

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 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.

M23-0023133

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4214 Société : E.A.T.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Abdellaoe Handou
Date de naissance : 1953
Adresse : villa 72 lot Ain Dabti Casablanca
Tél : 0662780571 Total des frais engagés : 2574,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Congl / CFE

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

Nom et prénom du malade : Age:

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC Pathologie :

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 : 18 / 12 / 2023
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
		1	2574,00	
			179	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

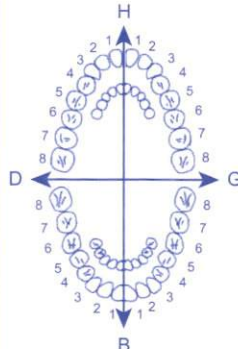
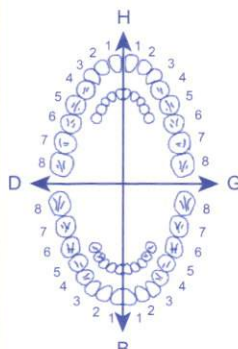
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT 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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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



Caisse des Français de l'Étranger

160 RUE DES MEUNIER
CS 70238 RUBELLES 77052 MELUN CEDEX
Tél. : 33 1 64 14 62 62
www.cfe.fr

MR ABDELLAOUI HAMDOUNE
VILLA 72 LOTISSEMENT AIN DIAB II
ANFA
20180 CASABLANCA
MAROC

Rubelles, le 15/12/2023

AVIS DE REGLEMENT

Page 1

N°	Dates	Détail des prestations	Dépense réelle en Euros	Eléments de calcul					Montant du remboursement
				Prix unitaire	Coeff.	Nbre	Base de rembt	Taux	
1	ASSURE : HAMDOUNE - Maladie (100%)								
	17/11/2023 17/11/2023	ETR : CONSULTATION SPÉCIALISTE	27,16	25,00		1	25,00	100	25,00
	17/11/2023 20/11/2023	ETR : BIO. ET ANATOMO-CYTOPATHOLOGIE	97,71			1	97,71	65	63,51
	11/12/2023 11/12/2023	ETR : ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	64,03			1	64,03	72	46,10
	11/12/2023 11/12/2023	ETR : PHARMACIE	44,82			1	44,82	100	44,82
	TOTAL DU DECOMPTE	REFERENCE : 20231215I00140 -E							179,43
		NUMERO DE DEMANDE : 231115641							

Montant total payé en Euros 179,43

Merci d'attendre quelques jours avant de formuler une réclamation si ce décompte n'intègre pas toutes les factures adressées par un même envoi postal. Il peut effectivement arriver que le remboursement de vos dépenses médicales intervienne à quelques jours d'intervalle en fonction de la nature des soins facturés.

Notre procédure de remboursement diffère en fonction du lieu de réalisation des soins. En cas d'envoi simultané de vos feuilles de soins (réalisés en France et à l'étranger), vous recevrez des décomptes séparés, une fois les remboursements effectués.

Lorsque vous déposez en ligne vos demandes dans votre Espace Personnel, vous devez garder les documents originaux pendant une période maximum de 27 mois à partir de la date de vos soins.

Les expatriés et leurs ayants droit assurés à la CFE ne sont pas concernés par les dispositions relatives au parcours de soins en France et n'ont pas à choisir de médecin traitant, ni à le consulter avant une visite chez un spécialiste. Les dépassements d'honoraires, prévus en cas de non-respect du parcours de soins en France ne leur sont pas applicables. (circulaire ministérielle n°2005-275 du 27/05/05)

Assuré	N° de Sécurité Sociale : 1 53 52 99 350 747 76	Règlement	Référence : 20231215I00140
Nom : ABDELLAOUI		Destinataire : MR OU MME BRICE ABDELLAOUI	
Prénom : HAMDOUNE		Mode : Virement SEPA	
		Compte : FR56 3000 2083 3400 0002 6827 D48	

FEUILLE DE SOINS DISPENSÉS A L'ÉTRANGER

Réservée à l'usage exclusif des adhérents de la CFE – A ne pas utiliser pour les soins reçus en France

Pour vous aider à renseigner cette feuille de soins, vous êtes invité(e) à vous référer aux conseils pratiques en bas de cette page

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (obligatoire) : 1 1 5 3 1 5 2 1 9 9 1 3 5 0 1 7 4 7 1 7 6 1

NOM (en capitales) :

ABDELLAOUI

Date de naissance :

10/11/1953

Prénom :

HADOUNE

Pays où ont été dispensés les soins :

7 A20

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE (s'il ne s'agit pas de l'adhérent)

NOM (en capitales) :

Date de naissance :

 / /

Prénom :

Exerce-t-il actuellement une activité professionnelle ?

