

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 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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 071444

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9459 Société : R A M
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL BGM RADOUANE
Date de naissance : 01 05 1966
Adresse :
Tél. : 06 65 12 85 07 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / / COMPLÉMENT
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 : 25 NOV 2022
Signature de l'adhérent(e) : Le : 25 / 11 / 2022

VOLET ADHÉRENT

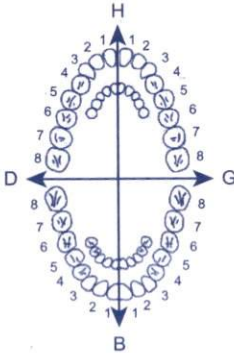
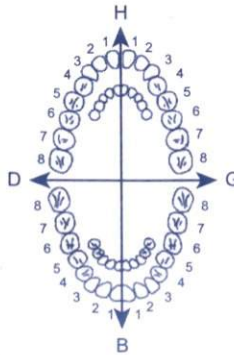
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

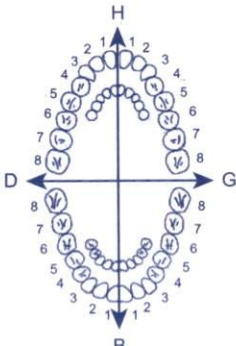
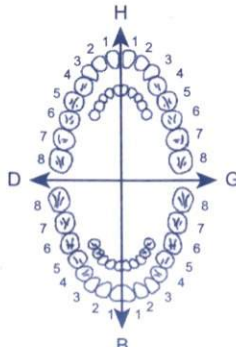
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------|--|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS 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"> <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 <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 | | | |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D ————— G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | | |
| | | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | | |
| | | | | | DATE DE L'EXECUTION |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE

| | | | |
|-------------------------|------------------------------|--|------------------|
| Police N° | : 0600993038 | Contractante | : Societe Serima |
| Assuré | : Fatima Filahchouf | Date de réception de la déclaration | : 13/10/2022 |
| N° Adhésion | : 74 | Date de validation | : 18/10/2022 |
| Personne soignée | : Fatima Filahchouf | Date de survenance | : 19/08/2022 |
| Sinistre N° | : 5438661 | Déclaration N° | : 1879568A |
| Bordereau N° | : 872665 | Médecin Traitant | : IDRISSE YAHYA |
| Intermédiaire | : 10302 GRAS SAVOYE MAROC SA | | |

| Nature de soins | Frais engagés | Coefficient | Valeur | Base de remboursement (a) | Frais remboursés par le premier assureur | Taux de remboursement (b) | Frais remboursés (c)= (a)*(b) |
|---------------------------------------|---------------|-------------|--------|------------------------------|--|------------------------------|----------------------------------|
| VISITE / CONSULTATION | 150.00 | NA | NA | 150.00 | NA | 80.00 % | 120.00 |
| MEDICAMENTS | 258.70 | NA | NA | 258.70 | NA | 80.00 % | 206.96 |
| RADIOGRAPHIE | 250.00 | NA | NA | 250.00 | NA | 80.00 % | 200.00 |
| Objets et fournitures d'usage medical | 210.00 | NA | NA | 175.00 | NA | 80.00 % | 140.00 |
| Totaux | 868.70 | | | 833.70 | | | 666.96 |

Détail explicatif des soins non remboursés

| Nature du soin non remboursé | Montant du soin non remboursé | Motif du non remboursement |
|------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| TVA/Matériel | 35.00 | TVA NON REMBOURSABLE |
| Totaux | 35.00 | |

Nom du gestionnaire : ZAOUAL NORA
Date de l'édition : 18/10/2022

a) Si la nature du soin correspond à une prestation avec une valeur clé (dentaire, analyses, etc.), la base de remboursement est le produit du coefficient de remboursement par la valeur clé.

