

Pharmacie AFAK - CASABLANCA

Nassim BENLAMLIH
Service Commercial : 0522 62 83 70 / 066
Bloc 22 Rue 6 N° 74 Hay Mohammadi , Casablanca



189423

| | |
|--|----------------------------|
| Devis N° DEV-56 Valable jusqu'au : 04/03/2024 | NASR MOUNA_MUPRAS Maroc |
|--|----------------------------|

| Produit | Qté. | P.U | Total |
|-------------------------------------|------|--------|--------------|
| RISORDAN CO 10MG B60 COMP | 2 | 27,50 | 55,00 |
| VASTAREL LM CO 35MG B60 COMP | 6 | 137,20 | 823,20 |
| LANPROL CO 30MG B28 GELULES | 12 | 80,00 | 960,00 |
| COPLAVIX CO 75MG/100MG B30 COMP | 6 | 270,00 | 1 620,00 |
| LD NOR CO 20MG B30 COMP | 6 | 99,00 | 594,00 |
| COSYREL CO 10MG/10MG B30 COMP PELLI | 6 | 135,60 | 813,60 |
| FEROMAX IN B5 AMPOULES | 2 | 244,00 | 488,00 |
| Total | | | 5 353,80 DHS |

Arrêté le présent devis à la somme de : cinq mille trois cent cinquante-trois DHS et quatre-vingts centimes



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

03-01-2024

Nome NASSI MOUNA

Feomax 100 mg ; omp

1 inj / semaine pdt 10 semaines

(2 Boîtes)

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Professeur Agrégé EL OUBAY HI
Néphrologie, Hemodialyse et transplantation
091176727

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca - Maroc
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/+212 608 873 367
Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : **NASR HOUNA**

Matricule : **11533**

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa** Spécialité :

N° ICE :

N° INPE : **091176727**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **NASR HOUNA**

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

**INSUFFISSANCE RENALE CHRONIQUE TERMINALE
EN HE MODIALYSE**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **voir ordonnances / en fonction du Bilan**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **03/05/2024**

Cachet et signature du médecin traitant :

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Professeur Agrégé EL OURY HIBA
néphrologie, Hémodialyse et transplantation Rénale
091176727

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées



2112022140400.

04 janvier 2024

NASR MOUNA

- 1/Co Plavix 75 mg 1 cp / j le matin
- 2/ Risordan 10mg 1/2cp /jour
- 3/ Cosyrel 10/10 mg 1cp/j
- 4/ Vastarel 35 mg 1 cp x 2/j
- 5/ Ldnor 20 mg 1 cp/j
- 6/ Lamprol 30 mg 1 gelX2j le matin 15 min avant
repas

TRAITEMENT DE 6 MOIS

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Service de Cardiologie
Dr. Assaad El Hachimi
1212022140400



090063728

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 40127291 CNSS : 9779309
Tél.: +212529091111/+212529092222 Fax: +212529060977/+212529060979 www.hm6.ma

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6
MOIS**

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : **NASK NOUNA**

Matricule : **11533**

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☐ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

**Cardiopathie ischaémique (3 stades) +
HTA - Diabète + hémochromatose chronique**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Un bon

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le 06/05/2022

Cachet et signature du médecin traitant :

* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées