

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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-475886

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12168 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Quouniniet Selim
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél : Total des frais engagés : 14100 MAD Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : ELFAHLE HANAA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Complémentaire
 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 : 18 / 10 / 19

Signature de l'adhérent(e) :

VOILET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-475886

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e)

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

NEXtCARE MAROC

NEXtCARE MOROCCO

209, Boulevard d'Anfa, 5eme etage, N 15, Maarif

Casablanca

24 Heure Centre d'Appels

Tél: 212-52-2950433 Fax: 0522 36 06 11

Email:

**Détails du Décompte de Remboursement*****T45D2ID8292350***

Payeur:	Allianz Maroc	Date:	10/3/2019
Police:	I.M.M. S.A.	Police #:	1400418
Sous Contrat:	I.M.M. S.A.	Matricule	1039
Adhérent:	HAN A EL FAHLI	Carte #:	B93C-37B3-5CC0-E344
Transaction #:	9542394	OP #:	8292350

Bordereau#: 6918177

Date Réception: 10/2/2019

Libellé: 1400418

Cher(HAN A EL FAHLI
e)

Merci de nous avoir envoyé votre demande de remboursement. Veuillez trouver ci-dessous le détail des paiements selon les conditions et les termes de votre contrat.

Bénéficiaire: HAN A EL FAHLI

Carte #: B93C-37B3-5CC0-E344

Produit: I.M.M. S.A.

Référence #	Date	Fournisseur	Réclamé	Approuvé	Franchise	Co-part	PP Share	Remboursés	Dev
NCRM0079488/	12/09/19	Prestataire non	14,100.40	13,223.29	0.00	1,983.49	0.00	11,239.80	MAD
Consultations-CONSULTATION SPECIALISTE(1)			600.00	600.00	0.00	90.00	0.00	510.00	
Surgery-FRAIS CHIRURGICAUX (KC)(1)			12,000.00	11,197.79	0.00	1,679.67	0.00	9,518.12	
Radiologie-RADIO STANDARD (Z)(1)			500.00	500.00	0.00	75.00	0.00	425.00	
Analyses Biologiques-Analyse ordinaire (B)(1)			387.50	387.50	0.00	58.12	0.00	329.38	
Pharmacie et Vaccinations-PHARMACIE ORDINAIRE(1)			612.90	538.00	0.00	80.70	0.00	457.30	
NR PHYLARM + CONSOMABLE MEDICALE									
SUB-TOTALS			14,100.40	13,223.29	0.00	1,983.49	0.00	11,239.80	MAD

Sous-Total	11,239.80 MAD	Equivalent de	11,239.80 MAD
------------	---------------	---------------	---------------

RÉGIME COLLECTIF DE PRÉVOYANCE
Assurance Maladie - Maternité



À remplir par la contractante

Cachet de la contractante

Numéro de police

Numéro d'affiliation de l'assuré

1039

À remplir par l'assuré(e)

Nom et Prénom de l'assuré

EL FAHLI HANAA

Date des soins

Montant des frais exposés (DH)

14 100,40 DHS

Signature de l'assuré(e)

À remplir par le médecin traitant

Nom et Prénom de la personne traitée

EL FAHLI HANAA

Age

Lien de parenté avec l'assuré

Date de la première visite du médecin

Nature de la maladie ou de l'accident

Colic-opératoire

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

Durée approximative de l'incapacité et des soins

Signature et cachet du médecin

A

Le

Réservé à l'assureur

Code gestionnaire

Montant remboursé (DH)

N° d'enregistrement

Relevé de frais d'honoraires

Date des actes	Nature des actes	Nombre et coefficient	Montant détaillé des honoraires (DH)	Cachet et signature du médecin attestant le paiement des actes
12/09/2019		2	600,00	
18/09/2019	Vou fondue		1200,00	
19/09/2019	C			

Exécution des ordonnances

Cachet du pharmacien ou du fournisseur

Montant de la facture (DH)

