

## 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.

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

M23-0015420

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3815

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ABD Leungid TAVAB

Date de naissance : 04-08-1953

Adresse : Derb Foukara RUE 5 N°104

Tél. : 0661361323

Total des frais engagés : 2706,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/04/2019

Nom et prénom du malade : Fliche Ahmed

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 :

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

18-04-2024

120

Dr. ABDELHADI ELHADI

CNSP Dents Prothésiste

INPE: 4104128

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

PHARMACIE PITCHOU

Dr. Foukara Rue 122

Casablanca Tél: 05 22 28 72 11

18/11/2024

386,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

18-04-2024

180

Dr. ABDELHADI BENBRAHIM

CNSP Dents Radiologue

INPE: 210767208

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

AM      PC      IM      IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

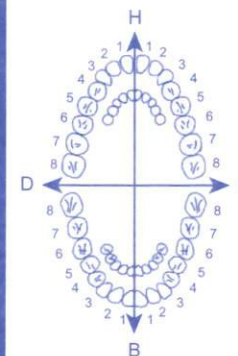
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H      G

25533412      21433552

00000000      00000000

D      G

00000000      00000000

35533411      11433553

B

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





وصفة  
ORDONNANCE



le 18/04/14

Altman Aiche

1/ Pos f... 66,30



2/ vitenervil fort 26,90



3/ Noricaptol 19,80



4/ 95,30



2/ 386,50

صيدلية بيتشو  
PHARMACIE PITCHO  
Derb Foukara Rue 10  
Casablanca Tel: 05 22 28 71  
KCE 30294256500005

Dr. KAAB ABDELHAK  
Médecin Urgentiste Polyclinique  
CNSS Derb Ghallef  
INPE: 41094228

PUC: 198.000H  
C260  
2025-12

3259-850



3 401020 35445



# **OZIL PLUS® 20 mg** **Gélules** **Omeprazole**

**Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.**

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

1. Qu'est-ce que OZIL PLUS®, gélule et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre OZIL PLUS®, gélule ?
3. Comment prendre OZIL PLUS®, gélule ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver OZIL PLUS®, gélule ?
6. Informations supplémentaires.

## **1. QU'EST-CE QUE OZIL PLUS®, GÉLULE ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**

### **Classe pharmacothérapeutique:**

OZIL PLUS®, gélule contient la substance active omeprazole. Il appartient à la classe des médicaments appelés inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la quantité d'acide produite par votre estomac.

(Code ATC: A02BC01)

### **Indications thérapeutiques:**

Ce médicament est indiqué chez l'adulte dans:

- Le traitement à court terme d'ulcère duodénal actif ;
  - Le traitement à court terme d'ulcère gastrique bénin actif ;
  - Le traitement du reflux gastro-œsophagien pathologique (RGO) ;
  - Le traitement d'entretien des œsophagites par reflux gastro-œsophagien ;
  - La réduction de risque majeur de saignement gastro-intestinal chez les patients gravement malades.
- L'efficacité et l'innocuité d'OZIL PLUS® n'ont pas été démontrées chez les enfants de moins de 18 ans.

## **2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE OZIL PLUS®, GÉLULE ?**

### **Contre-indications:**

**Ne prenez jamais OZIL PLUS®, gélule:**

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à l'oméprazole ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament.
- Si vous êtes allergique à un autre inhibiteur de la pompe à protons (IPP).

### **Précautions d'emploi; Mises en garde spéciales:**

**Avant de prendre OZIL PLUS®, gélule informez votre médecin si:**

- On vous a dit que vous avez une faible teneur en magnésium, de calcium et de potassium dans le sang
- Vous avez des problèmes hépatiques.
- Vous avez une insuffisance cardiaque.
- Vous avez le syndrome de Barter (un trouble rare du rein).
- Vous avez des allergies.
- Vous êtes enceinte ou vous planifiez une grossesse
- Vous allaitez.

Chaque gélule d'OZIL PLUS® contient 1100 mg de bicarbonate de sodium. La teneur totale en sodium dans chaque gélule est de 304 mg. La teneur en sodium dans OZIL PLUS® doit être prise en considération lors de l'administration à des patients

atteints du syndrome  
respiratoire et de  
l'utilisation chron  
à une alcalose sy  
EN CAS DE DOU  
DEMANDER L'AV  
PHARMACIEN.

### **Interactions avec**

#### **Prise ou utilisation d'autres médicaments:**

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou pharmacien. OZIL PLUS® peut interagir sur le fonctionnement d'autres médicaments et certains médicaments peuvent avoir un effet sur OZIL PLUS®.

Vous ne devez pas prendre OZIL PLUS® si vous prenez un médicament contenant du nelfinavir (utilisé pour le VIH). Vous devez informer votre médecin ou pharmacien si vous prenez l'un des médicaments suivants :

- Kétoconazole, itraconazole ou voriconazole (utilisés dans le traitement des infections fongiques) ;
- Digoxine (utilisée dans le traitement de problèmes cardiaques) ;
- Diazépam (utilisé dans le traitement de l'anxiété, de l'épilepsie ou comme relaxant musculaire) ;
- Phénytoïne (utilisée dans l'épilepsie) ; si vous prenez de la phénytoïne, une surveillance par votre médecin serait nécessaire au début et à l'arrêt de l'administration d'OZIL PLUS®.

- Mycophénolate mofétil
- Médicaments anti-coagulants pour fluidifier le sang tel que la warfarine ou autres antivitamines K ; une surveillance par votre médecin serait nécessaire au début et à l'arrêt de l'administration d'OZIL PLUS®.

- Rifampicine (utilisée pour traiter la tuberculose) ;
- Atazanavir (utilisé pour traiter l'infection VIH) ;
- Cyclosporine ;
- Benzodiazépine ;
- Tacrolimus (dans le cas de greffe d'organe) ;
- Millepertuis (*Hypericum perforatum*) (utilisé dans le traitement de la dépression modérée) ;
- Disulfirame
- Saquinavir (utilisé pour traiter l'infection VIH) ;
- Clopidogrel (utilisé pour prévenir les caillots de sang (thrombus)).
- Produit contenant du fer ;
- Méthotrexate
- Antibiotique contenant de l'ampicilline
- Clarithromycine

Il est important que vous informiez votre médecin de tous les autres médicaments que vous prenez.

### **Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement :**

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament. L'oméprazole est excrété dans le lait maternel mais il est peu probable qu'il y ait une influence sur l'enfant lorsqu'il est utilisé à doses thérapeutiques.

Votre médecin vous dira si vous pouvez prendre OZIL PLUS® pendant l'allaitement.

### **Sportifs**

Sans objet.

### **Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines**

Sans objet.

## **3. COMMENT PRENDRE OZIL PLUS®, GÉLULE ?**

### **Posologie, Mode et/ou voie(s) d'administration, Fréquence d'administration et Durée du traitement**

Respectez toujours la posologie indiquée par votre médecin. En cas de doute, consultez votre médecin ou votre pharmacien. Votre médecin vous dira combien de gélules vous devez prendre et pendant combien de temps vous devez les prendre.

REC: 09/2028  
PPV: 95,30 DH

Pa  
Vo  
PL  
gu  
cat  
As  
con  
Si  
Com  
Si  
Si  
pens  
prend  
publi  
Ne pr  
vous  
Si vo  
N'an  
Si vo  
Si vo  
médic  
votre  
Risqu  
Sans

## **4. QUELQUES EFFETS INDÉSIRABLES :**

Comme  
des effets  
systémat

- Une infl  
muqueu

Si vous  
augment  
l'estomac.  
P

d'estomac, d  
poids.

- Déficit en v  
OZIL PLUS®

gastro est  
correctem  
OZIL PLUS®

- Faiblesse tau.

