

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0031465

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

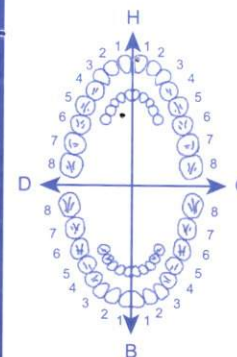
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

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

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

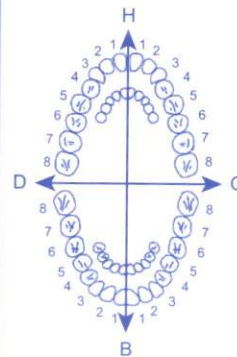
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 couvrant 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 kinsithérapeute
- 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 ou 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 PREALABLE

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

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- 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



MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX / 05 22 91 26 52
TELEX / 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS MU 029217

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : A. HILALI Zoubda
Matricule : 10471 Fonction : AS Rekraté Poste :
Adresse : 27, Rue Jbel Sagham, Hay Essalam, Casa
Tél. : 0662 80 2374 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : _____ Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐

Date de la première visite du médecin : _____

Nature de la maladie : Remboursement complémentaire

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

A _____, le _____/_____/_____ Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

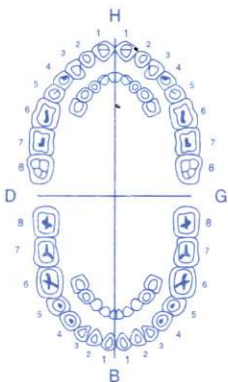
AUXILIAIRES MEDICAUX

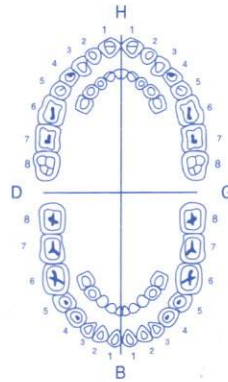
Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANT DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE									
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANT DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	25533412	21433552								
	00000000	00000000								
	00000000	00000000								
	35533411	11433553								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Prestations médicales

Groupe OCP

الخدمات الطبية

Décompte de remboursement du mois de septembre 2022 OCP

مرجع التعويض عن المرض لشهر شتنبر 2022 OCP

EL HILALI EL HAJ

27 RUE JABAL SERGHOU HAY
ESSALAM CI L CASABLANCA

CASABLANCA

Matricule: 4080027150

Madame, Monsieur,

سيدي سيدي

Nous vous informons que nous avons procédé au remboursement
de vos feuilles de soins sus référencées suivant décompte ci-après:

نحيطكم علما اننا قد قمنا بتعويضكم عن ملفاتكم المرضية حسب
المراجع المفصلة كما يلي

N° de dossier	Bénéficiaire	Prestation:	Nombre Acte	Frais Engagés	Somme Remboursement	Date de règlement	Mode de règlement
30125204	Agent	PHARMACIE	1	812.00	649.60	14/09/2022	Virement
30125204	Agent	CONS CARDIO+ECG	1	300.00	250.00	14/09/2022	Virement
31554686	Agent	PHARMACIE	1	747.20	218.56	14/09/2022	Virement
31554686	Agent	FOND D'OEIL	1	400.00	225.00	14/09/2022	Virement

Total remboursement du mois de septembre 2022 : 1 343.16 Dh مجموع التعويضات عن الخدمات الطبية لشهر شتنبر 2022

Nous vous en souhaitons bonne réception et vous prions d'agréer,
Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

تقبلوا سيدي سيدي فائق عبارات التقدير والإحترام.

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Etablir une feuille de soins par personne et par maladie

- La feuille de soins doit comporter les cachets du médecin traitant, le nom et le prénom de la personne soignée (bénéficiaire) inscrits de la main du médecin traitant.
- La feuille de soins doit être accompagnée de l'ordonnance médicale prescrivant les médicaments, examens de radiologie et de laboratoire, ainsi que toutes les pièces justificatives : factures des examens effectués ainsi que les résultats et comptes rendus y afférant qui doivent être mis sous pli confidentiel.
- Le nom et prénom de la personne malade doivent obligatoirement être portés par les praticiens eux-mêmes, sur chaque pièce transmise.
- Toutes les pièces concernant une maladie doivent être remises dans les trois mois au plus tard suivant la date d'ordonnance médicale.
- En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, lieu, date et heure.
- Les prospectus et PPM concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.
- En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, la feuille de soins doit être accompagnée d'une facture acquittée sur laquelle devront être précisés, s'il ne s'agit pas d'un forfait, la cotation des actes, la ventilation des frais annexes, le nombre de jours d'hospitalisation et le détail de la pharmacie.
- Tous les certificats, notes d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'une maladie sont conservés.
- Tout dossier retourné pour complément d'information doit être retransmis dans un délai de 3 mois à compter de la date du retour.
- Les documents et informations ayant un caractère confidentiel doivent être transmis sous pli fermé à l'attention du médecin contrôleur.
- ALD-ALC : Afin de pouvoir bénéficier des avantages, en terme de remboursement, correspondants à cette catégorie, l'adhérent doit déclarer la maladie en remettant les pièces suivantes : 1-formulaire d'examen ALD-ALC 2-pli confidentiel du médecin traitant précisant la nature de la maladie 3 - les résultats des explorations.
- Afin de proroger la garantie des enfants âgés de plus de 21 ans, l'agent doit produire annuellement un certificat de scolarité (au début de chaque année scolaire) ainsi qu'un acte de naissance et un certificat de célibat.
- Les surcharges du nom, de la date de consultation ou des montants engagés non amendées par cachet du médecin, ne sont pas acceptées.