STEFANO
Centre commercial
RDC 10 - Avenue de la Liberté
Tél: 05 22 59 37 09

STEFANO
Centre commercial
RDC 10 - Avenue de la Liberté
Tél: 05 22 59 37 09

522,10
90,80

Analyses - Radiographies

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires (DH)	Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue
21/9/2019	Histo	500,00 DH	
17/9/2019	6 950	387,50	



Actes Médicaux ou Para Médicaux - Auxiliaires Médicaux

Date des soins	Coefficients	AM	Nombre PC	IM	IV	Montant détaillé des honoraires (DH)	Cachet et signature du praticien



Clinique
les papillons

مصلحة الغراشات

Casablanca le

19/03/19

الدار البيضاء في

EL FAHLI HANAA

891,00 2/ Vibra 200 (S.V.)
1 ph 18;

98,80 2/ Nespol 160 (S.V.)
1 - 2 x 2 / 8 2

HARMACIE GOLF CITY
commer
19 Bd
Casablanca
59 07 09

91,00 3/ Eucubans (S.V.)
4/ Daptac 134 (S.V.)
134

à suivre

Casablanca le 12/09/2019 الدار البيضاء في

Mme EL FAHLI HANAA

• BHCG Quantitative



Dr. Habbaj
Docteur Mostafa OUALID
Gynécologie - Obstétrique
Rue Moussadek - 3ème Etage (en face clinique Bad)
Tél : 05 22 20 93 23
Fax : 05 22 20 93 23
05 22 20 93 23

Casablanca le

18/09/19

الدار البيضاء في

7^{me}

Dr FAHLE Hamed

90,86

1-1 - Duphastop cp (n°1)

2cp/j de I₁₀ au J₈₅

x 3 cycles

STEPHARMACIE FOLE CITY
Centre de soins psychiatriques Gât ch
Rue de la - Doukhara - Casablanca
Tél: 05 22 39 07 09

Dr Mostafa OUAH
Généraliste - Ousétanie
Rue de la - Doukhara - Casablanca
Tél: 05 22 39 07 09



Clinique
les papillons

مصلحة الخراجات

Casablanca le 12/09/19 الدار البيضاء في

Mr
el BAHU Hamed

Echographie abdominale

- Utérus de taille et 2 embryons
fœtaux, contours réguliers, LU plein
vase. Embryons = RT, ovaires
- 2 follicules ovariens
gauche, ovaires = RT
- Ovary libre

Dr. Amal BENKIRANE
Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté
de Médecine de Casablanca



Dr. Lamia JABRI
Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr :

Nom et prénom du patient :

Age :

Sexe :

Date de prélèvement :

Renseignements cliniques et paracliniques :

Organe prélevé :

Nature de l'acte réalisé :

Biopsie antérieure :

☐ Oui

☐ Non

Réf :

FCV :

☐ Vagin

☐ Exocol :

☐ Endocol :

Date des dernières règles :

Parité :

Thérapeutique antérieure ou en cours :

Signature & Cachet



Donc EL FAULT MARINA
sous AG, les poteaux et Installés
en forme symétrique sur la et contre
après installation de l'opérateur on met
en fonction le GCU de mon
compresseur à 2 amers
fort Gmmt.

- Joseph's list of 12 indicators are

On re-cha une Solpugésomie avec
aspersion. Je crête al

hematose a b duplex

CL

HH Cuzwcten J q Gwa 

1. Docteur Jost
 Gynécologue
 24, rue de la République
 Tél. 05
 ICE: 001
 INP

FACTURE N° 1909123188
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 12/09/2019

INPE : 093002574

Mme Hanaa EL FAHLI

Demande N° 1909123188

Date de l'examen : 12/09/2019

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PSA-A	Prise de sang Adulte	E25	E
0150	B H CG quantitatif	B250	B

Total des B : 250

Arrêtée la présente facture à la somme de : * **387.50 DH** *
trois cent quatre-vingt-sept dirhams cinquante centimes



C



مصلحة الفحاشات

Reçu de Caisse

N° 029008

Nom : EL FAHLI

Prénom : HANAA

Montant : 6 00 DH consultation

Date de sortie : 12 09 19 Chambre :

Réglé par M.

