

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

rmacie :

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.

tique :

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.

entaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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

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.

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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 062192

ND. 4.8218

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10319

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HANDI SANI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

0665946719

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 : CASA

Le : 31 / 10 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



RELEVÉ 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
31/10	202	CA	178,78	
31/10	202	CA	34,08	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31.10.20	239,50
	31-10-20	38,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	31/10/2020	BC/PO	200,00

[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
<p>The diagram shows a semi-circular dental arch. Teeth are represented by small circles, each labeled with a number from 1 to 8. The numbering starts at the center (incisors) and goes outwards to the molars on both upper and lower arches. A vertical arrow points upwards from the center, labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. A horizontal arrow points to the left, labeled 'D' at the end, and to the right, labeled 'G' at the end.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة
ORDONNANCE



Le 31/10/2020

Handi Samira

1/ 87.50
Relaxium 300 ggel

1 gel / le soir ptt 15

2/ 152.50
Neuron 20 ggel

1 gel / le jour ptt 07

3/ 38.70
Calatrop 9 ggel

ميز

إيزوه

LOT 191735
EXP 08/2021
PPV 152.90DH

يجب قراءة النشرة كاملة ويتمتع قبل استعمال
تحتوي على معلومات هامة حول المرض
إذا كان لديكم أية أسئلة أو شك، اطلبوا معاً

التركيبة:
20 ملغ أو 40 ملغ من إيزوميرازول لكل كبسولة مقاومة لـ
تركيبة غشاء الكبسولة : جيلاتين، أكسيد الحديد الأصفر 172
التقديم:
موزور 20 ملغ أو 40 ملغ متوفران في علب من فئة 7 و 14

نوع الاستعمال:
هذا الدواء هو مثبط لمضخة البروتونات، يخفض إفراز الحمض على مستوى المعدة

يستعمل موزور 20 ملغ في الحالات التالية :
علاج التهاب المريء الناتج عن التراجع (التهاب المريء)،
الوقاية من عودة بعض التهابات المريء.

علاج أعراض و التراجع الحمضي المريء (حرق و صعود الحمض) علاج القرحة المعوية في حالة التعفن بواسطة بكتيريا هيليكوباكتر جيلوري.
علاج قرحة المعدة الناتجة عن استعمال مضادات الالتهاب الغير سترودية.
الوقاية من عودة الحموضة المعوية و المعوية الناتجة عن استعمال مضادات الالتهاب الغير سترودية.
علاج تآكل زولينجر البسور.

يستعمل موزور
40 ملغ في الحالات التالية:
علاج التهاب المريء الناتج عن التراجع (التهاب المريء).
علاج تآكل زولينجر البسور.

موانع الاستعمال:
في حالة استعمال أدوية أخرى، من الضروري إخبار الطبيب، حتى و لو كانت أدوية بدون وصفة طبية.

لا يجب استعمال هذا الدواء في الحالات التالية:
في حالة وجود حساسية لأحد مكونات موزور أو حساسية لأحد مواقع مضخة البروتونات.

في حالة استعمال دواء يحتوي على أنزيم (يستعمل في علاج السيليا).
علاج تآكل زولينجر البسور.

تنبهات واحتياطات الاستعمال:
يجب أخذ الحذر مع موزور في الحالات التالية :
إذا كنتم تستعملون أدوية أخرى مثل إيزونكازول أو كيتوكونازول (عند التخلفات القلبية) الديازيم (عند القلب)، فينيطوين (عند الصرع)، وارفارين (عند الإضرابات الدموية) أو سيبريدي (عند الإضرابات

الناتجة من تغير الإفراز الحمضي).
إذا كنتم تعانيون من مشاكل خطيرة على مستوى الكلى، يجب إخبار الطبيب، قصد تخفيض الجرعات.

يجب إخبار الطبيب في حالة وجود مشاكل خطيرة على مستوى الكلى.
إذا وصف لكم أدوية أخرى قصد استعمال هيليكوباكتر جيلوري بموالة مع إيزوميرازول أو تستعملون إيزوميرازول تبعاً لتعليمكم، يجب إبلاغ الطبيب على الأدوية الأخرى التي تستعملونها.

