

## 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-490439

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 05/03/2020

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 20/01/2020      | cs + Echo         | 1                     | 400,00                          | INP : 111052403                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|----------------------------------------|------------|-----------------------|
|                                        | 20/01/2020 | 63,90                 |
|                                        |            |                       |
|                                        |            |                       |
|                                        |            |                       |
|                                        |            |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laborantin et du Radiologue | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|----------------------------------------------------|------------|------------------------------|------------------------|
|                                                    | 20/01/2020 | KE30<br>71220                | 900,00 dh              |
|                                                    |            |                              |                        |
|                                                    |            |                              |                        |
|                                                    |            |                              |                        |
|                                                    |            |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | 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                              | INP : <input type="text"/>                   |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|--|--|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|--|----------------------------------------------|
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                          | 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>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></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)<br>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |                                          | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                          | 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



**Docteur Zhor HAMDANI**

**Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique**

Suivi de grossesse - Accouchements - Echographie

Stérilité du couple - Maladies des seins

Chirurgie Gynécologique - Coelioscopie

Colposcopie - Hystéroscopie



**الدكتورة ازهور حمداني**  
**أخصائية في أمراض النساء و التوليد**

تتبع الحمل - الولادة - إيكوغرافيا

علاج العقم - أمراض الثدي

جراحة النساء - الجراحة بالمنظار

التنظير الباطني لعنق و جوف الرحم

le 20/01/2020

(R HARTZ RAZAN)

63,90 14 Bipufenid cp

1cpt x 21; apr  
Après



63,90

**Docteur Zhor HAMDANI**  
Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique  
Expert Assermenté des Tribunaux  
Av. Mohammed V, Imm. 6 Appt 1, Lot.  
Assia - Hay Karima - Salé  
Tél: 05 37 86 42 40

Av. Mohammed V, Imm. 6, Appt 1, Lotissement Assia (à côté terminus Tramway - au dessus de Attijariwafa Bank)

Hay Karima - Salé - Tél. : 05 37 86 42 40 - E-mail : hamdanizhor@gmail.com

شارع محمد الخامس عمارة 6، شقة 1، تجزئة أسية (قرب محطة الطرامواي - فوق التجاري وفا بنك)، حي كريمية - سلا

الهاتف : 05 37 86 42 40 - البريد الإلكتروني : hamdanizhor@gmail.com

**Docteur Zhor HAMDANI**

**Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique**

Suivi de grossesse - Accouchements - Echographie

Stérilité du couple - Maladies des seins

Chirurgie Gynécologique - Coelioscopie

Colposcopie - Hystérocopie



**الدكتورة ازهور حمداني**  
**أخصائية في أمراض النساء و التوليد**

تتبع الحمل - الولادة - إيكوغرافيا

علاج العقم - أمراض الثدي

جراحة النساء - الجراحة بالمنظار

التنظير الباطني لعنق و جوف الرحم

le 20/01/2020

ELHARTI KAZANE

41 ans

Nas bodynie, gauche  
+ lunge + gumpf

Famie sup

Amnographie

Echographie

**Docteur Zhor HAMDANI**  
Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique  
Expert Assemblée Prés des Tribunaux  
Av. Mohammed V, Imm. 6 Appt. 1, Lot.  
Assia - Hay Karima - Salé  
Tél.: 05 37 86 42 40

UNITE RADIOLOGIQUE DE SALÉ  
Dr. L. BENCHEKROUN (M)  
12, Rue khlafar' Mel Salé  
Tél: 05.37.88.26.30 / 05.37.88.67.77  
Fax: 05.37.88.07.83

Av. Mohammed V. Imm. 6. Appt 1. Lotissement Assia (à côté terminus Tramway - au dessus de Attijariwafa Bank)

Hay Karima - Salé - Tél. : 05 37 86 42 40 - E-mail : hamdanizhor@gmail.com

شارع محمد الخامس عمارة 6. شقة 1. تجزئة أسية (قرب محطة الطرامواي - فوق التجاري وفا بنك). حي كريمة - سلا  
hamdanizhor@gmail.com : البريد الإلكتروني : 05 37 86 42 40 - الهاتف

Docteur Zhor HAMDANI

Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique

Suivi de grossesse - Accouchements - Echographie

Stérilité du couple - Maladies des seins

Chirurgie Gynécologique - Coelioscopie

Colposcopie - Hystéroscopie



الدكتورة ازهور حمداني  
أخصائية في أمراض النساء و التوليد

تتبع الحمل - الولادة - إيكوغرافيا

علاج العقم - أمراض الثدي

جراحة النساء - الجراحة بالمنظار

التنظير الباطني لعنق و جوف الرحم

## ECHOGRAPHIE GYNECOLOGIQUE

Date : 20/01/2020

NOM/PRENOM : EL HARTI RAZANE

AGE : 41 ans

INDICATION : Douleur pelvienne

VOIE D'EXAMEN : ☐ Transabdominale

☒ Endovaginale

RESULTAT :