Signature

Dr KABLY

Signature du Caissier :

CLINIQUE LES PAPILLONS

CHASSE / CLINIQUE / CHASSE / CHASSE
Téléphone 05 22 98 80 35
Fax 05 22 98 11 12

FACTURE

N° 2520 / 2019 du 19/09/2019

Nom patient EL FAHLI HANAA

Entrée 18/09/2019

PAYANTS

Sortie 19/09/2019

CASAPATH

Designation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CHAMBRE	1,00		400,00	400,00
SALLE OPERATION	100,00		25,00	2 500,00
			<i>Sous Total</i>	2 900,00
PHARMACIE	1,00 PH		1 526,00	1 526,00
			<i>Sous Total</i>	1 526,00
Total Clinique				4 426,00

DR. ANESTHESISTES REA (anesthésie)	50,00 Kc		30,00	1 500,00
DR. OUAID MOSTAFA (gyneco)	1,00 k		6 074,00	6 074,00
			<i>Sous Total</i>	7 574,00
Total Autres prestations				7 574,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DOUZE MILLE DIRHAMS

Total

12 000,00

Payé par chèque BHCI N° 7868663



CLINIQUE LES PAPILLONS

NOTE D'HONORAIRES

Le : 18/09/2019

Références 2 520 / 190919120730634008
PAYANT

Entrée / Sortie : 18/09/2019 - 19/09/2019

Le Dr. ANESTHESISTES REANIMATEURS

présente à Mme EL FAHLI HANAA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
1 500,00 Dhs

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Cachet et signature

CLINIQUE LES PAPILLONS

NOTE D'HONORAIRES

Le : 18/09/2019

Références 2 520 / 190919120758024010
PAYANT

Entrée / Sortie : 18/09/2019 - 19/09/2019

Le Dr. OUAID MOSTAFA

présente à Mme EL FAHLI HANAA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
6 074,00 Dhs

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Cachet et signature

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : EL FAHLI HANAA

N° Facture

0

191180840

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
AMOXI AC CLAV 1G 200 INJECTA (10)	2	32,68	65,36
ATROPINE 1 mg INJE H (100) *	1	1,72	1,72
ISMERON 50MG BT 1 INJANT (10)	1	49,14	49,14
KCL 10 ml amp. in (100)	2	2,19	4,38
MIDAZOLAM 5MG INJECTA (10)	1	8,70	8,70
NACL 10 ml amp. in (100)	4	2,19	8,76
NEFOPAM 20 mg INJECTA (10)	4	4,50	18,00
NOVEX 4000 UI INJECTA (06)	1	42,17	42,17
PARACETAMOL INJ INJECTA (01)	4	24,10	96,40
PROFENID IV 100 MG INJECTA (50)	3	6,80	20,40
PROFENID SUPPO SUPPO (10)	4	4,17	16,68
PROPOFOL 20 ml INJECTA (05)	1	48,00	48,00
PROSTIGMINE 0.5 mg INJ N.A B/6 *	1	38,00	38,00
SERUM GLUCOSE 5% 500 ml Solutio (01)	4	23,50	94,00
SERUM SALE 1LITR Solutio (01)	3	26,78	80,34
SERUM SALE 9% 500 ml Solutio (01)	4	20,67	82,68
SUFENTA 50µG 10M boîte de INJECTA (20)	1	19,20	19,20
ZETALAX LAV/6 DIVERS (06)	2	14,58	29,16
Sous-Total médicaments			723,09
CACHE CAMERA/HOUSSE (001)	1	80,00	80,00
DACLON NYLON 3/0 CT 24 mm (001)	1	50,40	50,40
ELECTRODES (001)	3	4,00	12,00
GANT GAMMEX PF 7 (001)	1	14,50	14,50
GANT JETABLES (100)	50	1,00	50,00
GANT STERIL GAMMEX 8 (001)	1	10,00	10,00
GAZ 10*10 P10 (049)	2	13,92	27,84
GAZ 7.5*7.5 P10 (087)	2	7,61	15,22
INTRANUL 20 G ROSE (001)	1	10,00	10,00
LAME DE BISTOURI N 11 (100)	1	4,25	4,25
LAME RASOIR (001)	1	6,00	6,00
OXYGENE BLOC PAR MN (001)	45	5,00	225,00
PERFUSEUR A ROBINET (001)	1	13,00	13,00
PLAQUE DE MASSE (001)	1	30,00	30,00
POCHETTE A URINE ADULT (001)	1	12,00	12,00
PROLONGATEUR (001)	1	12,00	12,00
SERINGUE 05 CC (001)	2	4,00	8,00
SERINGUE 10 CC (001)	5	5,00	25,00
SERINGUE 20 CC (001)	2	3,00	6,00
SONDE D ASPIRATION/14 (001)	1	10,00	10,00
SONDE D INTUBATION 7 (001)	1	20,00	20,00
SONDE DE FOLLEY CH14 (001)	1	20,00	20,00
SPARADRA10/10 HYPO (001)	1	70,00	70,00
TEGADERME 6/7 BT 100 (100)	1	6,00	6,00
UTILISATION DE SERVICE (001)	1	65,00	65,00
Sous-Total consommable médical			802,21
Total pharmacie			1 525,30



