

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 ALP :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M21- 0014215

168894

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 380

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Rekhar EL Miloudia

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Salwa NADIR
Hépatogastro-entérologie
Proctologie, pédiatrie et chirurgie
Clinique Dar es Salam
120, Bd. My Houssein Casa - Téléphone : 06 27 27 15 14 14

Date de consultation :

05/07/2023

Nom et prénom du malade :

REKHAR EL Miloudia

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

AFFECTION DIGESTIVE

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.

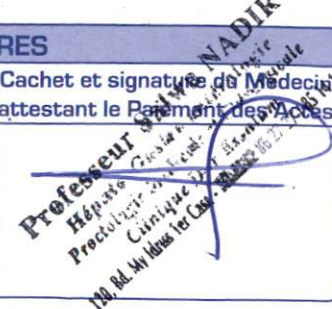
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :


Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
05/07 2023	S	300	DAH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	5/7/2023	410,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05/07 2023		400 DAH

AUXILIAIRES MEDICAUX

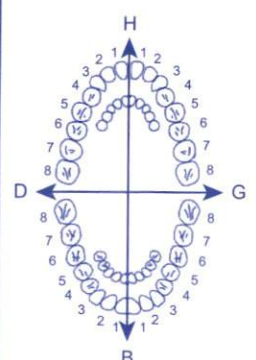
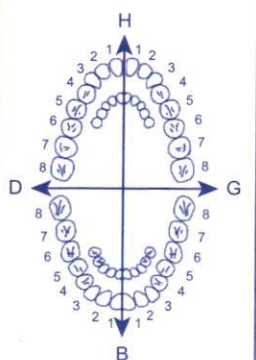
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Salwa Nadir

Spécialiste en Hépatogastroentérologie

D.U. "Hépatites Virales-Cytokines"

Echographie et Endoscopie Digestives

D.U "Explorations Fonctionnelles Digestives"

D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin"

Proctologie Médicale et Chirurgicale



الدكتورة سلوى ندير

استاذة جامعية سابقا بكلية الطب

ومستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي

التشخيص بالمنظار والصدى

أمراض وجراحة الشرج

Casablanca, le..... 05.07.2023 في الدار البيضاء،

Mme FAKHAR El Miloudia

Prendre :

1 - OLEDIZ 40MG

1 comprimé le matin, pendant 28 jours.

2 - OSMOSINE SUSPENSION BUVABLE

2 cuillères à soupe le soir, pendant 15 jours.
puis 1 cuillère à soupe par jour pendant 15 jours

3 - LIBRAX COMPRIMÉS

1 comprimé par jour le soir vers 19 heures avant le coucher 10 jours
puis un jour sur deux pendant 10 jours

4 - JUVATONUS AMPOULES

1 ampoule le matin, après le repas, pendant 15 jours.

5 - SEPCEN COMPRIMÉS 500MG

1 Comprimé le matin et le soir, au cours du repas, pendant 5 jours.

6 - TIBERAL

1 Comprimé le matin et le soir, au cours du repas, pendant 5 jours.



LOT 23020 PER 02/2026
PPV 21.00 DH

LOT: 05823003
PER: 01/2026
PPV: 74.80 DH

PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA
Lot: 01/2026 PER 01/2026
Casablanca Tél: 0527 03 10 28

Professeur Salwa NADIR

En cas d'urgence: 06 61 46 84 96

120, Bd. Moulay Idriss 1er, 4^{ème} étage N°10 - Tél. : 05 22 86 27 86 - Fax : 05 22 86 34 39 - 10 رقم 4، الطابق الأول، شارع مولاي إدريس الأول، 120،
Clinique Dar Salam, 728, Bd. Modibokeita - Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 85 14 14 - الهاتف : 728، شارع مودي بوكيتا، الدار البيضاء - مصحة دار السلام،

E-mail : salwanadir@yahoo.fr : البريد الإلكتروني - Site web : www.pnadirsalwa.com/www.pnadirsalwa.ma : الموقع الإلكتروني

Tibéral®

Omidazole

Omidazole

Anti-infectieux pour traiter la trichomonase

Composition

Comprimés : omidazole 500 mg.

