

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 canalaires.

## adie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4244 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : TAHAR ABDELKABIR

Date de naissance : 19/07/56

Adresse :

Tél. : 06 66 70 89 19 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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-036391

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 : .....

## 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 canalaires, 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 canalaires.

### 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-435279

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **4244** Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **T A H R I Abdelkabir**

Date de naissance : **19/17/56**

Adresse :

Tél. : **06 66 70 79 19** 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 : **.....** Le : **..... / .....**

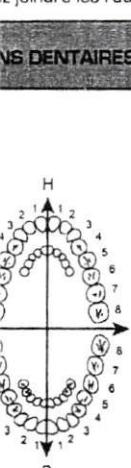
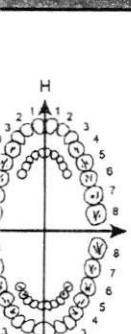
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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
29/11/2013	CS		300	INP : <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<del>MACIE BELLE VUE Lamiaa EL FULI Pharmacienne Med Ben Abdellah 05 22 22 12 00</del>	20/7/19	814.00

ANALYSES - RADIOPHYSIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>SERVICE RADIOLOGIQUE CLINIQUE ANDALOUSS 19, Av. Driss Slaoui - Casablanca 05 22 36 39 55/05 22 36 27 27</i>	08/19	R. L. Lombaire	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>C. MED. SERVICE</i>	<i>29/07/19</i>					<i>750,00</i>
<i>CAHIER MEDICAL</i>						
<i>vente en Magasin</i>						
<i>avantage pour toute transaction</i>						
<i>Rue Goulimima, Casa - Anfa</i>						
<i>02 22 20 20 98 / 05 22 20 20</i>	<i>04</i>					

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES										
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.										
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.										
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		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"/>						
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	35533411	11433553
H	G									
25533412 00000000	21433552 00000000									
35533411	11433553									
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

le 29/8/19

Ar Tafari Abdelkbar

29.8.19

① MEFISAL 15



(2) Icpij x 14j



② DEYES

Icpij

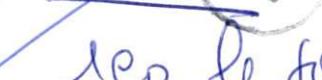
x 14j



③ NODOL 400

Icp x 31j x 10j

④ RELAXOL



2Mg dep le soir x 21j

professeur D. COHEN  
Chirurgie Orthopédique  
Chirurgie Traumatologique  
26 Rue Nabi Younus Casablanca  
Tél/Fax 05 22 22 12 82

Collut

## Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24

# MEFSAL® 7.5 & 15 mg

Comprimés

## COMPOSITION :

La substance active est :	MEFSAL 7.5 mg	MEFSAL 15 mg
Méloxicam	7.5 mg	15 mg

Excipients : q.s.p un comprimé

Excipient à effet notoire : Lactose

## PROPRIETE :

MEFSAL contient une substance active dénommée méloxicam. Le méloxicam appartient à un groupe de médicaments appelé stéroïdiens (AINS), qui sont utilisés pour réduire l'inflammation et la douleur dans les articulations et les muscles.

## INDICATIONS :

MEFSAL il est indiqué dans le traitement de courte durée des douleurs aiguës d'arthrose et dans le traitement de longue durée inflammatoires (polyarthrite rhumatoïde et spondylarthrite ankylosante).

## CONTRE INDICATION :

Ne pas utiliser MEFSAL, comprimé dans les cas suivants :