### \* Utérus :

- Diamètres : 58 x 49 mm.
- Echostructure : Homogène
- Contours : Réguliers
- Ligne cavitaire : fine

### \* Annexes :

- Ovaire Droit : 1 RA
- Ovaire Gauche : 1 RA
- CDS de Douglas : libre.

CONCLUSION :

Echographie pelvienne d'aspect  
habituel

Docteur Zhor HAMDANI  
Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique  
Expert Assemblée des Juges du Tribunal  
Av. Mohammed V. - Im. 6. - Appt 1. - Ass. 1. - 05 37 86 42 40

Av. Mohammed V. Imm. 6. Appt 1. Lotissement Assia (à côté terminus Tramway - au dessus de Attijariwafa Bank)

Hay Karima - Salé - Tél. : 05 37 86 42 40 - E-mail : hamdanizhor@gmail.com

شارع محمد الخامس عمارة 6. شقة 1. تجزئة أسية (قرب محطة الطرامواي - فوق التجاري وفا بنك). حي كريمة - سلا

الهاتف : 05 37 86 42 40 - البريد الإلكتروني : hamdanizhor@gmail.com





**IRM 1.5 T - SPECTROSCOPIE - IRM MAMMAIRE**

SCANNER 16 BARETTES - 3D - COLOSCAN - COLOSCOPIE VIRTUELLE - DENTASCAN - RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE - ECHOGRAPHIE - DOPPLER  
RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISEE - MAMMOGRAPHIE NUMERISEE - STEREOTAXIE - RADIOLOGIE DENTAIRE NUMERISEE - OSTEODENSITOMETRIE

Dr. M. BENCHEKROUN. B.

Dr. A. BENCHEKROUN. M.

**FACTURE N° : 775/2020**

| EL HARTI RAZANE                   | Salé, le 20/01/2020 |
|-----------------------------------|---------------------|
| <i>Examen(s) Réalisé(s)</i>       | <i>Montant</i>      |
| Echo Mammaire                     | 300,00              |
| Mammographie bilatérale numérisée | 600,00              |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>900,00</b>       |

**Arrêtée la présente facture à la somme de :**

**NEUF CENTS DIRHAMS**

**REGLEMENT : TPE**

**Identité Bancaire : 022 815 000 065 00 050579 84 63 / SG Salé**

GROUPE RADIOLOGIQUE DE SALÉ  
Dr. A. BENCHEKROUN. M.  
12, Rue khlaifa R'Mel Salé  
Tél: 05.37.88.26.30 / 05.37.88.67.77  
Fax: 05.37.88.07.73

GROUPE RADIOLOGIQUE DE SALÉ  
Dr. A. BENCHEKROUN. M.  
12, Rue khlaifa R'Mel Salé  
Tél: 05.37.88.26.30 / 05.37.88.67.77  
Fax: 05.37.88.07.73

12، زقة خلافة، الرمل - سلا (أمام مارينا - سلا في اتجاه المقام الجميل).

12, Rue khlaifa R'Mel - Salé (En face de la Marina de Salé en direction de Beauséjour)

Patente: 28728529 - I.F: 03365749 - R.C: 4227 - N° CNSS: 6138813 - ICE: 000017043000007

Tél: 05 37 88 26 30 / 05 37 88 67 77 - Fax: 05 37 88 07 73 - E-mail: radiologiesale@yahoo.fr



**IRM 1.5 T - SPECTROSCOPIE - IRM MAMMAIRE**

SCANNER 16 BARETTES - 3D - COLOSCAN - COLOSCOPIE VIRTUELLE - DENTASCAN - RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE - ECHOGRAPHIE - DOPPLER  
RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISEE - MAMMOGRAPHIE NUMERISEE - STEREOTAXIE - RADIOLOGIE DENTAIRE NUMERISEE - OSTEODENSITOMETRIE

**Dr. M. BENCHEKROUN. B.**

**Dr. A. BENCHEKROUN. M.**

Salé le, 20/01/2020

Nom Et Prénom : Mme. EL HARTI RAZANE  
N° Patient / N° Dossier : D 68152 / 111870  
Médecin Traitant : Dr. Z. HAMDANI  
Examen(s) Réalisé(s) : Mammographie + échographie mammaire bilatérales  
Renseignements cliniques : Mastodynie

**Résultat :**

**Mammographie :**

- Deux incidences ont été réalisées par sein.
- Les deux seins sont globalement symétriques et ne présentent pas d'anomalie des enveloppes.
- Répartition harmonieuse des glandes mammaires en projection des différents quadrants des deux seins.
- Présence d'une image nodulaire de contours réguliers en projection du QSEG. Elle ne présente pas de microcalcifications et sa taille est d'à peu près 2.5cm.
- Pas d'autre image similaire évidente visible au sein des surdensités mammaires.
- Absence d'adénopathie axillaire.

