

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

ctique :

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

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1410** Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **LARAK Ned**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **066 372 3171**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : **SABA H**

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **K**

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 P19-067307

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 :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

c = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
k = Actes de chirurgie et de spécialistes

SF = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z = Electro-Radiologie
B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord au de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PRÉALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HÔPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globeaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade

DATE DE DÉPÔT



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AÉROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2857 / 2883
FAX / 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS

N° 848187

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Nom & Prénom LARAKI MOHAMED
Matricule : 1410 Fonction : RETRAITE Poste :
Adresse : 107 Rue AL DOUR JOUANE - HAY RAKA - Casa
Tél. : 06 63 72 31 71 Signature Adhérent : LH

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : KARHAT SABAH Age 31 12 56

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : _____

Nature de la maladie : _____

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :

A _____, le _____ / _____.
Durée d'utilisation 3 mois

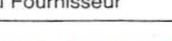
Signature et cachet du médecin
Dr BACHIR HICHAM
Réanimation Urgences
Service d'urgences
01236149

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
05/02/2019	Prise en charge	1	168	Dr BAHIRI HICH Réanimation HICH Service des urgences

Dr BAHIRI HICHAM
Réanimation
Service des urgences
03 36 14 92

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		

ANALYSES – RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
		B

(Création, remont, adjenction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANT DES SOINS	<input type="text"/>
DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
<hr/>	
COEFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANT DES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV: 25DH00
PER: 11/24
LOT: I2705

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le : 29/05/2020

① Tramal 50 mg

1cp t les 6 heures

oysia

② - ODES'

1cp/j

12U.5

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
CHEIKH KHALIFA INTERNATIONAL HOSPITAL
MEDECIN INTERNE
099001864

Casablanca , le 29/05/2020

PATIENT : KARHAT SABAH

EXAMEN(S) REALISE(S) : UROSCANNER

Technique : Acquisition en mode spiralé sans et avec injection de PC/IV, avec des reconstructions 3D .

Résultat :

Haut appareil urinaire :

- Reins de taille et de situation normale, à contours réguliers, présente une bonne différenciation parenchymo-sinusale sans dilatation des cavités excrétrices ni image de lithiase.
- Sécrétion et excrétion faites dans les délais normaux.
- Les uretères sont fins, libres.
- A noter un kyste cortical médio rénal gauche, à développement exophytique, à paroi fine, mesuré à : 66 x 51 mm.

Bas appareil urinaire

- Vessie semi pleine, siège d'un épaississement pariétal circonférentiel régulier sans anomalie endoluminale.

Par ailleurs

- Foie, rate, pancréas et surrénales d'aspect tomodensitométrique normal.
- Absence de dilatation des VBIH et VBEH.
- Absence d'épanchement péritonéal.
- A noter une diverticulose colique sans signe de complication ce jour.

CONCLUSION:

Kyste rénal gauche simple classé Bosniak I.

Diverticulose colique sans signe de complication ce jour.

En vous remerciant de votre confiance :

Signé : **Dr BERRADA**

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. BERRADA SOPHIA
Radiologie

Identifiant du patient : H0120013287

Date de naissance : 31/12/1956

Sexe : F

Date de l'examen : 29/05/2020

Prélevé le : 29/05/2020 à 11:36

Édité le : 29/05/2020 à 12:43

Mme KARHAT SABAH
Dossier N° : 20053034

Service : URGENCE


HEMATOLOGIE CELLULAIRE

NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

Echantillon primaire: Sang total EDTA (Impédance électrique - Spectrophotométrie - Cytométrie en flux / Sysmex XN2000)

LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	5.37	$10^{12}/l$	3.8 - 5.9
Hémoglobine	:	16.1	g/dl	11.5 - 17.5
Hématocrite	:	46.4	%	34 - 53
VGM	:	86.4	fl	76 - 96
CCMH	:	34.7	g/dl	31 - 36
TCMH	:	30.0	pg	24.4 - 34.0

LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	6.37	$10^3/mm^3$	3.8 - 11.0
P. Neutrophiles	:	49.3	%	3.14 $10^3/mm^3$ 1.4 - 7.7
P. Eosinophiles	:	3.3	%	0.21 $10^3/mm^3$ 0.02 - 0.58
P. Basophiles	:	0.5	%	0.03 $10^3/mm^3$ < 0.11
Lymphocytes	:	38.3	%	2.44 $10^3/mm^3$ 1.0 - 4.8
Monocytes	:	8.6	%	0.55 $10^3/mm^3$ 0.15 - 1.00

PLAQUETTES

Plaquettes	:	314	$10^3/mm^3$	150 - 445
------------	---	-----	-------------	-----------

Hôpital Chéikh Khallifa Ibn Zayd
 Tel: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 00 44 77
 Email: contact@fckm.ma
 NINP: 090061862

Ne pas diffuser au patient
Résultats à considérer sous réserve de validation biologique

Le 29/05/2020 à 12:43

Signature

SABIR Rajaa

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma
 Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