- pendant le 3ème trimestre de la grossesse,
- enfant et adolescents de moins de 16 ans
- allergie (hypersensibilité) au méloxicam
- allergie (hypersensibilité) à l'aspirine ou à d'autres médicaments anti-inflammatoires (AINS)
- allergie (hypersensibilité) à l'un des composants de MEFSAL
- si vous avez présenté l'un des signes suivants après avoir pris de l'aspirine ou d'autres AINS:
  - respiration sifflante, oppression respiratoire, difficulté à respirer (asthme)
  - obstruction nasale due à des petits renflements de la muqueuse nasale (polypes nasaux)
  - éruptions cutanées / urticaire
  - gonflement soudain des tissus sous la peau et les muqueuses, tel qu'un gonflement autour des yeux, du visage, des lèvres, de la bouche ou de la gorge, rendant éventuellement la respiration difficile (œdème de Quincke)
  - si vous avez déjà présenté, après un traitement avec des AINS :
  - un saignement de l'estomac ou des intestins
  - des perforations de l'estomac ou des intestins
  - saignement de toute nature ou antécédents de saignements cérébrovasculaires (saignement dans le cerveau)
  - antécédents d'hémorragies gastro-intestinales ou d'ulcères liés à des traitements antérieurs par anti-inflammatoires non stéroïdiens ;
  - ulcères ou saignement de l'estomac ou des intestins
  - antécédents d'ulcères ou de saignements récidivants de l'estomac ou des intestins (ulcération ou saignement s'étant produit au moins deux fois) insuffisance hépatique sévère
  - insuffisance rénale sévère non dialysée
  - saignements récents dans le cerveau (hémorragie cérébrovasculaire)
  - troubles hémorragiques de quelque type que ce soit
  - insuffisance cardiaque sévère
  - intolérance à certains sucrés étant donné que ce produit contient du lactose.
- Si vous n'êtes pas certain à propos d'un des points ci-dessus, parlez-en à votre médecin.

## POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI:

Réservez à l'adulte de plus de 15 ans.

Voie orale.

Respectez toujours la posologie indiquée par votre médecin. En cas de doute, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

La dose habituelle est :

**Poussées aiguës d'arthrose :**

7.5 mg une fois par jour. Elle peut être augmentée jusqu'à 15 mg une fois par jour.

**Polyarthrite rhumatoïde :**

15 mg une fois par jour. Elle peut être réduite à 7.5 mg une fois par jour.

**Spondylarthrite ankylosante :**

15 mg une fois par jour. Elle peut être réduite à 7.5 mg une fois par jour.

Les comprimés doivent être avalés avec de l'eau, ou un autre liquide, au cours d'un repas.

**NE PAS DEPASSER LA DOSE MAXIMALE DE 15 mg PAR JOUR.**

Si l'une des informations énumérées sous le titre "CONTRE INDICATION" s'applique à vous, votre médecin peut être amené à limiter la dose à 7.5 mg une fois par jour.

**MEFSAL ne doit pas être administré chez les enfants de moins de 16 ans.**

Si vous trouvez que l'effet de MEFSAL est trop fort ou trop faible, ou si après plusieurs jours vous ne ressentez aucune amélioration de votre état, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## MISES EN GARDES SPECIALES ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

### Mises en garde

Les médicaments tels que MEFSAL pourraient être associés à une légère augmentation du risque de crise cardiaque (« infarctus du myocarde ») ou d'accident vasculaire cérébral. Le risque est d'autant plus important que les doses utilisées sont élevées et la durée de traitement prolongée.

Ne pas dépasser les doses recommandées ni la durée de traitement (voir rubrique « POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI »).

Si vous avez des problèmes cardiaques, si vous avez eu un accident vasculaire cérébral ou si vous pensez avoir des facteurs de risque pour ce type de pathologie, vous devez discuter de votre traitement avec votre médecin ou avec votre pharmacien. Par exemple :

- si vous avez une pression artérielle élevée (hypertension)
- si vous avez un taux élevé de sucre dans le sang (diabète)
- si vous avez un taux élevé de cholestérol dans le sang (hypercholestérolémie)
- si vous fumez

Vous devez arrêter le traitement par MEFSAL dès la première apparition d'une éruption cutanée, de lésions des tissus mous (lésions des muqueuses), signes de réactions allergiques sévères ou de tout autre signe d'allergie, et prendre contact avec votre médecin.

Arrêtez immédiatement votre traitement avec MEFSAL dès que vous remarquez un saignement (donnant une coloration des selles en noir) ou une ulcération de votre appareil digestif (provoyant des douleurs abdominales).

MEFSAL ne convient pas au traitement des douleurs aiguës.