CENTRE DE PATHOLOGIE SPÉCIALISÉE CASABLANCA
6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1er étage 20360 - Casablanca
Tel 0522 22 13 46/66 - Fax 0522 22 14 24 - Email labocasapath@gmail.com
Patente 36333531 ICE 001624540000044

FACTURE N° 19/6244

Casablanca, le : 26/09/2019
Analyses effectuées le : 21/09/2019
Pour : EL FAHLI HANAA
Sur prescription du : DR OUAID
Référence : 90921570

Analyse effectuée

Histologie

GEU

Cotation :

Montant Net : 500,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de
Cinq cents Dirhams

Signé :

Dr. Amal BENKIRANE

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex-Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca



**CENTRE DE
PATHOLOGIE
SPÉCIALISÉE
CASABLANCA**

CASAPATH

Dr. Lamia JABRI

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex-Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca

RECU LE : 21/09/2019

EDITE LE : 25/09/2019

NOM & PRENOM : EL FAHLI HANAA

PRESCRIPTEUR : DR OUAID

AGE : 35 ans

Code Patient : 051117

N/REF : 90921570

ORGANE : GEU

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

GEU droite - Traitement conservateur.

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Un matériel pesant 5 grammes, inclus en totalité.

L'examen histologique montre des frange rares à revêtement souvent dystrophique et à axe inflammatoire riche en polynucléaires neutrophiles. Ailleurs, on retrouve un matériel fibrino-hémorragique et quelques villosités de taille variée. Ces jeunes villosités présentent un axe oedémateux et bien vascularisé et un revêtement trophoblastique hyperplasique.

CONCLUSION :

Aspect morphologique d'un caillot gravidique avec villosités jeunes entrant dans le cadre de la GEU.

Signé : Dr. Amal BENKIRANE



Dossier N° **1909123188** Patient N° **1909123188**
Résultats de **Mme Hanaa EL FAHLI**
Née le **25/08/1984** - 35 ans
N° CIN
GOLF CITY APP 02 IMM 10 VILLE VERTE
20000 CASABLANCA

DOSSIER SANS ORDONNANCE
(A usage privé uniquement)

Edition du : 12-09-2019 à 22:42
Dossier enregistré le 12-09-2019 21:29 par MA

Prélèvement du 12/09/2019 à (heure non communiquée) par FIC

< Compte-rendu complet validé techniquement par : AIT >

Cher confrère, nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

BILAN ENDOCRINIEN

N° Carte d'Identité Nationale (CIN): EE141835

Retard des règles: 0 Jours

Béta-HCG Quantitatif (test de grossesse) 867,80 mUI/ml

(Electrochimiluminescence ECLIA sur COBAS 6000)