☐ Oui

☐ Non

⇒ Si oui, laquelle ?

Est-il retraité ?

☐ Oui

☐ Non

A-t-il des ressources personnelles de quelque nature que ce soit ?

☐ Oui

☐ Non

Je m'engage à signaler tout changement dans la situation de cet ayant-droit

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES SOINS (s'il ne s'agit pas de maladie)

☐ Accident causé par un tiers, indiquez la date :

 / /

☐ Accident de travail, indiquez la date :

 / /

☐ Maternité, indiquez la date de conception :

 / /

(Si vous ne l'avez pas envoyée, joignez votre déclaration médicale de grossesse)

MODALITES DE REMBOURSEMENT

Les remboursements sont effectués systématiquement selon les modalités habituelles.

Signaler tout changement d'adresse et de domiciliation bancaire (RIB à joindre)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document et m'engage à signaler à la CFE toute modification de ma situation et notamment tout changement de pays. Les fraudes ou fausses déclarations exposent à l'application de pénalités, à la radiation, à des peines d'amende et/ou d'emprisonnement (articles L766-1-3 et L766-2-2 du code de la Sécurité Sociale – articles 313-1, 313-2-5, 441-1 et 441-6 du code pénal).

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des dossiers de sécurité sociale des Français de l'étranger. Les destinataires des données sont : les organismes de protection sociale français, les caisses de retraite, les organismes gestionnaires de complémentaire santé, le ministère des Affaires étrangères, les établissements et professionnels de santé, les employeurs mandatés et les organismes bancaires. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, que vous pouvez exercer en vous adressant au responsable de traitement :

Monsieur le Directeur de la CFE, CFE RELATION CLIENT – 160 rue des Meuniers – 77950 RUBELLES – France

Signature :

RENOUVELLEMENT DES FEUILLES DE SOINS (imprimé téléchargeable sur notre site www.cfe.fr, rubrique « vos imprimés »)

Pour obtenir des feuilles de soins dispensés à l'étranger, indiquez le nombre souhaité :

IMPORTANT : CONSEILS PRATIQUES AUX ADHÉRENTS

● Utilisez une feuille de soins par malade.

● Complétez obligatoirement cette 1^{ère} page : tous les éléments doivent être renseignés pour le bon traitement de votre demande. N'omettez pas d'indiquer votre numéro de sécurité sociale et de signer la feuille de soins. Le verso doit également être complété par vos soins.

● Pour être remboursé(e), joignez systématiquement à la présente feuille de soins les éléments ci-dessous :

⇒ les factures originales détaillées et acquittées attestant du paiement pour chacune des dépenses.

⇒ les prescriptions médicales (avec nom et prénom du malade) pour les frais suivants : médicaments, analyses médicales, appareillage, actes en série, frais d'optique.

⇒ ainsi que, en cas de traitement en série, un état de frais indiquant toutes les dates de soins (massages par exemple).

● Dans tous les cas, le remboursement des feuilles de soins est subordonné à l'acquit de vos cotisations à la date des soins.

● Pensez à joindre un RIB lors de votre 1^{er} envoi de feuille(s) de soins.