MEFSAL peut masquer les symptômes d'une infection (par exemple la fièvre). Si vous pensez que vous avez une infection, vous devez consulter votre

LOT 190201  
EXP 01/2022  
PPV 79.00DH

# No-Dol® fen

400mg

Ibuprofène

Comprimé pelliculé

SANOFI



NO-DOL FEN 400 MG  
CP PELL B30

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE NO-DOL FEN 400mg, comprimé pelliculé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE NO-DOL FEN 400mg, comprimé pelliculé ?
3. COMMENT PRENDRE NO-DOL FEN 400mg, comprimé pelliculé ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER NO-DOL FEN 400mg, comprimé pelliculé ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

## 1. QU'EST-CE QUE NO-DOL FEN 400mg, comprimé pelliculé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

### Classe pharmaco-thérapeutique

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : l'ibuprofène.

### Indications thérapeutiques

Il est indiqué, chez l'adulte (plus de 15 ans) :

en traitement de longue durée de :

- certains rhumatismes inflammatoires chroniques,
- certaines arthroses sévères;

en traitement de courte durée de :

- certaines inflammations du pourtour des articulations (tendinite, bursite, épaule douloureuse aiguë),
- douleurs aiguës d'arthrose,
- certaines inflammations des articulations par dépôt de cristaux, telles que la goutte,
- douleurs lombaires aiguës,
- douleurs aiguës liées à l'irritation d'un nerf, telles que les sciatiques,
- douleurs et œdèmes liés à un traumatisme;
- fièvre et/ou douleurs telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

## 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE NO-DOL FEN 400mg, comprimé pelliculé ?

18000-061878  
- maladie grave du foie  
- maladie grave des reins  
- maladie grave du cœur  
- lupus érythémateux  
**Précautions d'utilisation**  
**Faites attention à :**  
A forte dose, supérieure aux propriétés anti-inflammatoires parfois graves qui sont anti-inflammatoires.  
**AVANT D'UTILISER CE PRODUIT**  
- d'antécédent d'asthme chronique ou des polypes de la鼻  
- certaines sujets aller non stéroïdiens (voir comprimé pelliculé)  
- de prise d'un traitement entraînant des manœuvres de la tête  
- d'antécédents digestifs de l'estomac ou du côlon  
- de maladie du cœur et des vaisseaux sanguins  
- en cas de galactose intolérance ou de diabète de type 1 ou 2  
- en raison de la présence d'urates dans le sang  
**AU COURS DU TRAITEMENT**  
- de troubles de la vision  
- d'hémorragie gastro-intestinale (sauf dans les selles, coloration jaune ou brune)  
**ARRETEZ LE TRAITEMENT**  
- MEDECIN OU UN SERVICEL  
- de signes évocateurs d'asthme ou d'angioedème  
Quels sont les effets indésirables ?  
**ARRETEZ LE TRAITEMENT**  
- MEDECIN OU UN SERVICEL  
Ce médicament contient l'ibuprofène. Vous ne devez pas prendre ce médicament d'autre part que prescrit par un professionnel de la santé.

M28443-03

# OEDES® 20 mg

Microgranules gastro-résistants en gélules

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à un autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

LOT 181036  
EXP 02/2021  
PPV 52.80DH

## DENOMINATION DU MEDICAMENT :

OEDES® 20 mg

## COMPOSITION :

Chaque gélule contient 20mg de substance active : oméprazole.

Excipients : qsp 1 gélule.

## FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATIONS :

Microgranules gastro-résistants en gélules. Disponibles en boîtes de 7, 14, 28 et 56.