Si vous  
possible que le

De faibles tau  
fatigue, des co

désorientation,  
une accélération

de ces symptô  
médecin. De fi

entraîner une c  
dans le sang.

exams sang  
magnésium.  
Si vous remarq  
contactez Imm

• Convulsions

• Vertiges

• Rythmes car

• Nervosité

• Mouvements

• Faiblesse mus

• Crampes dans



# Profenid® 100mg

Kétoprofène

Comprimé pelliculé

SANOFI

**Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.**

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- 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. Voir rubrique 4.

## 1. QU'EST-CE QUE PROFENID 100 MG, COMPRIME PELLICULE ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : ANTI-INFLAMMATOIRES, ANTIRHUMATISMAUX, NON STÉROÏDIENS. - Code ATC : M01AE03. (M : Muscle et Squelette).

PROFENID 100 mg, comprimé pelliculé contient du kétoprofène. Ce médicament appartient à une famille appelée les anti-inflammatoires non stéroïdiens. Ces médicaments sont utilisés notamment pour diminuer l'inflammation et calmer la douleur.

### Indications thérapeutiques

PROFENID 100 mg, comprimé pelliculé est destiné à l'adulte et l'adolescent à partir de 15 ans.

Ce médicament est utilisé pour soulager les symptômes :

- En traitement long :
  - Dans les rhumatismes inflammatoires chroniques (inflammations des articulations),
  - Dans certaines arthroses douloureuses et invalidantes (usure du cartilage entraînant des douleurs dans les articulations et gênant les mouvements) ;
- En traitement court dans les crises douloureuses qui touchent :
  - Les structures du pourtour des articulations (tendinite, bursite, périarthrites),
  - Les articulations (en cas d'arthrites microcristallines ou d'arthroses),
  - Le bas du dos (lombalgies),
  - En cas d'inflammation d'un nerf (par exemple en cas de sciatique),
  - Dans certains cas, après un traumatisme.

## 2. QUELLES SONT LES II

### PRENDRE PROFENID 10

Si votre médecin vous a

sucres, contactez-le avant

Ne prenez jamais PROFEI

• Si vous êtes allergique au

composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la

rubrique 6,

• A partir du 6ème mois de grossesse.

• Si vous avez déjà eu des bronchospasmes, une crise d'asthme, une

rhinite, de l'urticaire ou d'autres réactions allergiques déclenchées

par la prise de kétoprofène ou par d'autres médicaments de la

même famille que PROFENID 100 mg, comprimé pelliculé

(l'aspirine, les anti-inflammatoires non stéroïdiens).

Des réactions allergiques graves, rarement fatales ont été rapportées

chez des patients ayant de tels antécédents.

• Si vous avez déjà eu des saignements de l'estomac ou de l'intestin,

une ulcération ou une perforation du tube digestif.

• Si vous souffrez d'un ulcère de l'estomac ou de l'intestin ou si vous

en avez déjà eu précédemment.

• Si vous avez des saignements au niveau de l'estomac, de l'intestin,

du cerveau ou d'un autre organe.

• Si vous souffrez d'une maladie grave du foie, des reins ou du cœur.

• Si vous prenez un autre médicament, assurez-vous que l'association

avec ce médicament n'est pas contre-indiquée (voir le paragraphe

« Autres médicaments et PROFENID 100 mg, comprimé pelliculé »).

### Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre

PROFENID 100 mg, comprimé pelliculé si vous êtes dans l'une des

situations suivantes :

• Vous avez déjà eu de l'asthme associé à des polypes dans le nez ou

à une inflammation au niveau du nez ou des sinus (rhinite ou

sinusite chronique). La prise de ce médicament peut entraîner une

gêne respiratoire ou une crise d'asthme, notamment chez les

personnes allergiques à l'aspirine ou à un anti-inflammatoire non

stéroïdien (voir rubrique « Ne prenez jamais PROFENID 100 mg,

comprimé pelliculé »).

