

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
DROITE	12 11 21 22 GAUCHE				
	13 14 23 24				
	15 16 25 26 HAUT				
	17 18 27 28				
	48 47 38 39 BAS				
	46 45 36 35				
	44 43 34 33				
	42 41 31 32				
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux	
DROITE	12 11 21 22 GAUCHE	H B G	25533412 24433552 00000000 00000000 00000000 00000000 25533411 11433553		
	13 14 23 24				
	15 16 25 26 HAUT				
	17 18 27 28				
	48 47 38 39 BAS				
	46 45 36 35				
	44 43 34 33				
	42 41 31 32				
<p style="text-align: center;">MURAS</p> <p style="text-align: center;">23 MAI 2019</p> <p style="text-align: center;">(Création, Remont, adjonction)</p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p style="text-align: center;">ACCUEIL SIEGE RAM</p>					
<p style="text-align: right;">Montant des soins</p> <p style="text-align: right;">Date du devis</p> <p style="text-align: right;">Fin de</p>					



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

W19-399708

DATE DE DEPOT

23.05.2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 12593	Signature de l'adhérent Signature de l'adhérent
Nom & Prénom CHARAFI SOUFIANE		Fonction : OPL 737 Phones. 066579 5034	
Mail schouafic@RoxolainNec.com			
MEDECIN	Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
PHARMACIE	Date		
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date 15/03/2019			
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
Echographie Doppler testiculaire	920,00 DT		
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

RADIOLOGIE MOULAY AÏ LI CHERIF
N°8 Avenue Moulay Aïli Cherif
RDC TEMARA

CACHET

CHECK-LIST

DOCUMENTS A FOURNIR POUR LE DEPOT DE VOTRE FEUILLE DE SOINS

<u>BIOLOGIE ET RADIOLOGIE</u>		<u>Nombre</u>
<input type="checkbox"/>	Copie des résultats	
<input type="checkbox"/>	Facture	
<input type="checkbox"/>	Ordonnance	
<input type="checkbox"/>	Pli confidentiel	
<u>DENTAIRE</u>		
<input type="checkbox"/>	Accord préalable <u>avant</u> le traitement, <i>en cas de prothèses ou traitement canalaires</i>	
<input type="checkbox"/>	Facture	
<input type="checkbox"/>	Radio <u>après</u> traitement, <i>en cas de prothèses ou traitement canalaires</i>	
<input type="checkbox"/>	Radio <u>avant</u> traitement, <i>en cas de prothèses ou traitement canalaires</i>	
<input type="checkbox"/>	Restitution des anciennes prothèses	
<u>HOSPITALISATION</u>		
<input type="checkbox"/>	Cachet de la clinique sur la feuille de soins	
<input type="checkbox"/>	Compte rendu opératoire	
<input type="checkbox"/>	Copie compte rendu des radios	
<input type="checkbox"/>	Copie résultat de l'anatomopathologie	
<input type="checkbox"/>	Copie résultat des analyses	
<input type="checkbox"/>	Détail et justificatif de la pharmacie En cas d'hospitalisation médicale ^②	
<input type="checkbox"/>	Entente préalable	
<input type="checkbox"/>	Notes d'honoraires	
<input type="checkbox"/>	Ordonnance et factures des actes sous traités	
<input type="checkbox"/>	Pli confidentiel En cas d'intervention chirurgicale ^②	
<u>OPTIQUE</u>		
<input type="checkbox"/>	Facture de l'opticien	
<input type="checkbox"/>	Ordre de prescription	
<u>REEDUCATION</u>		
relative à la même maladie		
par le médecin		
<u>PHARMACIE</u>		
.s PPV **		
<p><i>(Durée), l'ordonnance n'est pas obligatoire. Par contre, il est nécessaire d'avoir une ordonnance pour les médicaments de maladie chronique (à renouveler en fonction du type de maladie. Ex: Diabète, Hypertension, etc.)</i></p>		
<p><i>le prix ne figure pas sur le PPV ou si le médicament est acheté au magasin à prix libre</i></p>		
<u>Préciser les causes et</u>	<u>Matricule:</u>	<u>FS n°:</u>
	Signature de l'adhérent	W19-399708 Signature & visa de la MUPRAS