Ampoules (3 ml) : omidazole 500 mg éth.

Forme et présentation pharmaceutique

Comprimés à 500 mg : boîte de 10

Ampoule de 3 ml à 500 mg pour perfusion

Propriétés, effets

L'absorption de l'omidazole dans la cellule bactérienne

5 imidazoles.

La réduction de l'omidazole par la cellule bactérienne (anaérobie stricte) selon un système redox du type ferrioxine entraîne d'une part une augmentation de la concentration intracellulaire du fait d'une absorption accrue et, d'autre part, la formation de métabolites toxiques pour la cellule concernée qui se brise l'ADN et le détruit. Ainsi s'explique l'effet bactéricide des nitro-5 imidazolés. En ce qui concerne les protozoaires, le mécanisme d'action devrait être semblable, mais cela n'a pas encore été prouvé.

Bactéries

Le spectre d'action de l'omidazole englobe les bactéries anaérobies strictes suivantes :

A : sont sensibles : CMI ≤ 8 mg/l : *Peptostreptococcus* spp., *Clostridium difficile*, *Clostridium* spp., *Bacteroides fragilis* ainsi que d'autres *Bacteroides* spp., insensibles à la *B. Prevotella* spp., *Porphyromonas* spp. et *Fusobacterium* spp.

B : sont résistantes : CMI ≥ 16 mg/l : toutes les bactéries aérobies et microaérophiles, les actinomycètes, *Propionibacterium* spp. et *Eubacterium* spp. ainsi que les champignons levuriformes.

La sensibilité des bactéries anaérobies peut être déterminée par la méthode de dilution en milieu gélosé ou par microdilution. Pour la réalisation des tests de dilution en série en a qui concerne les bactéries anaérobies strictes ; il est renvoyé au procédé du NCCLS (M100-S3 performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing). Tous les germes à l'égard desquels la CMI est ≤ 8 mg/l peuvent être classés parmi les germes sensibles (d'après Wüst).

Classification Valeur limite (CMI en mg/l)

Sensible (S) ≤ 8

Résistant (R) ≥ 16

Il n'est pas judicieux de déterminer la sensibilité des anaérobies à l'aide de la méthode de diffusion sur gélose.

Protozoaires

Le spectre d'action de l'omidazole englobe les protozoaires suivants :

Sont sensibles : CMI ≤ 8 mg/l : *Trichomonas vaginalis*, *Entamoeba histolytica*, *Giardia intestinalis*.

Les autres protozoaires sont tous résistants à l'omidazole.

La détermination de la sensibilité des protozoaires n'est normalement pas effectuée en routine, la technique étant exigeante. L'efficacité in vivo de l'omidazole à l'égard des protozoaires cités ci-dessus a fait l'objet d'une documentation détaillée.

Il existe une résistance croisée entre l'omidazole et d'autres nitro-5 imidazolés ; on ne connaît pas de résistance croisée à d'autres substances chimiquement non apparentées.

Il est rare que des bactéries anaérobies soient résistantes à l'omidazole ; une telle résistance n'a été décrite que dans des cas isolés.

Plus de 99% des bactéries anaérobies normalement sensibles peuvent toujours être considérées comme sensibles à l'omidazole.

Indications

Elles procèdent de l'activité antibactérienne et antiparasitaire de l'omidazole et de ses caractéristiques pharmacocinétiques qui tiennent compte à la fois des études cliniques auxquelles a donné lieu ce médicament, et de sa place dans l'éventail des anti-infectieux actuellement disponibles.

Elles sont limitées aux infections dues aux germes définis comme sensibles en pharmacodynamie.

Indications générales :

- Traitement curatif des infections médico-chirurgicales à germes anaérobies sensibles.

- Traitement préventif des infections à germes anaérobies sensibles lors des interventions chirurgicales comportant un haut risque de survenue de ce type d'infection.