في حالة استعمال هذا الدواء تبعاً لتعليمكم يجب إبلاغ الطبيب على أي تغير في الأعراض.
نظراً لإحتوائه على السكروز، لا يجب استعمال هذا الدواء في حالات عدم تحمل الفركتوز، تآكل سوء امتصاص الكالكور أو نقص في سكروز إزومالكت (أمراض استقلابية نادرة) في حالة الشك
من الضروري استشارة الطبيب أو الصيدلي.

تفاعلات دوائية وتفاعلات أخرى:
من المهم إبلاغ الطبيب أو الصيدلي على كل علاج حديث أو موازي حتى ولو كان بدون وصفة طبية، خصوصاً إيزونكازول أو فوريكازول، ديازيم، فينيطوين، وارفارين أو مشتقات كورماينية أخرى،
أنزيم، كلاريثروميسين أو سيبريدي. ولو كان دواء بدون وصفة الطبيب.

يجب إبلاغ الطبيب أو الصيدلي على كل علاج مواز للعلاج الذي تخطصون له.
الحمل والرضاعة:

في حالة الحمل، احتمل الحمل أو الرضاعة يجب استشارة الطبيب قبل استعمال إيزوميرازول.
لا يجب استعمال هذا الدواء أثناء الحمل أو الرضاعة إلا بعد استشارة الطبيب.

عصوماً، لا بد أثناء الحمل والرضاعة من استشارة الطبيب أو الصيدلي قبل استعمال أي دواء.
موانع أو تأثيرات معوية:

سكروز (كربوهيدرات السكر)، بروبيل-ب-هيدروكسيدات، مثيل-ب-هيدروكسيدات.
التأثيرات غير المعروفة فيها:

كثافي المواد الفعالة يمكن لهذا الدواء أن يسبب عند بعض الأشخاص بعض التأثيرات الغير مرغوب فيها.
التأثيرات الأكثر حدوثاً (عند 1 إلى 10% من الأشخاص المعالجين):

صداع الرأس، إسهال، إمساك، غثان، إرجاع، آلام في البطن، انتفاخ البطن.
تأثيرات قليلة الحدوث (عند أقل من 1% من 10% من الأشخاص المعالجين):

احساس بالثقل، و دمة مقلية، تنشئ النفس (احساس غير عادي في منطقة جلدية أو صلبة)، نعاس، سعال، ارتفاع لزيمات الكلى، تفاعلات جلدية (حكة، طفح جلدي، التهاب الجلد...)، أو عكس.
تأثيرات نادرة (عند أقل من 0.1% من الأشخاص المعالجين):

تشوشات ذهنية تتعلق بعد إيقاف العلاج، هياج، عدوانية، اكتئاب و طرمة خصوصاً عند الأشخاص المسنين بأمراض خطيرة.
انتفاخ الثدي عند الرجال، جفاف الفم، التهاب في الفم، طفرات ضمنية معينة، انخفاض عند الكريات الدموية (الكريات الحمراء، الكريات البيضاء، الصفائح الدموية) أمراض الدماغ عند الأشخاص المسنين بفسور كبد.

حد، التهاب الكبد مع أو بدون برفان (اصفرار) قصور كلوي.
آلام في العضلات أو المفاصل، تعب عضلي، حساسية للضوء، تفاعلات جلدية خطيرة (تفاعلات قحطية)، تساقط الشعر، حساسية ملامس اللعاب الوجه، الشفاء، الصدرة و/أو اللسان، قد تسبب، صدمة تقيء، حمى التهاب الكلى
(احتمال على مستوى الكلى) ارتفاع التدفق، اضطراب في الرؤية، اضطراب في التوق و انخفاض معدل الصوديوم في الدم.

يجب إخبار الطبيب أو الصيدلي بكل تأثير جانبي، لم يرد ذكره في هذه النشرة، أو في حال أصبحت بعض التأثيرات الجانبية خطيرة
طريقة استعمال هذا الدواء:

PPV 38DH70
EXP 06/2023
LOT 06013 4

Calcibronat® 2 g

lactogluconate de calcium.
sodium, acide citrique anhydre, macrogol 4000.