Si la nature du soin ne correspond pas à une prestation avec valeur clé, la base de remboursement est issue de la Nomenclature générale des actes professionnels marocaine.

b) Le taux de remboursement est le taux de couverture garanti défini pour chaque prestation dans le contrat.

c) Les frais remboursés ne peuvent pas dépasser le solde restant du plafond général ou le solde restant du plafond de la prestation.



CNIA SAADA
Assurance

DÉCLARATION DE MALADIE N° 1879568

A

☐ Maladie ☐ Maternité ☐ Optique ☐ Traitements spéciaux

Société contractante

Société contractante : SERINA

N° de police :

N° d'adhésion : 44

N° d'adhésion du conjoint :

Cachet de la société contractante

SERINA
Rue de la Liberté 100
Angle rue de la Liberté et rue de la Paix
Tél: 0522 45011 - 0522 45012 - 0522 45013

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom : FILAHCHOUF Prénom(s) : FATINA

N° de C.I.N : Date de naissance :

Adresse :

..... Ville :

Montant des frais engagés : 868,70 DH

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration

Fait à : CASA, le 11/10/2022

Signature de l'assuré(e)

CNIA SAADA Assurance. Société anonyme d'assurances et de réassurance au capital social de 411.687.400 de DH. Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances - siège social 216, Boulevard Zerktouni - 20 000 Casablanca Maroc - RC Casablanca : 22.341. CNSS : 167.8541 - Taxe professionnelle : 355.11.249 - IF : 01084025 - Tél. : 0522 47 40 40 - Fax : 0522 20 60 81 - www.cniasaada.ma

VOLET DÉTACHABLE

Déclaration de Maladie

N° 1879568

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

Exemplaire à conserver par l'assuré(e).

Police n° :

Adhésion n° :

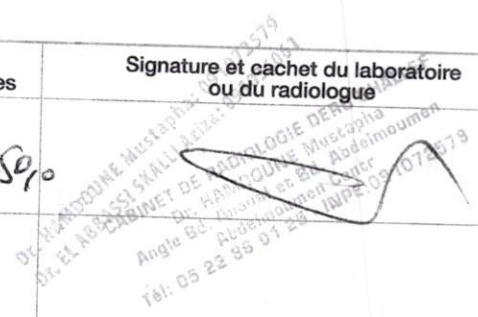
Nom de l'assuré(e) :

Date de consultation :

Total des frais engagés :

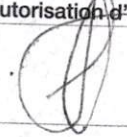
Date de dépôt :

Analyses - Radiographies

| Date de l'ordonnance | Désignation des coefficients | Montant des honoraires | Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue |
|----------------------|------------------------------|------------------------|--|
| 26/03/2022 | Paracellin Cubical f1p | 259,00 |  |
| | | | |
| | | | |

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

- ☐ Devis Nombre de séances : Établi le :
☐ Facture Nombre de séances : Établie le :

| Date des soins | Nombre | | | | Montant détaillé des honoraires | Signature et cachet du praticien N° d'autorisation d'exercer au Maroc |
|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|---|
| | AM | PC | IM | IV | | |
| 19/8/22 | | | | | 210,00 |  |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Cadre réservé à CNIA SAADA Assurance

| Médecin conseil | Fiche dossier |
|-----------------|---------------|
| | |

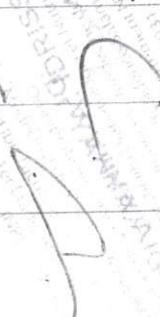
Exemplaire à conserver par l'intermédiaire.