- Amibiases sévères de localisation intestinale ou hépatique (solution injectable 500mg)

Spécifique à la forme comprimé :

- amibiase, qu'elle qu'en soit l'expression clinique (amibiases intestinales et extra-intestinales).

- Trichomonases urogénitales.

- Lambiases

- Relais des traitements par voie injectable des infections à germes anaérobies sensibles, à titre curatif ou préventif.

Posologie, mode d'emploi

Les comprimés doivent toujours être pris après les repas. La solution contenue dans les ampoules doit être administrée en une seule prise, elle doit toujours être diluée avant l'injection. En ce qui concerne la préparation de la solution à perfuser, voir par ailleurs.

Posologie usuelle

1. Trichomonases

deux schémas thérapeutiques peuvent être recommandés :

Nature du traitement	Dose journalière	
	Adultes et enfants de plus de 35 kg	Enfants jusqu'à 35 kg
a. Traitement par dose unique	3 comprimés le soir	25 mg par kg de poids corporel
b. Traitement de 5 jours	2 comprimés (1 le matin, 1 le soir)	non recommandé

Pour éviter une réinfestation, le partenaire doit toujours être également traité par la même dose orale.

Chez l'enfant, le traitement consiste en l'administration d'une dose unique de 25 mg par Kg de poids corporel et par jour.

2. Amibiase

a. Traitement de 3 jours lors de dysenterie amibienne.

b. Traitement de 5-10 jours pour toutes les formes d'amibiase.

Durée du Traitement	Dose journalière	
	Adultes et enfants de plus de 35 kg	Enfants jusqu'à 35 kg
a. 3 jours	3 comprimés le soir à prendre en une fois. Au-dessus de 60 kg de poids corporel : 4 comprimés (2 le matin, 2 le soir)	40 mg/kg. à prendre en une fois
b. 5-10 jours	2 comprimés (1 le matin, 1 le soir)	25 mg/kg. à prendre en une fois

c. Traitement de l'abcès amibien du foie et de dysenterie amibienne grave

Adultes : perfuser par voie intraveineuse 500-1000 mg en tant que dose initiale, puis 500 mg toutes les 12 heures pendant 3-6 jours en moyenne.

La posologie pour enfants est de 20-30 mg/kg/jour.

نشرة : معلومات المستعمل

أوليدينز 20 ملغ، و 40 ملغ، أقراص صامدة لحموضة المعدة

علب من فئة 7 أو 14 أو 28.

إيزوميبرازول

OLEDIZ[®] 40mg comprimés gastro-résistants Boite de 14

PPV : 122 DH 80

AMM N° 18620/05/21/TR/DMP/AX/03



أجلك.

قد يتسبب في ضرر له جلي في حال وجود أعراض مشابهة للأعراضكم، أي تأثير غير مرغوب فيه لم يذكر في هذه النشرة .

يرجى قراءة
التي
إذا كانت
قد تم
إذا شئ

على ما

1. ما هو

2. ما هي المعلومات التي تلتزم معرفتها قبل تناول أوليدينز قرص صامد لحموضة المعدة؟

3. ما هي كيفية تناول أوليدينز، قرص صامد لحموضة المعدة؟

4. ما هي الآثار الجانبية المحتملة؟

5. كيفية الحفاظ على أوليدينز، قرص صامد لحموضة المعدة؟

6. معلومات إضافية.

1. ما هو أوليدينز، قرص صامد لحموضة المعدة وفي أية حالات يمكن استعماله؟

الصف المكوني، الرمز : A02BC05 - ATC

يحتوي أوليدينز على مادة تسمى إيزوميبرازول، وهو دواء من فئة مثبطات مضخة البروتونات، يخفف إفراز الحامض على مستوى المعدة. يستعمل أوليدينز، قرص صامد لحموضة المعدة لمعالجة الأمراض التالية :

أوليدينز 20 ملغ :