20 COMPRIMES
EFFERVESCENTS

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est préconisé dans les troubles légers du sommeil, irritabilité, nervosité.

ATTENTION

Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- acné juvénile,
- enfant de moins de 30 mois,
- sujet âgé dénutri et/ou déshydraté,
- hypercalcémie (quantité excessive de calcium dans le sang),
- lithiase calcique (calcul de calcium),
- hypercalciurie (quantité excessive de calcium dans les urines),
- calcifications (dépôts de calcium) dans les reins,
- néphropathie glomérulaire chronique (maladie des reins),
- en raison de la présence de saccharose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucraseisomaltase.

Ce médicament ne doit généralement pas être utilisé, sauf avis contraire de votre médecin, pendant la grossesse.

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

Mises en garde spéciales

En cas de survenue de trouble neuropsychique (voir Effets indésirables), de rougeur ou démangeaisons de la peau, arrêtez votre traitement et consultez votre médecin.

Précautions d'emploi

L'absorption d'alcool est fortement déconseillée pendant le traitement.

En cas de régime pauvre en sel, tenir compte de l'apport en sodium par comprimé : 241 mg.

Chaque comprimé apporte environ 3 g de sucre. En tenir compte dans la ration journalière en cas de régime pauvre en sucre ou de diabète.

Une interférence est possible avec le dosage des chlorures dans le sang.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Interactions médicamenteuses et autres interactions

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

magnésium vitamine B6

AXANT

LOT: 200302
DLUO: 09/2023
87,00DH

VOIE ORALE
30 GÉLULES

Deva
Pharmaceutique

Laboratoires Deva Pharmaceutique
JOUAIDI Pharmacien Responsable

Vitamine B6..... 1 mg
Excipients : stéarate de magnésium, maltodextrine, dioxyde de silicium.

Relaxium B6 300

Oxyde de magnésium marin..... 520 mg
équivalent en Magnésium..... 300 mg
Vitamine B6 2 mg
Excipients : stéarate de magnésium, maltodextrine, dioxyde de silicium.

Relaxium B6 375

Oxyde de magnésium marin..... 650 mg
équivalent en Magnésium..... 375 mg
Vitamine B6 2 mg
Excipients : stéarate de magnésium, maltodextrine, dioxyde de silicium.

FORME ET PRESENTATIONS

Relaxium B6 150 : Gélule. Boite de 20 et 60
Relaxium B6 300 : Gélule. Boite de 15 et 30
Relaxium B6 375 : Gélule. Boite de 30, 45, 60 et 90

PROPRIETES

Relaxium B6 contient du magnésium et de la vitamine B6.
Le magnésium intervient dans le fonctionnement neuromusculaire. Son déficit peut causer nervosité, irritabilité, fatigabilité, crampes musculaires ainsi que les difficultés d'endormissement et de concentration, notamment en cas de surmenage.
La vitamine B6 complète l'activité relaxante et équilibrante du magnésium.

VOIE D'ADMINISTRATION ET UTILISATIONS

Voie orale

Relaxium B6 150

Prendre 2 gélules par jour à avaler avec un grand verre d'eau, en complément d'une alimentation variée et équilibrée.

Relaxium B6 300

Prendre 1 gélule par jour à avaler avec un grand verre d'eau, en complément d'une alimentation variée et équilibrée.

Relaxium B6 375

Prendre 1 gélule par jour à avaler avec un grand verre d'eau, en complément d'une alimentation variée et équilibrée.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

D'une façon générale, il convient au cours de la grossesse et de l'allaitement de toujours demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant d'utiliser un produit.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Afin d'éviter d'éventuelles interactions nocives entre plusieurs substances, signaler à votre médecin ou à votre pharmacien tout traitement en cours.

Ne pas dépasser la dose recommandée.

Garder hors de portée des enfants.

A conserver dans un endroit sec et frais.