À remplir par le Médecin

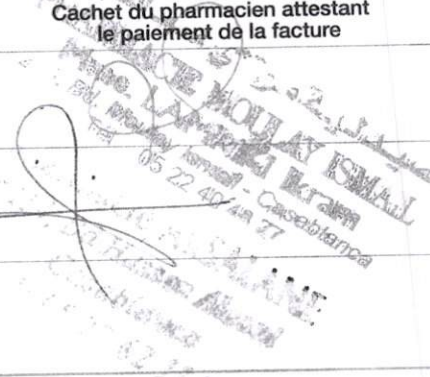
Renseignements concernant le patient

Nom du patient : FILAH CHOUF Prénom(s) du patient : FATIMA
 Date de naissance : Lien de parenté avec l'assuré(e) :
 Nature de la maladie : hémite
 S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause :
 Fait à :, le

Détail des soins (à remplir par le Médecin)

| Date des actes médicaux | Nombre d'actes | Nature et coefficient | Montant détaillé des honoraires | Signature et cachet du médecin attestant le paiement des actes |
|-------------------------|----------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 19/08/22 | C | | 1500dh |  |
| 25/08/22 | E | | CG | |
| | | | | |

Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)

| Date de l'ordonnance | Montant de la facture | Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture |
|----------------------|-----------------------|---|
| 19/08/22 | 88,90 |  |
| 25-08-22 | 169,80 | |
| | | |

Exemplaire à conserver par l'assuré(e).

الفحص بالأشعة درب غلف RADIOLOGIE DERB GHALLEF

Angle Bd Anoual et Abdelmoumen

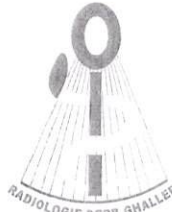
DOCTEUR HAMDOUNE Mustapha

Spécialiste en RADIOLOGIE

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

Diplômé en IMAGERIE des SEINS ,ORL et Maxillo-faciale

Ancien Praticien Hospitalier des hôpitaux de France



Professeur EL ABBASSI SKALLI Aziza

Specialiste en RADIOLOGIE

EX Professeur en Radiologie au CHU

et la Faculté de Médecine Casablanca

Diplômée en IMAGERIE de la FEMME de la F.M.P.

Ancien Praticien des hôpitaux de France

- SCANNER MULTIBARRETTES 3D (32 COUPES) • ANGIOSCANNER • COLOSCOPIE VIRTUELLE • IMAGERIE DE LA FEMME
- MAMMOGRAPHIE NUMERIQUE • OSTEODENSITOMETRIE • RADIOLOGIE • PANORAMIQUE DENTAIRE NUMERIQUE • CONE BEAM
- DENTASCANNER • TELERADIO A 4m • ECHOGRAPHIE 3D4D • DOPPLER COULEUR • PONCTION BIOPSIE GUIDEE • IRM

Casablanca , le 26/08/2022

PATIENT : FILAHCHOUF FATIMA
MEDECIN TRAITANT : DR IDRISI A.YAHYA
EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX RACHIS CERVICAL F+P**

Pour les images, utilisez le lien : <http://105.155.253.124:8088/visionpacs/>
Login : 83826 Mot de Passe : 11295

RESULTAT :

Rectitude du rachis cervical.

Pincement discal C5-C6 avec condensation des plateaux vertébraux sus et sous jacent :
Cervicarthrose C5-C6.

Les vertèbres cervicales sont de hauteur normale.

Absence d'anomalie des parties molles pré-vertébrales.

Confraternellement
DR HAMDOUNE

CABINET DE RADIOLOGIE DERB GHALLEF
Angle Bd. Anoual et Abdelmoumen
Tél: 05 22 86 01 25 / 86 10 68

Tél. : 0522.86.01.25 / 86.10.68 : الهاتف - GSM : 06 61 20 33 31 : المحمول

ملتقى شارع أنوال وعبد المومن - الطابق السفلي - إقامة عبد المومن سنتر - بجانب إل سي وايكبي - الدار البيضاء
Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, rez-de-chaussée, Résd. Abdelmoumen Center, à côté de LC Waikiki - Casablanca

Fax : 0522.86.59.45 - Email : radiologiederbghallef@gmail.com - I.C.E.: 001850004000042

IF : 20729789 - RC : 367455 - TAX PRO : 34705167 - N° AFFL : 5307782

الفحص بالأشعة درب غلف RADIOLOGIE DERB GHALLEF

Angle Bd Anoual et Abdelmoumen

DOCTEUR HAMDOUNE Mustapha

Spécialiste en RADIOLOGIE
Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris
Diplômé en IMAGERIE des SEINS ,ORL et Maxillo-faciale
Ancien Praticien Hospitalier des hôpitaux de France