Valeurs de référence:

<5 mUI/mL : NEGATIF

5.8 à 71.2 = 3 semaines	9.5 à 750 = 4 semaines	217 à 7138 = 5 semaines	158 à 31795 = 6 semaines	3697 à 163563 = 7 semaines	32065 à 149571 = 8 semaines	63803 à 151410 = 9 semaines
46509 à 186977 = 10 semaines	27832 à 210612 = 12 semaines	13950 à 62530 = 14 semaines	12039 à 70971 = 15 semaines	9040 à 56451 = 16 semaines	81175 à 55868 = 17 semaines	8099 à 58176 = 18 semaines

Validation biologique par : Le Dr M. JENANE

Le Dr M. BEZZARI



Dossier n° 1909123188 - Mme Hanaa EL FAHLI

1/1



L'étal
perso

Société Anonyme au c
R.C. Casablanca
Téléphone : +212 (0) 5

تجنب التعاطلات المحتملة بين عدة أدوية، يجب إخبار الطبيب أو الصيدلي

حمل والرضاعة

حمل والرضاعة وذلك تحت وصفة الطبيب

الصيدلي قبل أخذ أي دواء

على القدرة على القيادة أو استعمال بعض

الإبرة في حال الجرعة الزائدة

é forfaitaire couvrant les
posse et de maternité
sur présentation d'un
te de naissance.

claration de sinistre s'impose par
vénement (Maladie ou Accident).

Mohamed Zerkouni 20060, Casablanca - Maroc
ent versés - Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances
- TP N° 37 992 960 - C.N.S.S.N° 1160952 - ICE N° 001536538000083
35 21 - Site web : www.allianz.ma - Centre Relation Client : 0801 00 18 18

FORME ET PRESENTATION
Comprimé sécable, boîte de 8 comprimés
CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE (TYPE D'ACTIVITE)
Antibiotiques de la famille des tétracyclines.
(J : anti-infectieux)
DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT (INDICATIONS THERAPEUTIQUES)
Infections à germes sensibles aux tétracyclines, dans leur
naïres, oculaires ou générales.
ATTENTION !
DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER
Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE
- allergie au tétracycline ;
- l'emploi de ce médicament ;
- l'association avec les rétinoïdes administrés
maladies de la peau).

0936605014

LOT N°
UTAV

PRV

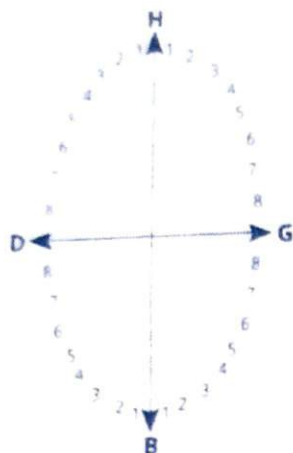
es pièces justificatives

ne plus tard à la fin de chaque mois
vent suivant chaque période de
is 3 mois
ate
Les pièces comportant des
indications confidentielles sur les
maladies sont transmises sous pli
cacheté à l'intention du Médecin
Conseil

- de Vente
tre jointes
6
Toutes pièces justificatives remises
à l'occasion d'un sinistre sont
conservées par l'Assureur.
7
En cas d'intervention chirurgicale,
faire indiquer sur la note de la
clinique :
* les honoraires du chirurgien
ainsi que le coefficient K
correspondant à l'intervention,
* la ventilation des frais annexes,
aides, anesthésie, etc.,
* le nombre de jours
d'hospitalisation,
* le détail des fournitures
pharmaceutiques.