● Pour tout renseignement complémentaire, consultez le site de la CFE : www.cfe.fr

ÉTAT DÉCLARATIF A COMPLÉTER PAR L'ADHÉRENT POUR LES SOINS RECUS A L'ETRANGER
QUEL QUE SOIT LE PAYS DE DISPENSE DES SOINS

entité du malade : NOM : ABDELHAKIM PRENOM : HAADOUNE DATE DE NAISSANCE : 10/11/2013

tailles des actes médicaux		Nom du praticien Chirurgien Urologue Dr. Mounir CHABE CHABE Rés. Parc Lyauté, 2ème Etage, Apt 111 Tél: 0522 34 40 58-88 Fax: 0522 34 40 88 Urgence: 0661 20 82 12 Casablanca	Date des soins	Montant réglé en monnaie locale	Montant éventuellement pris en charge par l'organisme local
----------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------	---------------------------------------	----------------------------------------------------------------------

CONSULTATION(S)

Généraliste <input checked="" type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile <input type="checkbox"/>	Date des soins: <u>17/11/23</u>	Montant réglé: <u>30000</u>	
Généraliste <input checked="" type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile <input type="checkbox"/>	Date des soins: <u>17/11/23</u>	Montant réglé: <u>70000</u>	
Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile <input type="checkbox"/>	Date des soins: <u>17/11/23</u>	Montant réglé: <u>70000</u>	
Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile <input type="checkbox"/>	Date des soins: <u>17/11/23</u>	Montant réglé: <u>70000</u>	

CARDIOLOGIE

[] Electrocardiogramme (ECG)	Date des soins: <u>17/11/23</u>	Montant réglé: <u>70000</u>	
[] Electrocardiogramme + test d'effort (EFF)	Date des soins: <u>17/11/23</u>	Montant réglé: <u>70000</u>	
[] Autre acte, à préciser :	Date des soins: <u>17/11/23</u>	Montant réglé: <u>70000</u>	

ACTE(S) D'IMAGERIE

[] Radiographie, zone à préciser :	Date des soins: <u>17/11/23</u>	Montant réglé: <u>70000</u>	
[] Radiographie panoramique	Date des soins: <u>17/11/23</u>	Montant réglé: <u>70000</u>	
[] Mammographie : <input type="checkbox"/> Unilatérale <input type="checkbox"/> Bilatérale	Date des soins: <u>17/11/23</u>	Montant réglé: <u>70000</u>	
[] Scanner	Date des soins: <u>17/11/23</u>	Montant réglé: <u>70000</u>	
[] IRM	Date des soins: <u>17/11/23</u>	Montant réglé: <u>70000</u>	
[] Electroencéphalogramme	Date des soins: <u>17/11/23</u>	Montant réglé: <u>70000</u>	
[] Echographie, zone à préciser :	Date des soins: <u>17/11/23</u>	Montant réglé: <u>70000</u>	
[] Autre, à préciser :	Date des soins: <u>17/11/23</u>	Montant réglé: <u>70000</u>	

ACTE(S) DISPENSÉ(S) PAR UN AUXILIAIRE MÉDICAL (Kinésithérapeute, infirmier(e), orthophoniste...)

Date de la prescription : 17/11/23

Traitement dispensé du 17/11/23 au 17/11/23

Nombre de séances dispensées : 1

Description du traitement :

ANALYSES DE LABORATOIRE

Date de la prescription : <u>17/11/23</u>	Date d'exécution : <u>17/11/23</u>	Montant réglé: <u>10840</u>	
Date de la prescription : <u>17/11/23</u>	Date d'exécution : <u>17/11/23</u>	Montant réglé: <u>10840</u>	

PHARMACIE / FOURNISSEUR

Date de la prescription : <u>11/12/23</u>	Date de délivrance : <u>13/12/23</u>	Montant réglé: <u>49000</u>	
Date de la prescription : <u>17/11/23</u>	Date de délivrance : <u>17/11/23</u>	Montant réglé: <u>49000</u>	
Date de la prescription : <u>17/11/23</u>	Date de délivrance : <u>17/11/23</u>	Montant réglé: <u>49000</u>	
Date de la prescription : <u>17/11/23</u>	Date de délivrance : <u>17/11/23</u>	Montant réglé: <u>49000</u>	
Date de la prescription : <u>17/11/23</u>	Date de délivrance : <u>17/11/23</u>	Montant réglé: <u>49000</u>	

AUTRES FRAIS DE SANTÉ

Description des frais facturés :	Date des soins: <u>17/11/23</u>	Montant réglé: <u>17/11/23</u>	
.....	Date des soins: <u>17/11/23</u>	Montant réglé: <u>17/11/23</u>	