• Vous souffrez d'une maladie du cœur (hypertension et/ou

insuffisance cardiaque), du foie ou du rein, ou de rétention d'eau.

• Vous souffrez de troubles de la coagulation.

• Vous souffrez d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin

(telle que maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique).

• Vous avez déjà eu des problèmes digestifs (comme un ulcère de

l'estomac ou du duodénum ancien).

• Vous suivez déjà un traitement avec un médicament qui

augmente le risque d'ulcère gastroduodénal ou d'hémorragie (voir

rubrique « Autres médicaments et PROFENID 100 mg, comprimé

pelliculé »).

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain seba Casablanca  
Profenid 100mg, cp b 30  
P.P.V : 66,30 DH  
6 1118000 060802  
ins

enculé :



# VITANEVRIL FORT 100 mg.

## 1. DENOMINATION DU MEDICAMENT

VITANEVRIL FORT 100 mg. Comprimé pelliculé, boîte de 30.

(DCL) Benfotiamine

Utilisez les attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre

ce médicament.

Car, malheureusement, vous pourriez avoir besoin de la vitamine B12.

Si vous avez toute autre question, 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 des symptômes identiques.

celui pourrait lui 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.

## 2. COMPOSITION DU MEDICAMENT

Composition qualitative et quantitative en substance (s) active (s)

par unité de prise

Benfotiamine

100 mg

Excipients :

Excipients : Amidon de riz ; Lactose monohydrate ; Stéarate de

magnésium ; Saccharose ; Talc ; Hypromellose ; Dioxyde de titane ;

Macrogol 400 ; l'eau purifiée

Excipient à effet notoire : Saccharose ; Lactose monohydrate.

3. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITE

Antisthénique (A) : appareil digestif et métabolisme.

## 4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

11. traitement du diabète

12. traitement des états de carence vitaminique dus à une diminution des

apports alimentaires (par exemple : malabsorption, régimes restrictifs

riches en protéines non supplémentés, nutrition parentérale), en

association avec les autres vitamines du groupe B.

proposé chez l'alcoolique, notamment en cas de polyneuropathie.

utilisée, à forte dose, dans certains syndromes douloureux.

## 5. POSOLOGIE

Mode et voies d'administration :

Voie orale

Butée du traitement :

se conformer à l'ordonnance de votre médecin.

- Fréquence d'administration :

DANS TOUTES LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A

L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN

6. CONTRE-INDICATIONS

DANS QUELQUES CAS

## EDICAMENT

ans les cas suivants :

1. ne

DE DEMANDER L'AVIS

CIEN

LOT

PPV

RE MEDECIN OU DE

FET NON SOUHAITE

## 8. MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

En raison de la présence du saccharose et

syndrome de malabsorption du glucose et du

médicament est contre indiqué en cas d

sucrose-isomaltase

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A

VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Saccharose et Lactose monohydrate

Parlons-en à votre médecin, si vous avez une intolérance au fructose.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE

VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

9. INTERACTIONS

- Interactions avec d'autres médicaments :

- Interactions avec les aliments et les boissons :

- Interactions avec les produits de phytothérapie ou thérapie

alternatives.

10. UTILISATIONS EN CAS DE GROSSESSE ET D'ALLAITEMENT

Par mesure de précaution, il est préférable de ne pas utiliser ce

médicament pendant la grossesse.

D'une façon générale, il convient de toujours demander

L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT

D'UTILISER UN MEDICAMENT.