Professeur EL ABBASSI SKALLI Aziza

Specialiste en RADIOLOGIE
EX Professeur en Radiologie au CHU
et la Faculté de Médecine Casablanca
Diplômée en IMAGERIE de la FEMME de la F.M.P.
Ancien Praticien des hôpitaux de France

• SCANNER MULTIBARRETTES 3D (32 COUPES) • ANGIOSCANNER • COLOSCOPIE VIRTUELLE • IMAGERIE DE LA FEMME
• MAMMOGRAPHIE NUMERIQUE • OSTEODENSITOMETRIE • RADIOLOGIE • PANORAMIQUE DENTAIRE NUMERIQUE • CONE BEAM
• DENTASCANNER • TELERADIO A 4m • ECHOGRAPHIE 3D4D • DOPPLER COULEUR • PONCTION BIOPSIE GUIDEE • IRM

Casablanca, le 26/08/2022

FACTURE : 04291/2022

NOM ET PRENOM : FILAHCHOUF FATIMA

TYPE EXAMEN : RX RACHIS CERVICAL F+P

MONTANT : 250 DH

DEUX CENT CINQUANTE DH

CABINET D RADIOLOGIE DERB GHALLEF
Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen
Tél: 05 22 59 45 45 - IMPE: 09 10 72 57 19

المحمول : 06 61 20 33 31 - GSM : 0522.86.01.25 / 86.10.68 - الهاتف :

ملتقى شارع أنوال وعبد المومن - الطابق السفلي - إقامة عبد المومن سنتر - بجانب إل سي وايككي - الدار البيضاء
Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, rez-de-chaussée, Résd. Abdelmoumen Center, à côté de LC Waikiki - Casablanca
Fax : 0522.86.59.45 - Email : radiologiederbghallef@gmail.com - I.C.E.: 001850004000042

PARA B.M REDA

FACTURE N° : 202200061

MM FILAHCHOUF FATIMA

Casablanca le, 20/08/2022

Code Client : 000001

| Code Article | Désignation | Qté | P.U. | Montant |
|--------------|---|------|--------|---------|
| 565456 | BL N° 202211358 DU 19/08/2022 BG BANDAGE IMMOBILIS COUDE /CORPS DTDR 204 | 1.00 | 210.00 | 210.00 |

| | |
|--------------|--------|
| TOTAL H.T. | 175.00 |
| TOTAL T.V.A. | 35.00 |
| TOTAL T.T.C. | 210.00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :
DEUX CENT DIX DH.

Référence Règlement
ESPECE (210.00)

Docteur Yahya A. IDRISSE

Lauréat de la FMP - RABAT
Ex-Médecin des Hôpitaux publics
Certificat en Echographie générale
Certificat en Diabétologie générale - Nutrition
Médecin de Travail
(U. REIMS - France)



الدكتور يحيى ع. الإدريسي

خريج كلية الطب و الصيدلة بالرباط
طبيب سابق بالمستشفيات العمومية
شهادة في الفحص بالصدى
شهادة في أمراض السكري و علم التغذية
طبيب الشغل
(جامعة ريمس - فرنسا)

25/08/2022

MME FILAHCHOUF FATIMA

Rx rachis cervical F+P

CABINET DE RADIOLOGIE DERB CHALLEF
Dr. FILAHCHOUF FATIMA
Angle Bd. Mohammed VI et Bd. Abdelhounen
Tél: 05 22 58 33 33 - INDE 381072534

Dr. YAHYA A. IDRISSE
Généraliste - Radiologue
Méd. de Travail
Boulevard Mohammed VI
Casablanca