Relaxium B6 150 / Autorisation ministère de la santé n° : DA20181805321DMP/20UCAV1
Relaxium B6 300 / Autorisation ministère de la santé n° : DA20181805322DMP/20UCAV1
Relaxium B6 375 / Autorisation ministère de la santé n° : DA20191812093DMP/20UCAV1

Deva
Pharmaceutique
100 rue de la République 75001 Paris - France

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
NPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1175309		N° SEJOUR : 200069548		FACTURE N° 2005043278		DATE D'ENTREE : 31/10/2020		DATE DE SORTIE : 31/10/2020		
ASSURE :				DESTINATAIRE : HAMDI,Samira						
MALADE : HAMDI,Samira										
NOM JEUNE FILLE :										
TIERS PAYANT 1 :				UF: 5002 URGENCES						
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :						
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :						
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00
Intervenant : 01062017 DR SATOR HICHAM RADIOLOGUE				TOTAUX :	200.00					200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
				REMISE :	0.00	REGLE :		AVOIR :		
				RESTE DU:	200.00					
DATE FACTURE : 31/10/2020				EDITEE LE : 31/10/2020		PAR: SAAD		ACCIDENT DE TRAVAIL :		
VISA				N° DE POLICE :		DATE AT :				
				Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef				
				BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
				N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31				

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP :	1175347	N° SEJOUR :	200069607	FACTURE N° 2005043335		DATE D'ENTREE : 31/10/2020		DATE DE SORTIE : 31/10/2020			
ASSURE :				DESTINATAIRE : HAMDI, Samira							
MALADE : HAMDI, Samira											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 1 :				REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :					
NATURE DE PRESTATION		LETTRE	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
		CLE	x COEF	UNITAIRE		% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
PRODUITS PHARMACEUTIQUES					27.04					0.00	27.04
FOURNITURES MEDICALES					10.04					0.00	10.04

Intervenant : 02012018 DR TALEB SOPHIA GENERALISTE		TOTAUX :		37.08						37.08
Arrêtée la présente facture à la somme de : TRENTE SEPT DHS ET HUIT CENTIMES				PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
				REMISE :	0.00	REGLE :	37.08		AVOIR :	
				RESTE DU :	0.00					
DATE FACTURE : 31/10/2020		EDITEE LE : 31/10/2020		PAR: MOURAD		ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA						N° DE POLICE :		DATE AT :		
						Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef		
						BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA		
						N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31		

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP :	1175309	N° SEJOUR :	200069547	FACTURE N° 2005043277		DATE D'ENTREE : 31/10/2020		DATE DE SORTIE : 31/10/2020		
ASSURE :				DESTINATAIRE : HAMDI,Samira						
MALADE : HAMDI,Samira										
NOM JEUNE FILLE :										
TIERS PAYANT 1 :										
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :						
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :						
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.										
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX										
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	2.00	7.50	15.00					0.00	15.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				41.86					0.00	41.86
FOURNITURES MEDICALES				1.92					0.00	1.92

Intervenant : 02012018 DR TALEB SOPHIA GENERALISTE	TOTAUX :	178.78						178.78
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
CENT SOIXANTE DIX-HUIT DHS ET SOIXANTE DIX-HUIT CENTIMES		REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
		RESTE DU :	178.78					
DATE FACTURE : 31/10/2020	EDITEE LE : 31/10/2020	PAR: SAAD	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef			
			BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
			N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31			



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghalef

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 31*10*2020

Patient (e) : HAMDY SAMIRA

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Foie homogène de volume normal de contours réguliers.

Vésicule biliaire libre à paroi fine.

Voie biliaire principale et tronc porte de calibre normal.

Les deux reins, la rate et le pancréas sont normaux.

Absence d'ascite ou d'adénopathie profonde.

☐ I.R.M
(1.5 Tesla)

☐ Scanner
(Corps Entier)

☐ Radiologie
Numérique

☐ Echo-Doppler
(Couleur)

CONCLUSION

Echographie abdominale ne révélant pas d'anomalie par ailleurs.

DR SATOR

HICAM SATOR
Médecin Radiologue

ROYAUME DU MAROC
POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE
DERB GHALLEF

Demande d'Examen d'IMAGERIE MEDICALE

N° 010966

Nom du Ser
demandeur

NOM DU MALADE

Hamdi Samira

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignement Clinique

Exame

Cyngesthélèse

tu gamin

Elozyhi

Service des Urgences
CHU de Rabat