11. LES EFFETS POSSIBLES DU TRAITEMENT SUR LA CAPACITE

A CONDUIRE UN VEHICULE OU A UTILISER CERTAINES

MACHINES

12. SYMPTOMES ET CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURDOSAGE

13. CONDUITE A TENIR EN CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURS

DOSES

14. MENTION, SI NECESSAIRE, D'UN RISQUE DE SYNDROME DE

SEVRAGE

- Conditions de prescription et de délivrance

- Précautions particulières de conservation

- Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur la boîte

- Nom et adresse du fabricant quant celui-ci n'est pas le titulaire de

'AMM au Maroc

Sans objet

- Nom et adresse de l'AMI Titulaire de l'AMM au Maroc

SYNTHEMEDIC

20-22, Rue Zoubir Ibnou Al Aouam

Roche Noires

20300 Casablanca

Maroc

- la dernière date à laquelle cette notice a été approuvée est le : 03/2015

352125-06





وصفة  
ORDONNANCE



le 18/04/24  
Mr Archo Almas

hémiparésie gauche chez  
un hypertendu  
IRM cérébrale



POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef  
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux  
20100 CASABLANCA  
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020  
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 1470883	N° SEJOUR : 240038844	<b>FACTURE N° 2403014722</b>		DATE D'ENTREE : 18/04/2024		DATE DE SORTIE : 18/04/2024					
ASSURE :				DESTINATAIRE : <b>AHMAD,Aicha</b>							
MALADE : AHMAD,Aicha		UF: 5003 RADIOLOGIE									
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :									
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :									
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE IRM(Y COMPRIS LES PRODUITS DE CONTRASTE)		IRM	1.00	2200.00	2200.00					0.00	2200.00

Intervenant : 18102013 DR BENBRAHIM ABDELILAH (RADIOLOGUE)	TOTAUX :	2200.00						2200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX MILLE DEUX CENTS DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
	RESTE DU:	2200.00						
DATE FACTURE : 18/04/2024	EDITEE LE : 18/04/2024	PAR: KARIM	ACCIDENT DE TRAVAIL					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef			
			BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
			N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31			



POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef  
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux  
20100 CASABLANCA  
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020  
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 1470883	N° SEJOUR : 240038845	<b>FACTURE N° 2405011111</b>		DATE D'ENTREE : 18/04/2024		DATE DE SORTIE : 18/04/2024				
ASSURE :		UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : <b>AHMAD,Aicha</b>						
MALADE : AHMAD,Aicha										
NOM JEUNE FILLE :										
TIERS PAYANT 1 : TIERS PAYANT 2 : REF. PC 1 : REF. PC 2 :										
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN. VISITE GENERALISTE (JOURS FERIES,NUITS,A	V	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00

Intervenant : 261207 DR KAAB ABDELHADI (GENERALISTE)	TOTAUX :	120.00						120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT DHS		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
		RESTE DU :	120.00					
DATE FACTURE : 18/04/2024	EDITEE LE : 18/04/2024	PAR: KARIM	ACCIDENT DE TRAVAIL					
VISA			N° DE POLICE :	DATE AT :				
		Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef				
		BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
		N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210.00 60 028 31				





INPE 090001512  
ICE 001757364000080

Polyclinique  
Derb-Ghalef

☐ I.R.M  
( 1.5 Tesla )

☐ Scanner  
(Corps Entier)

☐ Radiologie  
Numérique

☐ Echo-Doppler  
(Couleur)

مصلحة الفحص بالأشعة

## SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le 18/04/2024

Patiente (e) : AHMAD AICHA

EXAMEN: IRM cérébrale.

TECHNIQUE : Séquence sagittale T<sub>1</sub> + 3 D ToF

Séquence axiales T<sub>2</sub>, flair, Diffusion. T2\*,

### RESULTAT

Absence d'anomalies du signal parenchymateux

Système ventriculaire de dimension normale.

Structures médianes en place.

Absence d'anomalie au niveau de l'angle ponto cérébelleux.

Absence d'anomalies de la fosse cérébrale postérieure.

Absence de collection sous durale décelable.

Absence d'anomalie de polygone de WILLIS

### CONCLUSION

➤ IRM cérébrale sans particularité

Dr A. BENBRAHIM

Dr. ABDELILAH BENBRAHIM  
Médecin Radiologue  
polyclinique CNSS DERB GHALEF  
INPE 210767208