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

IF : 40303250 CNSS : 1121946 RC : 187112 INPE : 09300124 TP : 35504101
ICE : 001656516000089
RIB : 007780000200100000003735

FACTURE N° : 230000514

CASABLANCA le 20-11-2023

Mme ABDELLAOUI Hamdoun

Récapitulatif des analyses		Clé	Coefficient
CN	Analyse		
9105	Prélèvement sanguin	E	25
0162	Testostérone	B	300
	TESTOSTERONE Biodisponible – Bioactive (homme) SERUM	B	490

Total des B : 790

TOTAL DOSSIER : 1084 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille quatre-vingt-quatre dirhams .

LABORATOIRE TAZI
TAZI MOHAMED
Biologiste
78, Rue d'Alger - Casablanca
Tél: 0522 27 28 08 - 0522 29 64 86

78, Rue d'Alger - Casablanca - TEL : 052227 28 08 - 0522275388 - 0522473579 - Fax : 0522296486
Site Web : www.labotazi.ma - mail : labotazicasa@gmail.com - labo.tazi@yahoo.fr

**CABINET
D'UROLOGIE**



عيادة جراحة
المسالك البولية

Dr. Mounir CHARIF
CHEFCHAOUNI
Chirurgien Urologue
Ancien Professeur Assistant
au C.H.U. IBN SINA
De Rabat
Ancien Chef de Clinique
du Groupe Hospitalier
COCHIN De Paris
Membre de L'Association
Française d'Urologie et
de l'European Association
of Urology

Casablanca, le 17/11/2023

Mr ABDELLAOUI Hamdoune 70 ans

TESTOSTÉRONE TOTALE ET BIODISPONIBLE,
prélèvement sanguin entre 10-11 H du matin

الدكتور منير شريف
شفشاوني
اختصاصي في أمراض
وجراحة المسالك البولية
أستاذ مساعد سابقا بالمركز
الصحي الجامعي ابن سينا
بالباط وكوشان بباريز
عضو بالجمعية الفرنسية
لأمراض المسالك البولية

LABORATOIRE TAZI
TAZI Mohamed
BIOLOGISTE

- Urologie Générale/ Circoncision
- Coeliouchirurgie
- Chirurgie des Troubles
de la Statique pelvipérinéale
et de l'incontinence Urinaire
chez la femme
- Cancérologie Urologique
- Andrologie (Stérilité masculine
et Impuissance - Sexologie)
- Exploration Urodynamique
du bas appareil urinaire
- Lithotripsie extra-corporelle
- Echographie prostatique
transrectale

Dr. Mounir CHARIF CHEFCHAOUNI
Chirurgien Urologue
Rési. Parc Lyautey 1, Rond Point S^t Exupéry
2ème Etage App^t N° 11
Tél: 0522 48 40 88/89 Fax: 0522 48 40 88
Urgence: 0661 26 88 14 - Casablanca

Résidence Parc Lyautey - 1, Rond Point S^t EXUPERY, Angle Av Hassan II et Rue Allal El Fassi
(en face de parc de la ligue Arabe) 2^e étage, Appt. n°11 - CASABLANCA
Tél. : 05.22.48.40.58/88 - Fax : 05.22.48.40.88 - Urgences : 06.61.208.214 - E-mail : m_c_chefchaouni@hotmail.com



مختبر التازي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

NF EN ISO 9001:2008

ASCI

CERTIFICAT MA-2015-XIV

QUALITEM

www.ascil-qualitem.fr

TAZI MOHAMED

TAZI KARIM

PHARMACIENS BIOLOGISTES - DIPLOMES D'ETUDES SPECIALES DE BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE,
HEMATOLOGIE, BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

Dr CHARIF CHEFCHAOUNI MOUNIR

1, Rond Point Saint Exupery, Résidence Parc Lyautey

Angle Avenue Hassan II et Rue Allal El Fassi

CASABLANCA

Examen du 20-11-2023 - Edité le 20-11-2023

Mr ABDELLAOUI Hamdoune

Né(e) le : 01-01-1953 (70 ans)