مع الشريف للفوسفات



FEUILLE DE SOINS ET DE PRESCRIPTIONS MEDICALES

N° 31554686

A

☐ Agent en activité ☒ Agent en retraite
☒ Maladie ☐ Maternité ☐ ALD - ALC ☐ Accident ☐ Médecine de travail

REEMPLIR PAR L'AGENT (Ainsi que les deux volets intérieurs)

Nom et prénom de l'agent : EL HILALI EL HAJ
N° RCAR : 4080024150 Matricule : 116502
N° CIN : A 116502
Adresse de l'agent : 27, Rue Jbel Serghrou. Hay Essalam
Ville : Casablanca
N° Tél. : 0662 87-1698
Signature de l'agent : [Signature] A Casablanca le 02/09/22

REEMPLIR PAR LE MÉDECIN (Renseignements concernant le patient)

Qui est malade ? Agent ☐ Agent Retraité ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Nom et prénom du patient : EL HILALI EL HAJ
Date de naissance : 1940
Nature de la maladie à préciser obligatoirement sous pli confidentiel, adressé au médecin contrôleur
S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : affection oculaire
Dr. Dalila SBAI IDRISSE
Médecin traitant : Ophthalmologiste
84, Bd Mly Driss 1er
Tél: 05 22 86 06 06
N° INP : INPE: 091033100



VOLET DÉTACHABLE FEUILLE DE SOINS

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation éventuelle.

Matricule : 4080024150
N° RCAR : 4080024150
Nom et prénom de l'agent : EL HILALI EL HAJ
Date de consultation : 02/09/22
Total des Frais engagés : 400 F + 147,20
Date de dépôt : 02/09/22

Exemplaire à conserver par l'agent



VOLET DÉTACHABLE FEUILLE DE SOINS

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation éventuelle.

Matricule : 4080024150
N° RCAR : 4080024150
Nom et prénom de l'agent : EL HILALI EL HAJ
Date de consultation : 02/09/22
Total des Frais engagés : 400 F + 147,20
Date de dépôt : 02/09/22

Exemplaire à conserver par l'entité de dépôt

3 1554686

3 1554686



VOLET DÉTACHABLE
FEUILLE DE SOINS

Remplir ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation éventuelle.

Matricule :

N° RCAR : 4080027150

Nom et prénom de l'agent :

Date de consultation : 07/09/2022

Total des Frais engagés : 300 + 812

Date de dépôt :

Exemplaire à conserver par l'agent

30125204

MMANDATIONS IMPORTANTES

Etablir une feuille de soins par personne et par maladie

ille de soins doit comporter les cachets decin traitant, le nom et le prénom de sonne soignée (bénéficiaire) inscrits de n du médecin traitant.

ille de soins doit être accompagnée rdonnance médicale prescrivant les aments, examens de radiologie et oratoire, ainsi que toutes les pièces atives : factures des examens effectués que les résultats et comptes rendus rant qui doivent être mis sous pli entiel.

n et prénom de la personne malade t obligatoirement être portés par les ens eux-mêmes, sur chaque pièce ise.

s les pièces concernant une maladie t être remises dans les trois mois au plus ivant la date d'ordonnance médicale.

s d'accident, préciser les causes, tances, lieu, date et heure.

respectus et PPM concernant les aments doivent être joints aux iances.

s d'hospitalisation médicale ou gicale, la feuille de soins doit être pagnée d'une facture acquittée sur e devront être précisés, s'il ne s'agit un forfait, la cotation des actes, la ion des frais annexes, le nombre de jours italisation et le détail de la pharmacie.

• Tous les certificats, notes d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'une maladie sont conservés.

• Tout dossier retourné pour complément d'information doit être retransmis dans un délai de 3 mois à compter de la date du retour.

• Les documents et informations ayant un caractère confidentiel doivent être transmis sous pli fermé à l'attention du médecin contrôleur.

• ALD-ALC : Afin de pouvoir bénéficier des avantages, en terme de remboursement, correspondants à cette catégorie, l'adhérent doit déclarer la maladie en remettant les pièces suivantes : 1-formulaire d'examen ALD-ALC 2 -pli confidentiel du médecin traitant précisant la nature de la maladie 3 - les résultats des explorations.

• Afin de proroger la garantie des enfants âgés de plus de 21 ans, l'agent doit produire annuellement un certificat de scolarité (au début de chaque année scolaire) ainsi qu'un acte de naissance et un certificat de célibat.