العنوان : شارع ابن تاشفين، إقامة السلام G314، الطابق الأول شقة 2 - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 61 22 94، المستعجلات : 06 62 35 58 33
Adresse : Bd Ibn Tachafine, Résidence Salam G314 Etage N°1, Appartement N° 2 - Casablanca
Tél.: 05 22 61 22 94 - Urgences : 06 62 35 58 33 - Email : dr.idrissiyahya@gmail.com

Docteur Yahya A. IDRISSI

Lauréat de la FMP - RABAT
Ex-Médecin des Hôpitaux publics
Certificat en Echographie générale
Certificat en Diabétologie générale - Nutrition
Médecin de Travail
(U. REIMS - France)



الدكتور يحيى ع. الإدريسي

خريج كلية الطب و الصيدلة بالرباط
طبيب سابق بالمستشفيات العمومية
شهادة في الفحص بالصدى
شهادة في أمراض السكري و علم التغذية
طبيب الشغل
(جامعة ريمس - فرنسا)

19/08/2022

210,00 MME FILAHCHOUF FATIMA

Écharpe coude au corps

العنوان: شارع ابن تاشفين، إقامة السلام G314، الطابق الأول شقة 2 - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 61 22 94، المستعجلات: 06 62 35 58 33
Adresse : Bd Ibn Tachafine, Résidence Salam G314 Etage N°1, Appartement N° 2 - Casablanca
Tél.: 05 22 61 22 94 Urgences : 06 62 35 58 33 Email : dr.idrissiyahya@gmail.com

Docteur Yahya A. IDRISSE

Lauréat de la FMP - RABAT
Ex-Médecin des Hôpitaux publics
Certificat en Echographie générale
Certificat en Diabétologie générale - Nutrition
Médecin de Travail
(U. REIMS - France)



الدكتور يحيى ع. الإدريسي

خريج كلية الطب و الصيدلة بالرباط
طبيب سابق بالمستشفيات العمومية
شهادة في الفحص بالصدى
شهادة في أمراض السكري و علم التغذية
طبيب الشغل
(جامعة ريمس - فرنسا)

25/08/2022

MME FILAHCHOUF FATIMA

3x56,60

- Diprostene - suspension injectable
1inj/jour 3jours

169,80

114, Bd. Hassan Alaoui
Casablanca - Tél: 05 22 62 11 71

Dr YAHYA A. IDRISSE
Médecin de Travail
Bd Ibn Tachafine
Casablanca

العنوان : شارع ابن تاشفين، إقامة السلام G314، الطابق الأول شقة 2 - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 61 22 94، المستعجلات : 06 62 35 58 33
Adresse : Bd Ibn Tachafine, Résidence Salam G314 Etage N°1, Appartement N° 2 - Casablanca
Tél: 05 22 61 22 94 - Urgences : 06 62 35 58 33 - Email : dr.idrissiyahya@gmail.com

Docteur Yahya A. IDRISSE

Lauréat de la FMP - RABAT
Ex-Médecin des Hôpitaux publics
Certificat en Echographie générale
Certificat en Diabétologie générale - Nutrition
Médecin de Travail
(U. REIMS - France)



الدكتور يحيى ع. الإدريسي

خريج كلية الطب و الصيدلة بالرباط
طبيب سابق بالمستشفيات العمومية
شهادة في الفحص بالصدى
شهادة في أمراض السكري و علم التغذية
طبيب الشغل
(جامعة ريمس - فرنسا)

19/08/2022

MME FILAHCHOUF FATIMA

- Vitanevril fort - comprimé dragéfié
1 Comprimé, matin, midi, soir
- Epyca 50 mg - gélule
1 Gélule, soir, pendant 2 semaines

العنوان : شارع ابن تاشفين، إقامة السلام G314، الطابق الأول شقة 2 - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 61 22 94، المستعجلات : 06 62 35 58 33
Adresse : Bd Ibn Tachafine, Résidence Salam G314 Etage N°1, Appartement N° 2 - Casablanca
Tél.: 05 22 61 22 94 - Urgences : 06 62 35 58 33 - Email : dr.idrissiyahya@gmail.com