البالغون

- الارتجاع المريئي (RGO) عندما يصعد حامض المعدة إلى المريء (الأنبوب الذي يصل ما بين الحلق والمعدة) ويتسبب في ألم، والتهاب وحرقان،
- قرحة المعدة أو قرحة الرئتي عشر في حالة الإصابة بالبكتيريا المسماة بكتيريا الملوية الطوبية (*Helicobacter pylori*). إن كنتم في هذه الوضعية سيمنح لطبيبكم أن يوصي لكم بمضادات حيوية لمعالجة الإصابة والسماح للقرحة بالاندماج،
- المعالجة والوقاية من القرحة المتكررة مع تناول مضادات التهابات غير الستيرويدية (المسكنات) (AINS)، أوليدينز يمكن أن يستعمل أيضا للحد من القرحة الناتجة عن تناول مضادات الالتهابات غير الستيرويدية.
- فرط من الحامض في المعدة الناتج عن متلازمة زولينجر إليسون.

المرافقون البالغون من العمر 12 سنة وأكثر

- الارتجاع المريئي (RGO) عندما يصعد حامض المعدة إلى المريء (الأنبوب الذي يصل ما بين الحلق والمعدة) ويتسبب في ألم، والتهاب وحرقان،
- قرحة المعدة أو قرحة الرئتي عشر في حالة الإصابة بالبكتيريا المسماة بكتيريا الملوية الطوبية (*Helicobacter pylori*). إن كنتم في هذه الوضعية سيمنح لطبيبكم أن يوصي لكم بمضادات حيوية لمعالجة الإصابة والسماح للقرحة بالاندماج.

أوليدينز 40 ملغ :

البالغون

- المعالجة من التهاب المريء الناتج عن الارتجاع المريئي المعدي عندما يصعد حامض المعدة إلى المريء (الأنبوب الذي يربط الحلق بالمعدة) ويتسبب في ألم، والتهاب وحرقان،
- فرط من الحامض في المعدة المعزى إلى متلازمة زولينجر إليسون،
- مواصلة العلاج لمنع حدوث نزيف متكرر لقرحة المعدة أو الرئتي عشر، بعد علاج أولي إيزوميبرازول عبر الوريد.

المرافقون البالغون من العمر 12 سنة وأكثر :

• الارتجاع المريئي (RGO) عندما يصعد حامض المعدة إلى المريء (الأنبوب الذي يربط الحلق بالمعدة) ويتسبب في ألم، والتهاب وحرقان

2. المعلومات التي تلتزم معرفتها قبل تناول أوليدينز قرص صامد لحموضة المعدة؟

إننا نذكركم لطبيبكم عن عدم قابلية لبعض السكريات، اتصلوا به قبل تناول هذا الدواء.

لا تتناولوا أبدا أوليدينز، قرص صامد لحموضة المعدة :

- إن كنتم لديكم حساسية (حساسية مفرطة) لإيزوميبرازول أو لأحد المكونات الأخرى التي يحتوي عليها أوليدينز، قرص صامد لحموضة المعدة،
- إن كنتم لديكم حساسية لمطبخ آخر لمضخة البروتون، (مثل: بانتوبرازول، لانسوبرازول، رابيبرازول، أوميزورول)،
- إن كنتم تتناولون دواء يحتوي على ثيوفيلامين (المستعمل في معالجة داء شربان المناعة المكتسبة)،
- إن كنتم لديكم شكوك، إن كنتم في وضعية من الوضعية الموصوفة أعلاه، أخبروا طبيبكم أو صيدليكم بذلك قبل كل تناول لأوليدينز، قرص صامد لحموضة المعدة.

احتياطات الاستعمال، تحذيرات خاصة

التوجه إلى طبيبكم أو صيدليكم قبل تناول أوليدينز، قرص صامد لحموضة المعدة

- إن كنتم لديكم مشاكل حادة في الكبد.
- إن كنتم لديكم مشاكل حادة في الكلى.
- إذا عانيت من السابق من تفاعلات جلدية بعد تناول علاج مشابه ل أوليدينز لتقليل حموضة المعدة.
- إذا كنتم سجنون فخص دم محدد (كروموجرانين A).