Dossier N° : 23110727

Code patient : 23110727

(**) : Résultat non validé biologiquement

HORMONOLOGIE

(Cobas e411)

Testostérone **

2.50 ng/ml

(1.93-7.40)

Ce dossier a été imprimé en partiel

(**) : Résultat non validé biologiquement

LABORATOIRE TAZI
78, Rue d'Alger - Casablanca
Tél: 05 22 23 64 88 - Fax: 05 22 23 64 88



Biologistes-coresponsables : Aurélie Driss-Corbin / Bénédicte Roquebert
Biologistes Médicaux

A. Amara Petitjean
H. Belaoui
M. Billet-Delecourt
S. Chikhi
J-M. Costa
M-M. Coude
S. Defasque

F. Floch
A. Ganon
C. d'Humières
P. Kleinfinger
I. Lanois
A. Legrand
L. Lohmann

A. Luscan-Valeri
S. Malard
M. Perret
A. Receveur
M. Roussel
S. Samaan
S. Schmit

M. Senant
S. Trombert
M. Valduga
L. Verdurme
B. Visseaux

Biologistes Généticiens
D. Trost

ABDELLAOUI

HAÏDOUNE

Né(e) le 01.01.1953

Sexe : M

Dossier n° : **23D5097200**

G /w 994-101 /s 994-101

LABM M TAZI

SIDI BELYOTT 78 RUE D'ALGER

20000 CASABLANCA

MAROC

Transmis par LABM M. TAZI

Vos références : INMA1516062 / 23110727

04074

Enregistré le : 21.11.2023

Edité le :

27.11.2023

Ex envoyé(s) au(x) : Laboratoire

● **TESTOSTERONE BIODISPONIBLE (R.I.A.)**

Prélèvement : 20.11.2023 Sérum 10h 00

2,4 nmol/l

N: 2,7 à 12,0

0,70 ng/ml

N: 0,78 à 3,46

Validé par : Dr. Marianne Perret

Dr. Aurélie Driss Corbin

A. Driss Corbin

Compte rendu complet

**Dr. Mounir CHARIF
CHEFCHAOUNI
Chirurgien Urologue**

Ancien Professeur Assistant
au C.H.U. IBN SINA de Rabat
Ancien Chef de Clinique du Groupe
Hospitalier COCHIN de Paris
Membre de L'Association
Française d'Urologie et
de l'European Association
of Urology



الدكتور منير شريف شفشاوني

اختصاصي في أمراض وجراحة

المسالك البولية

أستاذ مساعد سابقا بالمركز الصحي

الجامعي ابن سينا بالرباط وكوشان بباريز

عضو بالجمعية الفرنسية والأوروبية

لأمراض المسالك البولية

Casablanca, le 11/12/2023

Mr ABDELLAOUI Hamdoune

Facture : NH 202312/006

Actes

Montant

PNORT

700,00

Total : 700,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : **SEPT CENTS DIRHAMS**

ICE : 001632746000030

INP : 091040600

Dr. Mounir CHARIF CHEFCHAOUNI
Chirurgien Urologue
Rés. Parc Lygury 1, Rond Point S' Exupery,
2ème Etage Appt. 11
Tél: 06 48 40 58 86 - Fax: 0522 46 40 88
Urgence: 0661 30 62 14 - Casablanca

**Dr. Mounir CHARIF
CHEFCHAOUNI
Chirurgien Urologue**

Ancien Professeur Assistant
au C.H.U. IBN SINA de Rabat
Ancien Chef de Clinique du Groupe
Hospitalier COCHIN de Paris
Membre de L'Association
Française d'Urologie et
de l'European Association
of Urology



الدكتور منير شريف شفشاوني

اختصاصي في أمراض وجراحة

المسالك البولية

أستاذ مساعد سابقا بالمركز الصحي

الجامعي ابن سينا بالرباط وكوشان بباريز

عضو بالجمعية الفرنسية والأوروبية

لأمراض المسالك البولية

Casablanca, le : 11/12/2023

COMPTE RENDU D'ECHODOPPLER

Mr ABDELLAOUI Hamdoune

Résultats

Appareil médical : MINDRAY DC-3. Sonde linéaire 7L4A superficielle de 7 à 10 Mhz en mode M, doppler pulsé, couleur et énergie.