• Les surcharges du nom, de la date de consultation ou des montants engagés non amendées par cachet du médecin, ne sont pas acceptées.



الجمع الشريف للفوسفاط

FEUILLE DE SOINS ET DE PRESCRIPTIONS MEDICALES

N° 3 0125204 A

☐ Agent en activité ☐ Agent en retraite

☒ Maladie ☐ Maternité ☐ ALD - ALC ☐ Accident ☐ Médecine de travail

REEMPLIR PAR L'AGENT (Ainsi que les deux volets intérieurs)

Nom et prénom de l'agent : EL HILALI EL HAJ

N° RCAR 4080027150 Matricule

N° CIN : A 116502

Adresse de l'agent : 27, Rue jbel saghroun Hay Essalam

Ville : Casablanca

N° Tél. : 0662 04 16 93

Signature de l'agent

[Signature]

REEMPLIR PAR LE MÉDECIN (Renseignements concernant le patient)

Qui est malade ? Agent ☒ Agent Retraité ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐

Nom et prénom du patient : EL HILALI EL HAJ

Date de naissance : 1940

Nature de la maladie à préciser obligatoirement sous pli confidentiel, adressé au médecin contrôleur

S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : HTA

Médecin traitant :

Dr. Ghita BENHAYOUN
Spécialiste en pathologie cardiovasculaire

07 Rue Moussine Rassi Noussour 1^{er} Etage - Casa

N° INP : 091143871



VOLET DETACHABLE FEUILLE DE SOINS

Remplissez ce volet, déposez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation éventuelle.

Matricule

N° RCAR 4080027150

Nom et prénom de l'agent : EL HILALI EL HAJ

Date de consultation : 07/09/2008

Total des Frais engagés : 200 + 812

30125204

Date des actes médicaux	Désignation des actes suivant nomenclature	Nature et coefficient	Montant des honoraires	Signature et cachet du praticien
07/09/22	G1 ECU		300,00	Dr. GITA YENAYOUN Spécialiste en cardiologie et cardiovasculaire 82, Rue Moussou Breu Noussouir 1 ^{er} Etage - Casa Tél: 0522 260 250 - Fax: 0522 28 20 14 GSM: 0661 43 05 60

ACTES MÉDICAUX OU PARAMÉDICAUX - AUXILIAIRES MÉDICAUX

☐ Devis

Nombre de séances : Etabli le :

☐ Facture

Nombre de séances : Etabli le :

Date des soins	Nombre	Montant des honoraires	Signature et cachet du praticien

CADRE RÉSERVÉ AU SERVICE MÉDICAL

Médecin contrôleur

RÉSERVÉ HÔPITAL ET CLINIQUE (Joindre facture détaillée et acquittée)

Date des actes médicaux	Désignation des actes suivant nomenclature	Acte	Durée séjour	Montant honoraire

EXÉCUTION DES ORDONNANCES (À remplir par le pharmacien et/ou l'opticien)

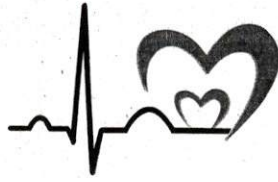
Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien et/ou de l'opticien attestant le paiement de la facture
07/09/22	812,00	PHARMACIE BAB ESSALAM Mr SEKKAT Omar 27, Rue de l'Atlas - C.I.L. Casablanca - Tél: 0522.94.15.14 ICE 001082118000087

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date de l'ordonnance	Coefficient / valeurs	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue attestant le paiement de la facture

Dr. Ghita BENHAYOUN

Spécialiste en pathologie cardiovasculaire
D.I.U Echocardiographie
de la Faculté Victor Segalen Bordeaux II
D.U cardiologie pédiatrique
de la Faculté René Descartes Paris V



د. غيثة بن حيون

اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين
دبلوم الفحص بالصدى بكلية بوردو II
دبلوم أمراض القلب عند الأطفال بكلية باريس V

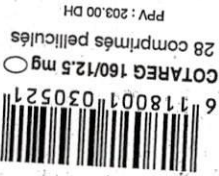
Casablanca, Le : 07/08/2022.

M^r Elhibeli Elhay



6 118001 030521
COTAREG 160/12.5 mg ○
28 comprimés pelliculés

PPV : 203.00 DH



28 comprimés pelliculés
COTAREG 160/12.5 mg ○
6 118001 030521



6 118001 030521
COTAREG 160/12.5 mg ○
28 comprimés pelliculés

PPV : 203.00 DH

1) Cotareg 160/12.5

20310024

812.00

PHARMACIE BAB ESSALAM
Mr SEKKAT Omar
27, Rue de l'Atlas - C.I.L.
Casablanca - Tél: 0522.94.15.14
082118000087



6 118001 030521
COTAREG 160/12.5 mg ○
28 comprimés pelliculés

PPV : 203.00 DH



[Signature]

82, Rue Moussa Ibnou Noussair, 1er étage, Casablanca

Tél. : 05 22 260 250 / 05 22 48 20 14 • Fax : 05 22 48 20 14 • GSM : 06 61 43 05 60 • ghitaenhayoun@yahoo.fr