Dr. Fadwa BARKOUCHI

Diplômée de la faculté de Médecine de Rabat
Ex-chef de Service de Radiologie - CHR • Témara

مركز الأشعة
مولاي علي الشريف

الدكتورة فدوى بر كوشي
خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط
رئيسة سابقا بمصلحة الطب الإشعاعي بالمستشفى الجهوي بتمارة

FACTURE

Patient(e) : CHARAFI SOUFIAN

Date : 15/03/2019

N° Facture : 292

NATURE DE L'EXAMEN	PRIX (DH)
ECHODOPPLER TESTICULAIRE	900.00

ECHODOPPLE
R
TESTICULAIRE

Montant Total : 900 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : Neuf Cents Dirhams .

RADIOLOGIE MOULAY ALI CHERIF
N°8 avenue Moulay Ali Cherif
RDC TEMARA
TÉL/FAX 05 37 40 66 29

Nom et Prénom: CHARAFI SOUFIAN
Examen demandé par: DR.YOUSSEF DAOUDI

Témara, le: 15/03/2019

ECHO-DOPPLER TESTICULAIRE

R.C: Patient de 31 ans, douleur testiculaire et inguinale gauche.

Technique: Examen réalisé en mode triplex à l'aide de sondes de 11 MHz, au niveau du scrotum.

Résultats :

Etude morphologique :

- Les testicules mesurent :
 - ✓ **Testicule droit** : 46 x 29 x 26, mm soit un volume de 18 ml.
 - ✓ **Testicule gauche** : 45 x 28 x 21 mm, soit un volume de 13.5ml.

Ils sont de contours réguliers et d'échostructure homogène.

- Les épididymes sont homogènes et de taille normale.
- Absence d'hydrocèle.
- Dilatation modérée des veines du cordon spermatique gauche (3.5mm de diamètre).
- Les enveloppes scrotales sont fines.

Etude hémodynamique :

- **A droite** : Absence de reflux ou d'incontinence des veines spermatiques et hilaires aussi bien en décubitus dorsal qu'en orthostatisme lors de la manœuvre de Valsalva.
- **A gauche** : Reflux peu significatif durant « moins de 2 seconds » des veines spermatiques lors de la manœuvre de Valsalva.
- Flux normal des artères spermatiques.

Au total :

- Hypertrophie testiculaire modérée à gauche.
- Testicule droit de volume normal.
- Absence de reflux significatif des veines spermatiques.

En vous remerciant de cette confiance
RADIOLOGIE MOULAY ALI CHERIF
N°8 avenue Moulay Ali Cherif
DR FADWA BARKOUCHI

Docteur Youssef Daoudi

Spécialiste en Chirurgie Urologique
Diplômé de L'université de Paris
Lithotripsie extra-corporelle
Endurologie Urodynamique



الدكتور الداودي يوسف

اختصاصي في أمراض و جراحة الكلى
و المساكن البولية و التناسلية
تقنيات الحصى الجراحية بالمنظار

Rabat, le : 14/03/19

charafi
Joufia

*RADIOLOGIE MOULAY ALI CHERIF
N°8 avenue Moulay Ali Cherif
RDC TEMARA*

Echographie des deux testicules

RC: douleur testiculaire
et inguinal. GC
Contôle

Docteur Youssef Daoudi

Chirurgien Urologue

Imm. N° 9, Appt. 1, Rue Elkharroub
Hay Riad Rabat - Tel.: 0537 71 15 95

رقم 9 زنقة الخروب، عمارة الجزيزة شقة 1 سكتور 16 حي الرياض الرباط (وراء بنك المغرب)
الهاتف: 06 70 44 36 07 / 05 37 71 15 95

N 9, Rue Elkharroub, Imm Al Jazira Rdc, Appartement1. Secteur 16 Hay Riad - Rabat
Tél : 05 37 71 15 95 / 06 70 44 36 07