Examen réalisé : PNORT : Penile NO test, par ECHODOPPLER de la verge.

Résultats :

- L'épaisseur de l'albuginée est de 1 mm.
- Avant occlusion pénienne, le diamètre de l'artère caverneuse gauche et droite est de 1,5 mm.
- Après occlusion pénienne pendant 5 minutes et réalisation du test 50 secondes après le dégonflage du brassard, le diamètre de l'artère pénienne gauche et droite est de 2,6 mm.
- Le pourcentage maximum d'augmentation du diamètre est de 73 %.
- L'index PNORT est 2,1.

EN CONCLUSION :

I PNORT normale (valeur seuil $\geq 35\%$).

Signé : Dr. Mounir C. CHEFCHAOUNI

Dr. Mounir C. CHEFCHAOUNI
Chirurgien Urologue
Rés. Parc Lyautey, 1 Rond Point S
Exupery 2ème étage Appt N°11 Casa
Tél: 0522 48 40 58/88 - Fax: 0522 48 40 88
Urgence: 06 61 20 82 14

PHARMACIE NAIMA

124. bd. Sidi Abderrahmane Derb Elhouria
Bloc 211 Hy Hassani Casablanca



DR. CHRAIBI NAIMA EP. SAAIDI

Docteur en pharmacie
université de MONTPELLIER
FRANCE

R.C :171496

T.V.A :

Banque:

Tél :022.9031.00

Patente:35003900

C.N.S.S:1044081

Le 11/12/2023

FACTURE N°615968

Pharmacie NAIMA
ICE:001596576000024

MR HAMDOUNE ABDELLAOUI

Désignation	Quantité	PPM	Total
RECTIS 5MG 30CP	1	490,00	490,00
Total =			490,00



Arrêté la présente facture à la somme de :
Quatre Cent Quatre-vingt-dix Dirhams.

**CABINET
D'UROLOGIE**



عيادة جراحة
المسالك البولية

Dr. Mounir CHARIF
CHEFCHAOUNI
Chirurgien Urologue
Ancien Professeur Assistant
au C.H.U. IBN SINA
De Rabat
Ancien Chef de Clinique
du Groupe Hospitalier
COCHIN De Paris
Membre de L'Association
Française d'Urologie et
de l'European Association
of Urology

Casablanca, le 11/12/2023

Mr ABDELLAOUI Hamdoune 70 ans

490,00

RECTIS 5 MG

1 CP A MIDI APRES LE REPAS, pendant 1 mois



الدكتور منير شريف
شفشاوني
اختصاصي في أمراض
وجراحة المسالك البولية
أستاذ مساعد سابقا بالمركز
الصحي الجامعي ابن سينا
بالرباط وكوشان بباريز
عضو بالجمعية الفرنسية
لأمراض المسالك البولية



- Urologie Générale/Circoncision
- Coeliocirurgie
- Chirurgie des Troubles
de la Statique pelvipérinéale
et de l'incontinence Urinaire
chez la femme
- Cancérologie Urologique
- Andrologie (Stérilité masculine
et Impuissance - Sexologie)
- Exploration Urodynamique
du bas appareil urinaire
- Lithotripsie extra-corporelle
- Echographie prostatique
transrectale

Dr Mounir CHARIF CHEFCHAOUNI
Chirurgien Urologue
Rés. Parc Lyautey, 1 Rond Point S
Exupéry 2ème étage Appt N°11 Casa
Tél: 0522 48 40 88 - Fax: 0522 48 40 88
Urgence: 06 61 20 82 14

Résidence Parc Lyautey - 1, Rond Point S^T EXUPERY, Angle Av Hassan II et Rue Allal El Fassi
(en face de parc de la ligue Arabe) 2^e étage, Appt. n°11 - CASABLANCA
Tél.: 05.22.48.40.58/88 - Fax : 05.22.48.40.88 - Urgences : 06.61.208.214 - E-mail : m_c_chefchaouni@hotmail.com