**Echographie mammaire :**

- Le balayage échographique met en évidence un fond de dystrophie microkystique avec d'innombrables kystes de plus grande taille notamment au niveau des QS de chaque sein.
- Leur taille varie à gauche entre 5 et 10mm et à droite entre 25 et 4mm.
- Pas de nodule tissulaire notable.
- Absence d'adénopathie axillaire.

**Conclusion :**

- **Dystrophie kystique des deux seins.**
- **Les seins sont classés ACR 2.**
- **Pas de lésion suspecte visible ce jour.**

| Classification des anomalies d'après l'American College et Radiology | Classification ACR de la densité mammaire en Mammographie                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ACR 1 : Mammographie normale.                                        | Type 1 : Seins clairs quasi-totalement graisseux.                                                                                                       |
| ACR 2 : Aspect bénin.                                                | Type 2 : Il persiste quelques reliquats fibro-glandulaires.                                                                                             |
| ACR 3 : Aspect probablement bénin.                                   | Type 3 : Seins denses de répartition hétérogène : il persiste de la graisse, localement le sein est dense.                                              |
| ACR 4 : Suspect                                                      | Type 4 : Seins extrêmement denses de façon homogène, l'analyse mammographique est gênée par la densité (Absence complète de graisse rétro-glandulaire). |
| ACR 5 : Malin                                                        |                                                                                                                                                         |

En vous remerciant de votre confiance

**Dr. M. BENCHEKROUN. B**

12، زنقة خلافة الرمل - سلا (أمام مارينا - سلا في اتجاه المقام الجميل).

12, Rue khlafe R'Mel - Salé (En face de la Marina de Salé en direction de Beauséjour)

Patente: 28728529 - I.F: 03365749 - R.C: 4227 - N° CNSS : 6138813 - ICE : 000017043000007  
Tél: 05 37 88 26 30 / 05 37 88 67 77 - Fax: 05 37 88 07 73 - E-mail : radiologiesale@yahoo.fr



Docteur Zhour HAMDANI

Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique

Expert Assermentée Près de Tribunaux

Suivi de grossesse - Accouchement - Echographie

3D - 4D - Stérilité du couple - Maladies des seins -

Chirurgie Gynécologique - Coloscopie -

Colposcopie - Hystérocopie



الدكتورة إزهور حمداني

أخصائية في أمراض النساء والتوليد

خبيرة قضائية في طب النساء والتوليد مطلقة مقبولة لدى المحاكم

تتبع الحمل - الولادة - إيكوغرافيا 3D-4D - علاج العقم -

أمراض الثدي - جراحة النساء - الجراحة بالمنظار - التطبير

الباطني لعنق وجوف الرحم

Salé, le 20-01-2020

## NOTE D'HONORAIRE

Mme ELHARTI RAZANE

CONSULTATION REGLEE A LA SOMME DE 200,00DH

Deux Cents Dirhams

ECHOGRAPHIE REGLEE A LA SOMME DE 200,00DH

Deux Cents Dirhams

Docteur Zhour HAMDANI  
Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique  
Expert Assermentée Près des Tribunaux  
N° 6 Appr 1, Lot.  
R. Mohammed VI - Salé  
Tél: 05 37 63 42 40

شارع محمد الخامس عمارة 6 شقة 1 تجزئة آسية (قرب محطة الطرامواي - فوق التجاري وفا بنك)

حي كريمة سلا - الهاتف : 05 37 86 42 40

البريد الإلكتروني : hamdanizhor@gmail.com



DR JOHN KANDARI  
TSS 2019

SVT/CLYN-DNY 4 05 120 01  
HAZARD ELIMINATE

90/01/2020 11:44:38



10 58.07 111  
2 5 41.07 112

cutting them

**Quesada et al.**

**Figure 1**

7

20

### Measuring

2000

1.  $\frac{1}{2} \pi$  and  $\frac{3}{2} \pi$

—

**Literature**

Fig. 5

1 172 173