Identifiant du patient : H0120013287

Date de naissance : 31/12/1956

Sexe : F

Date de l'examen : 29/05/2020

Prélevé le : 29/05/2020 à 11:36

Édité le : 29/05/2020 à 12:43

Mme KARHAT SABAH
Dossier N° : 20053034

Service : URGENCE


CHIMIE SANGUINE

(Échantillon primaire: Plasma hépariné / Abbott Architect Ci4100)

PROTÉINE C RÉACTIVE : 0.70 mg/l < 8
 (Immunoturbibimétrie / Architect Ci4100)

< 1 mg/l : risque faible de développer un problème cardiaque.
 1-3 mg/l : risque modéré.
 > 3 mg/l : risque élevé.
 > 10 mg/l : processus inflammatoire actif

IONOGRAMME

SODIUM (Na ⁺)	:	144	mEq/l	136 - 145
POTASSIUM (K ⁺)	:	4.1	mEq/l	3.5 - 5.1
CHLORURES (Cl ⁻)	:	109	mEq/l	98 - 107
RÉSERVE ALCALINE	:	26.64	mEq/l	22 - 30
PROTEINES TOTALES	:	80	g/L	64 - 83
CALCIUM	:	98	mg/L	85 - 101
		2.44	mmol/L	2.12 - 2.52
URÉE	:	0.23	g/L	0.15 - 0.45
CRÉATININE SANGUINE	:	8.14	mg/L	6 - 12

Hôpital Cheikh Khattala Ibtisam
 Tel.: 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 00 44 77
 E-mail : contact@fckm.hck.ma
 N'INP 090061862

Ne pas diffuser au patient
Résultats à considérer sous réserve de validation biologique

Le 29/05/2020 à 12:43

Signature

SABIR Rajaa

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma
 Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

Identifiant du patient : H0120013287

Date de naissance : 31/12/1956

Sexe : F

Date de l'examen : 29/05/2020

Prélevé le : 29/05/2020 à 11:36

Édité le : 29/05/2020 à 12:43

Mme KARHAT SABAH

Dossier N° : 20053034

Service : URGENCE



BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE DES URINES

MODALITÉ DE PRÉLÈVEMENT

:

ASPECT MACROSCOPIQUE

:

EXAMEN CYTOLOGIQUE

:

Leucocytes : En Cours < 10⁴/mL

Hématies : En Cours < 10³/mL

CULTURE

Culture sur CLED :

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel.: 05 29 03 53 45
Fax.: 05 29 03 44 77
Email: contact@fckm.hck.ma
N°INR: 00005156

Ne pas diffuser au patient

Résultats à considérer sous réserve de validation biologique

Le 29/05/2020 à 12:43

Signature

SABIR Rajaa

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

Nom et
Casablar



2000211184 / H0120013287
 Prénom : SABAH
 Nom : KARHAT
 DDN : 31/12/1956 E: 29/05/2020
 Service : URGENCES (NA)


PAYANT
 Sexe: F

BILAN BIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : M F

● Hémato/Hémostase :

- NFS - Pq
 Groupage - Rhésus
 RAI
 TP - TCK
 INR
 D-DIMERES

● Bilan Infectieux

- CRP
 VS
 ECBU
 Hémoculture
 PCT

● Bilan Métabolique

- Ionogramme sanguin
 Urée - Créatinémie
 Glycémie

● Bilan Hépato-pancréatique :

- ASAT - ALAT
 BC - BN - BT
 Gamma GT
 PA
 LIPASEMIE

● Bilan cardiaque :

- Troponines
 BNP

Autres :

.....

Signature et caché du médecin

Dr BAHIBI HICHAM
 Des urgences
 Réanimation Urgences
 Service des urgences



101236149

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

29/05/2020

15:48

Nom Patient : KARHAT SABAH		Numéro dossier : 2000211184			
Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
29/05/2020	ANDOL 1g Injecta (01)	872578	1,00	18,80	18,80
29/05/2020	ACUPAN 20mg Injecta (05)(1)	872578	1,00	6,54	6,54
29/05/2020	CLOPRAME 10mg Injecta (10)(1)	872578	1,00	1,39	1,39
29/05/2020	INTRANULE G 20	872578	1,00	1,82	1,82
29/05/2020	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	872578	1,00	0,44	0,44
29/05/2020	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	872578	1,00	3,43	3,43
29/05/2020	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	872578	1,00	1,17	1,17
29/05/2020	SERINGUE 10ML	872578	1,00	0,84	0,84
29/05/2020	INTRANULE G 20	872581	1,00	1,82	1,82
29/05/2020	INTRANULE G 22	872591	1,00	1,82	1,82
29/05/2020	OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (01)	872601	2,00	29,90	59,80
29/05/2020	CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	872602	1,00	14,10	14,10
29/05/2020	SERINGUE 10ML	872607	1,00	0,84	0,84
29/05/2020	FLACON DE PRELEVEMENT P.SELLE 120ML	872607	1,00	1,87	1,87
				Total pharmacie	114,68

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 03 53 45 71
 Tel: 05 29 09 44 71
 Fax: 05 29 09 44 71
 E-mail: comptes@hckm.ma

SERVICE DES URGENCES

Casablanca, le 24/05/2020

COMPTE RENDU

Dr BAHIRI HICHAM
Réanimation urgences
Service des urgences
101236149

Je soussigné, Certifie avoir examiné

Mr/Mme KAR HAI SABAH Le 24/05/2020

Admis(e) au service des urgences.