## CLASSE PHARMACOLOGIQUE OU THERAPEUTIQUE :

Oedes 20mg, microgranules gastro-résistants en gélule contient une substance appelée oméprazole. C'est un médicament de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

## DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

### Indications :

#### Adulte :

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de Helicobacter pylori en cas de maladie ulcéruse gastroduodénale.
- Ulcère duodénal évolutif.
- Ulcère gastrique évolutif.
- œsophagite érosive ou ulcération symptomatique par reflux gastro-œsophagien.
- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien associé ou non à une œsophagite, en cas de résistance à la posologie de 10 mg d'oméprazole par jour.
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux chez les patients non infectés par Helicobacter pylori ou chez qui l'éradication n'a pas été possible.
- Traitement d'entretien des œsophagites par reflux gastro-œsophagien.
- Syndrome de Zollinger-Ellison.
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable.
- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients à risque (notamment âge supérieur à 65 ans, antécédents d'ulcère gastroduodénal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable.

#### Enfant à partir de 1 an :

- œsophagite érosive ou ulcération symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

## DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

### Contre-indications :

Ne prenez jamais Oedes 20mg, microgranules gastro-résistants en gélule:

- En cas d'allergie connue à l'un des composants de ce médicament.
- En association avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux).

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.



Clinique jumelée au centre  
européen de chirurgie endoscopique  
jeanne d'arc de Lyon



مصحة متواصة بالمركز  
الأوربي للجراحة الاندوسкопية  
جان دارك بليون

29/8/19

Ne TAHRI Abdekkbir.

① Céinture  
type lombaire  
Non parfaite pour toute transaction  
623 Rue de Boulimma, Casablanca  
Tél: 05 22 21 20 88 / 05 22 20 84  
750.00

LOCAMED

~~LOCAMED SERVICE~~  
MATERIEL MEDICAL

Vente en gros et au détail

Nouvel emplacement  
623 Rue de Boulimma, Casablanca

Tél: 05 22 21 20 88 / 05 22 20 84

PROFESSEUR D. ROHÉN

Chirurgie Orthopédique

2, Rue Naïf Makhrouf Casablanca  
Tél: 05 22 22 43 78 / 05 25 82 05

## Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24

شارع ادريس السلاوي (شارع سابقاً) - أنفا - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 39 39 43 - الماكس : 05 22 36 27 27 (L.G)

IF : 01004447 - CNSS : 6234752 - Patente : 35605793



ICE : 001526686000016

FACTURE N° : UF9089027

ICE CLIENT :  
INP CLIENT :

Casablanca Le, 29/08/19

**MR TAHRI ABDELKABIR**

DEPOT GOULMIMA

Agent commercial : ABDELMOULA

Mode de règlement : CB/N°2308

Code Article	Code TVA	Désignation	Qté	P.U.TTC	Remise	P.U.net. TTC	Montant TTC
8702	2	CEINTURE LOMBASKIN 26CM T2	1,00	750,00	0%	750,00	750,00

LOCAMED SERVICE  
MATÉRIEL MÉDICAL  
Vente en Magasin  
Non valide pour toute transaction  
627, Rue Goulimima, Casa-Anfa  
Tél.: 05 22 20 20 98 / 05 22 20 21 04

Code	Base	Taux	Montant
2	625,00	20%	125,00
<b>Total</b>	625,00		125,00

**Total HT** 625,00  
**Total TVA** 125,00  
**Total TTC** 750,00

Arrêtée la présente Facture le 27/08/2019 à la somme de **TTC** : Sept cent cinquante Dirhams - info@locamed.ma - www.locamed.ma

LOCAMED SERVICE S.A.L.L. CAPITAL 17.800.000 DHS - C.N.S.S : 2445642 - R.C. : 30269 - Patente : 25103476 - I.F. : 3315150

Siège Social : 11, rue Mamounia (ex CTM) - Rabat Siège Administratif : Angle Av. Med VI et Av. El Haouz - Rabat - Maroc

Tél. : 05 37 63 08 07 / 05 37 63 26 00 - Fax : 05 37 63 00 86 - ICE : 001526686000016 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

**CASABLANCA**

Arjoun: 7, rue Lahcen Arjoun (face hôpital 20 Août), quartier des Hôpitaux.

