Inaouin et Omar Ibn Al Khattab, Agdal. Tél. : 05 37 68 13 12

Zaer : Angle Av. Mohamed VI et Av. El-Haouz. Tél. : 05 37 63 27 28 / 05 37 63 26 05

Mamounia : 11 rue Mamounia (ex CTM) centre ville Tél. : 05 37 70 40 40 / 05 37 70 00 77

MOHAMMEDIA Magasin N°4 immeuble B, place Mohammed V, résidence du Centre. Mohammedia Tél. : 05 23 31 71 84

MARRAKECH Avenue, Yaacoub el Mansour N°: 2 Résidence Ahlam Guéliz (près de centre Américain) Tél. : 05 24 43 15 00 / 05 24 43 14 30

AGADIR Marjane Agadir, Avenue Mohammed V, Founty, Agadir Tél. : 05 28 38 67 49

KÉNITRA Angle Avenue Ahmed Diori et Avenue Moulay Abderrahmane Tél. : 05 37 36 74 28 / 05 37 37 74 75

FÈS Angle Av. des FAR et rue Ahmed Chbihi (en face de central banque chaabi) Tél. : 05 35 62 51 62 / 05 35 62 51 61

MEKNÈS 16, Avenue Amir Moulay Abdellah Manzeh, Meknes (à côté de Polyclinique Alaoui) Tél. : 05 35 52 83 13

TANGER 6, résidence Saghinia2, Av. Sidi Mohamed Ben Abdellah Quartier Iberia. Tanger Tél. : 05 39 33 55 40 / 05 39 37 23 67