MOD 109 / version 11-2016 / DLT / 100 000 / 18.10.2017

Interventions

[illegible]

004006 7004-100
 110276
 004006 7004-100
 110276

magasin 1148000 0105171
Km 10, route d'Arce 11 - Quartier industriel
D'Arce, St-Sauveur, Québec, Canada, Maric
Région Laval, 10465 CP 22, B20 2P4, 900-860-
1102764

لا ينصح بالازدواج أثناء العلاج بهذا الد
معلومات هامة تتعلق ببعض مكونات دو
10 ملغ، قرص مغلف.
قائمة سواغات لها تأثير بارز : لاكتوز ،
10 ملغ ،

3. كيف يتم تناول دوفاستون 10 ملغ ،

3. كيف يتم تناول المقادير
بصفة عامة، من أجل علاج القصور
الأصفر في المبيض، يوصف مقدار
اعتباراً من اليوم 16 وحتى اليوم 5
عبر جرعتين متباعدتين.
انقطاع الطمث : النورة الاصطناعية
الاستروجين : بصفة عامة، يكون ال
إلى قرصين يومياً خلال لـ 12 إلى
من الفترة الاستروجينية، كل شهر.
تستوجب بعض الوصفات طريقة استعما
في مطلق الأحوال، يجب الالتزام بدقة بو
طريقة وأسلوب تناول
طريق الفم .

يجب أن تستشير فوراً الطبيب أو الصيدلي إذا تناولتي كمية من دوفاستون 10ملغ

4. ما هي الأعراض الغير مرغوب فيها مثل جميع الأدوية، يمكن أن ينتج عن دو قرص مغلف، لدى بعض الأشخاص تأنيب مزعجة، حتى لو لم يكن الجميع عرضة يمكن أن يظهر نزف بين الدورات الشهر تناول الدواء بشكل مسبق خلال الدورة (اليوم 25).

القالية : ravaux

soins (DH)

proposition

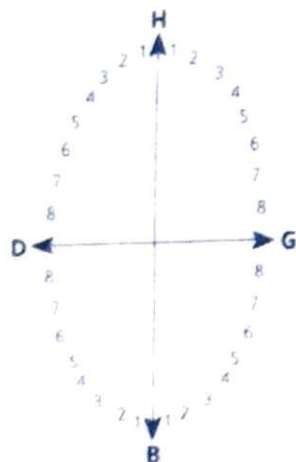
l'exécution

O.D.F. et Prothèses Dentaires

Détermination du coefficient mastica'

	H															
	2	5	5	3	3	4	1	2	2	1	4	3	3	5	5	
D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3	5	5	3	3	4	1	1	1	1	4	3	3	5	5	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel Thérapeutique, née
la profession



5. كيف تتم المحافظة على دوفاستون ؟

كيف تتم المحادثة؟
مكلف؟
يجب إبقاء اللواء بعيداً عن متناول أيدي
لا يجوز استعمال دوفاستون 10 ملغ، قرراً

Visa et cachet du praticien attestant la proposition

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution

CLINIQUE LES PAPILLONS

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

Téléphone 05 22 98 30 35

Fax 05 22 98 31 32

Casablanca

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 18/09/2019 Heure (9h-40)