Tél : 05 22 86 39 89 / 05 22 86 16 83 / 05 22 86 37 17

Ghandi: 60, Boulevard Ghandi, quartier Essalam Tél : 05 22 94 20 43 / 05 22 86 22 22

Goulmima: 627, rue Goulimima Casa-Anfa (à proximité hôpital My Youssef) Tél : 05 22 20 20 98 / 05 22 20 21 04

Hôpitaux: 46, rue des hôpitaux Tél : 05 22 47 63 70 / 05 22 47 48 30

**RABAT**

Zaers: Angle Av. Mohamed VI et Av El Haouz. Tél : 05 37 63 27 28 / 05 37 63 26 05

Mamounia: 11, rue Mamounia, (ex CTM) centre ville, Tél : 05 37 70 40 40 / 05 37 70 00 77

**MARRAKECH**

Avenue, Yaacoub el Mansour N°: 2 Résidence Ahlam Guéliz (près de centre Américain) Tél : 05 24 43 15 00 / 05 24 43 14 30

**TANGER**

6, résidence Saqinia2, Av. Sidi Mohamed Ben Abdellah Quartier Iberia .. Tanger Tél : 05 39 33 55 40 / 05 39 37 23 67

**FÈS**

Angle Av. des FAR et rue Ahmed Chbibi (en face de central banque chaabi) Tél : 05 35 62 51 62 / 05 35 62 51 61

**KÉNITRA**

Angle Avenue Ahmed Diori et Avenue Moulay Abderrahmane Tél : 05 37 36 74 28 / 05 37 37 74 75

Clinique jumelée au centre  
européen de chirurgie endoscopique  
jeanne d'arc de Lyon



مصحة متواصة بالمركز  
الأوربي للجراحة الاندوسкопية  
جان دارك بليون

le 29/08/19

Dr Tauri Abdelkader

Rx du rachis lombaire  
de profil



Service RADIOLOGIE  
CLINIQUE ANDALOUSS  
19, Av. Driss Slaoui - Casablanca  
Tél : 05 22 36 39 55 / 05 22 36 27 22

DR

## Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24

شارع ابريس السلاوي (شارع ساقفا) - أنفا - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 39 39 43 - الفاكس : 05 22 36 27 27 (L.G)

IF : 01004447 - CNSS : 6234752 - Patente : 35605793

Clinique jumelée au centre  
européen de chirurgie endoscopique  
jeanne d'arc de lyon



مصحة متوأمة بالمركز  
الأوربي للجراحة الاندوسкопية  
جان دارك بليون

## FACTURE

FACTURE N° : 1803/2019

Casablanca, le 29/08/2019

Nom patient : MME TAHRI ABDELKBIR

Examen(s) réalisé(s) : RX DU RACHIS LOMBAIRE DE PROFIL : 200 DH

CONSULTATION : 350

Montant : 550

ARRETTE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

CINQ CENT CINQUANTE DH



## Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24

19, Bd, Driss SLAOUI (Ex Temara) - Anfa - Casablanca - Fax.05 22 39 39 43 : الهاتف - الدار البيضاء - المfax : 05 22 36 27 27 (L.G)

IF : 01004447 - CNSS : 6234752 - Patente : 35605793

Clinique jumelée au centre  
européen de chirurgie endoscopique  
jeanne d'arc de lyon



مصحة مت貌مة بالمركز  
الأوربي للجراحة الاندوسكوبية  
جان دارك بليون

Casablanca le :29/08/19

NOM : Mr TAHRI ABDELKBIR

EXAMEN : RADIOGRAPHIE DU RACHIS LOMBAIRE DE PROFIL

- Rectitude de rachis lombaire
- Arthrose somatique et zygapophysaire étagée
- Corps vertébraux et disques Inter vertébraux de hauteur conservée.

Cordialement

*V*  
SERVICE RADIOLOGIE  
CLINIQUE ANDALOUSS  
19, Av. Driss SLAOUI - Casablanca  
Tél.: 05 22 36 39 55 / 05 22 36 27 27

Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24

19, Bd, Driss SLAOUI (Ex Temara) - Anfa - Casablanca - Fax.05 22 39 43 - الهاتف : 05 22 36 27 27 (L.G) - الفاكس:

IF : 01004447 - CNSS : 6234752 - Patente : 35605793