

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
				Montant des soins
				Date du devis
				Fin de

Signature et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution



W19-399708

DATE DE DEPOT

23/05/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 12533		Signature de l'adhérent	
Nom & Prénom		CHARAFI SOUFIANE		Signature de l'adhérent	
Fonction		OPL 737		Phon 0665795034	
Mail		scharafi@Royalairmaroc.com			
MEDECIN		Prénom du patient			
Adhérent	Conjoint	Enfant	Age	Date	
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		Signature et cachet du médecin	
PHARMACIE		Date		Signature et cachet du Pharmacien	
Montant de la facture					
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 15/03/2019		Signature et cachet du praticien	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires			
Echographie Doppler testiculaire		900,00 Dhs		RADIOLOGIE MOULAY ALI CHERIF N°8 Avenue Moulay Ali Cherif RDC TEMARA	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		CACHET	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires			
AM	PC	IM	IV		

CHECK-LIST

DOCUMENTS A FOURNIR POUR LE DEPOT DE VOTRE FEUILLE DE SOINS

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



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
IMPRIMERIE

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 épидidymes 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 :

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

En vous remerciant de votre 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
Endourologie Urodynamique



الدكتور الداودي يوسف

اختصاصي في أمراض و جراحة الكلي
و المسالك البولية و التناسلية
تفنيث الحصي الجراحة بالمنظار

Rabat, le :14/03/19

Charafi
Soufia

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

Echographie doppler
testiculaire

RC: douleur testiculaire
et Inguinale GC
Contal

Docteur Youssef Daoudi
Chirurgien Urologue
Imm. N° 9, Apt. 1, Rue El Kharroub
Hay Riad Rabat - Tél.: 0537 71 15 95

رقم 9 زنقة الخروب. عمارة الجزيرة شقة 1 سكطور 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, Appartement 1. Secteur 16 Hay Riad - Rabat
Tél : 05 37 71 15 95 / 06 70 44 36 07