Nom et Prénom du patient Mme EL FAHIL HANAA

Age ou Date Naissance 36 - 25/08/1984

N° Cin du patient ou du tuteur EE141835

Adresse GOLF CITY IMM 10 A APT 2 VILLE VERTE BOUSKOURA

Téléphone 0662767371

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant OUAID MOSTAFA

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 1

Motif d'hospitalisation COELIO OPERATOIRE

Affiliation à une couverture maladie NON

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 19/09/2019

Heure 10:04

Durée d'hospitalisation (jours) 1

Nom et prénom du signataire

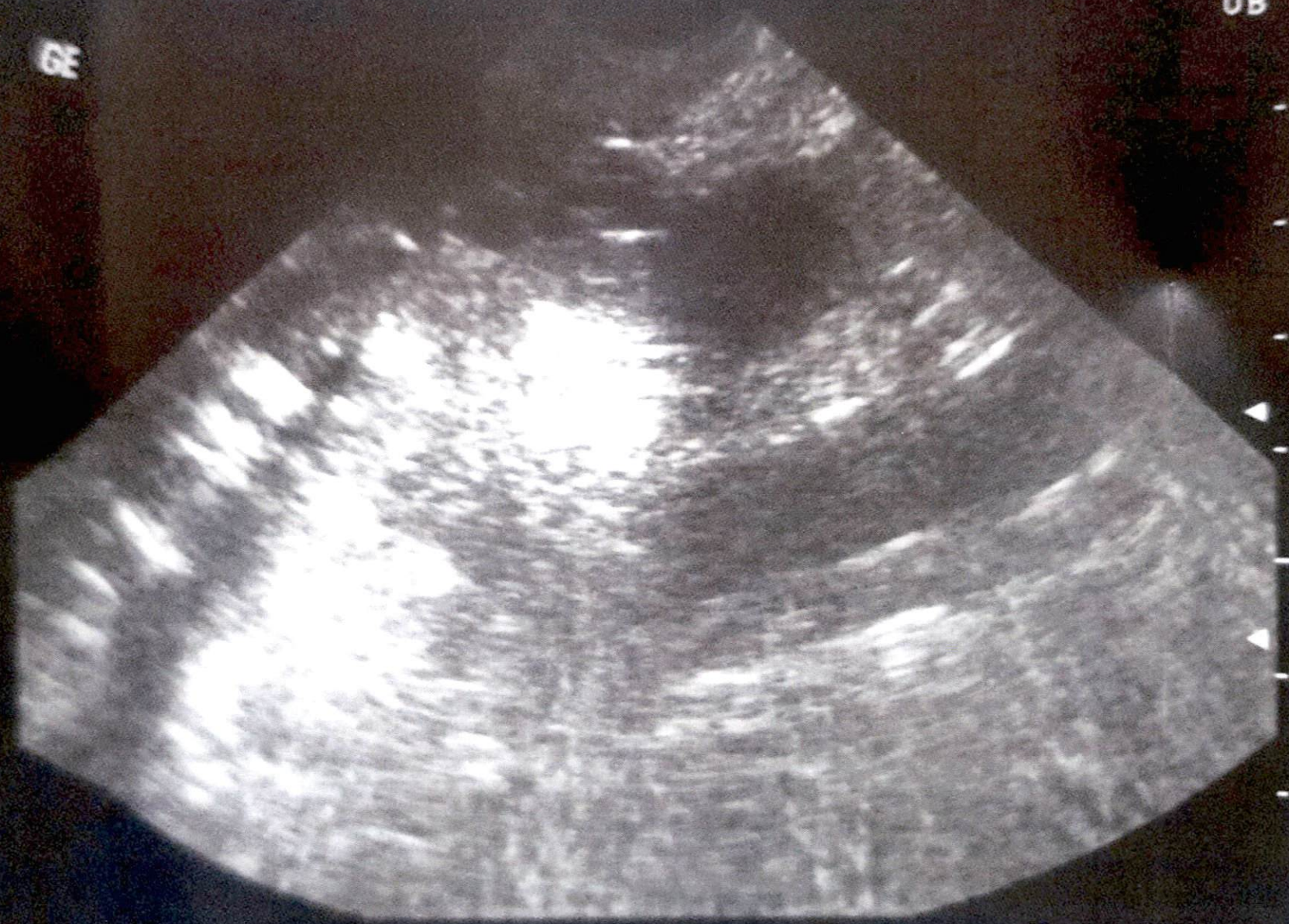
Signature

Dr
Niv?

12/09/19 18:46:28
3C MTZ
OB

GE

6.5MHz
MI:M
RC:B
CN64
8cm
DY66
G48



12/09/19 18:44:27

3C

MTZ
08

Dr
Niv7

GE

6.5MHz
MI:M
RC:B
CN64
8cm
DY66
G48