Se plaignant de Crise nephritique

Patient(e) a bénéficié d'un

→ Traitement symptomatique

→ Bilan Biologique

→ Bilan Radiologique :

- Radio
- Echographie
- Scanner uloscanner
- IRM
- Autres :

Patient(e) a déclaré(e) :

→ Sortant(e)

- Hospitalisé(e)
- Décès

Cachet du Médecin

Dr BAHIRI HICHAM
Réanimation urgences
Service des urgences
101236149

Date	N° Admission	Prestataire	Prestation	Nombre	PU	Montant
29/05/2020	2000211184	LIMS	Créatinine sanguine	1	1,20	36,00
29/05/2020	2000211184	LIMS	ECBU + Antibiogramme	1	1,20	180,00
29/05/2020	2000211184	LIMS	Ionogramme (NA K CL RA PT CA)	1	1,20	120,00
29/05/2020	2000211184	LIMS	NFS - Numération formule sanguine +	1	1,20	96,00
29/05/2020	2000211184	LIMS	Protéine C réactive - CRP	1	1,20	120,00
29/05/2020	2000211184	LIMS	Urée	1	1,20	36,00
					Total	588,00

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **49 311** / 2020 du **29/05/2020**

Nom patient : **KARHAT SABAH**

Entrée **29/05/2020**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **29/05/2020**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Uroscanner	1,00		2 000,00	2 000,00
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0490	588,00	588,00
			Sous-Total	2 888,00
PHARMACIE				
	1,00		114,68	114,68
			Sous-Total	114,68
Total Frais Clinique				
3 002,68				

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS MILLE DEUX DIRHAMS SOIXANTE-HUIT CENTIMES	Total	3 002,68

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	3 002,68				3 002,68	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél: 05 29 03 53 45
Fax: 05 22 89 28 54
E-mail: CONSEIL@BENZAKID.DZ



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 26/01/2013

Quittance - Paiement espèces

0478978

IPP :

N° D'admission : Montant : 22000

Patient :

KALHAT

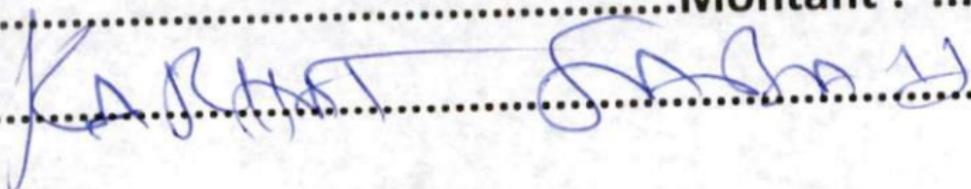
Cachet

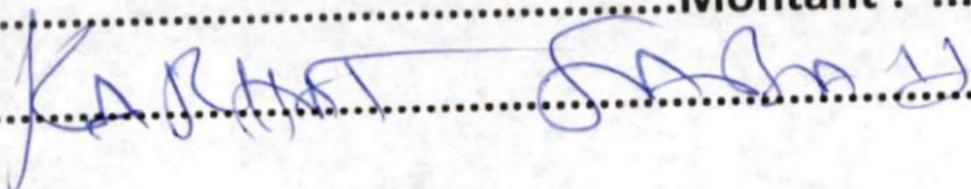
Date : 29 / 05 / 2009

0478981

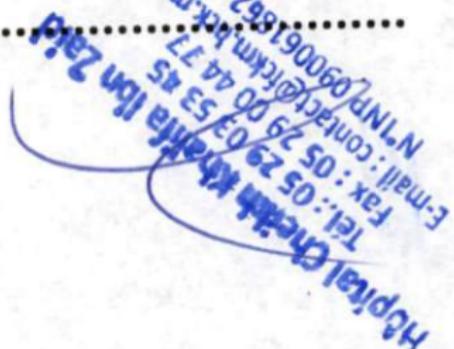
Quittance - Paiement espèces

IPP :

N° D'admission : Montant : 

Patient : 

Cachet


Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Tel: 05 29 63 53 45
Fax: 05 29 63 50 44
E-mail: CONTI@HCKM.FR



Coller Etiquette De BAF



2000211184 / H0120013287

Prénom : SABAH

Nom : KARHAT

DDN : 31/12/1956 E: 29/05/2020

Service : URGENCES (NA)



PAYANT
Sexe: F

BILAN

RADIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : M F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Patient de 64 ans admise pour douleur Lombaire gauche irradiant vers la Region infrascapulaire latérale.
Sans signes associés

• RADIO STANDARD :

FACE

PROFIL

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER : *MRoscan*

Avec injection

Sans injection

Créat :

BHCG : Positive

négative

• IRM :

Pacemaker Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa

DR M. M. MOUFI

MÉDECIN INTERNE



080061862