يمكن للأوليدينز، قرص صامد لحموضة المعدة أن يحد أعراض أمراض أخرى. إن كنتم تتناولون أوليدينز، قرص صامد لحموضة المعدة، يجب عليكم إخبار طبيبكم فوراً إذا :

إن دون سبب وكانت لديكم صعوبة في البلع،
في المعدة أو عسر الهضم.

إذا بقيت في حالة استمرار أو تغير الأعراض،
بشكل طفيف من خطر الإصابة بـ

Juvatonus

AMPOULE

COMPOSITION POUR UNE AMPOULE :

PANAX GINSENG C.A MEYER.....

Extrait de Maté.....

Extrait de Guarana.....

Ginseng tonus est un tonifiant physique et intellectuel naturels pour lutter contre les baisses de formes.

PROPRIÉTÉS :

- Propriétés stimulantes
- Tonifiant physique et intellectuel
- Contribue à réduire la fatigue

INGRÉDIENTS : Eau purifié; sirop de fructose; jus d'orange concentré; extrait de Guarana (1,3%); extrait de Ginseng (0,9%); extrait de Maté (0,7%); arôme naturel d'orange ; arôme naturel de citron.

CONSEILS D'UTILISATION : Diluer le contenu de l'ampoule dans un verre d'eau ou



الدكتورة سلوى ندير

أستاذة جامعة سابقا بكلية الطب

ومستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي

أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي

التشخيص بالمنظار والصدى

أمراض وجراحة الشرج



Casablanca, le 05.07.2012 الدار البيضاء في

Note d'honoraires

Le docteur **Professeur Salwa NADIR**
Hépatogastro-entérologie
a l'honneur de présenter ses compliments
à Mr (Mme) **Fahem EL MIBRAHIM**

et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires ;
soit la somme de 600.00 dhs.

pour **ECHOGRAPHIE**

ECHOGRAFIE ABDOMINALE

Professeur ~~Salwa~~ NADIR

Hépatite-Gastro-entérologie

Proctologie Médicale et Chirurgicale

Clinique Prof. Boualam

170.84 Moulden for Cava. Y56-87 86 27 27 / 85 14 14

En cas d'urgence : 06 61 46 84 96

120, Bd. Moulay Idriss 1er, 4^{ème} étage N°10 - Tél. : 05 22 86 27 86 - Fax : 05 22 86 34 39 - رقم 10، الطابق 4، شارع مولاي إدريس الأول، 120،
Clinique Dar Salam, 728, Bd. Modibokeita - Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 85 14 14 - صحنه دار السلام، 728، شارع موديبوكيتا، البوذا البيضاء، الهاتف : 05 22 85 14 14

E-mail : salwanadir@yahoo.fr - البريد الإلكتروني : Site web : www.pmadirsalwa.com/www.pmadirsalwa.ma : الموقع الإلكتروني :

Casablanca le 05/07/2023

Professeur **SAAD NADIR**
Hépatogastroentérologie
Proctologie, Endoscopie et Chirurgie
Clinique des Spécialités
139, Bd. Mohammed VI, Casablanca 20110

Nom et Prénom : Mme FAKHAR EL MILOUDIA

Age : Née en 1947

Indication : Douleurs abdominales

COMPTE RENDU

- Foie de taille normale, de contours réguliers d'échostructure homogène.
- Absence de lésion focale hépatique.
- Absence de dilatation des voies biliaires intrahépatiques .
- Absence de dilatation de la voie biliaire principale.
- Tronc porte de calibre normal.
- Absence d'épanchement dans la cavité abdominale .
- Vésicule biliaire non vue(cholécystectomie).
- Absence d'épanchement péritonéal .
- Rate ,rein gauche, sans anomalie.
- Pancréas non vu(écran de gaz).
- Rein droit siège de kystes corticaux .
- Aérocolie++

Conclusion : Echographie abdominale sans anomalie mis à part des kystes rénaux droits d'allure bénigne

Pr. SAAD NADIR
Professeur **SAAD NADIR**
Hépatogastroentérologie
Proctologie, Endoscopie et Chirurgie
Clinique des Spécialités
139, Bd. Mohammed VI, Casablanca 20110