

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0053815

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5242

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

0641734194 1822,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

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

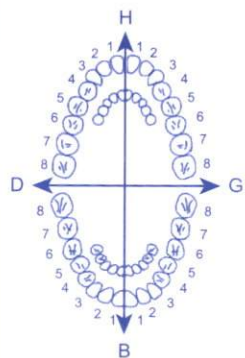
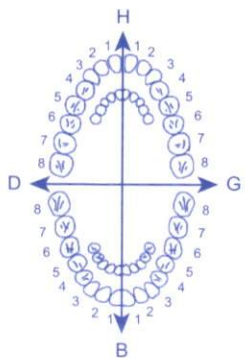
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

Veillez 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>G</b> </div> </div> <b>B</b>				
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

Établir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux-mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNOPS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأثمتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة. سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

### Cachet et signature de la mutuelle

### توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent .....

Date de dépôt du dossier : .....



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
مرجع رقم 1.1.01.01 Réf ANAM

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : Bouhaik Saïda  
N° d'Affiliation : 280348  
N° Immatriculation : 9527711405  
N° CIN : 8341918  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré (e) \*  
Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن  
Adresse : 64 lot A Isoulana nidi marouf  
Rue 28 Cour  
Montant des frais : 1822 Dhs  
Nombre de pièces jointes : 8

### Déclaration du médecin traitant

### تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins  
Nom et prénom :  
Date de naissance :  
N° CIN :  
Sexe\* : M ☐ ذكر F ☐ أنثى

### Identification du médecin traitant

### تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 091174051  
Type de soins : CNA  
Maladie \* ☐ مرض \*  
Maternité \* ☐ أمومة \*  
Hospitalisation \* ☐ استشفاء \*  
Accident \* ☐ حادث \*

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant  
Fait à : Casa : حرز  
le : 27/11/2022 في :  
Signature de l'assuré (e)

أصحب بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables  
Fait à : Casa : حرز  
le : 27/11/2022 في :  
Cachet et signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

INP : Identification Nationale du Praticien  
\* Cocher la mention utile pour chaque case

\* أنشطب العانة







Accueil > Application > assure app

[\(/portailapps/www/index.php/assures/authentification\)](#)

[Recommandations](#)

[Prises en charge](#)

[Immatriculation](#)

Menu



En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information

ENREGISTRE 1

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 1

Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 2	-	05/05/2021	Virement	-	2 315,00	1 301,00	5,00	1 306,00
67172515	12/04/2021	Payé en : 23 jours		BOUHAÏK SAÏDA	1 455,00	1 275,00	5,00	1 280,00
67172536	12/04/2021	Payé en : 23 jours		BOUHAÏK SAÏDA	860,00	26,00	0,00	26,00
- 3	-	26/02/2021	Virement	-	4 134,20	1 740,59	139,03	1 879,62
65490966	12/01/2021	Payé en : 45 jours		BOUHAÏK SAÏDA	300,00	120,00	5,00	125,00
65491031	12/01/2021	Payé en : 45 jours		BOUHAÏK SAÏDA	1 018,00	759,20	20,00	779,20
65491005	12/01/2021	Payé en : 45 jours		BOUHAÏK SAÏDA	2 816,20	861,39	114,03	975,42
- 1	-	25/12/2020	Virement	-	650,60	248,66	34,41	283,07
64628725	23/11/2020	Payé en : 32 jours		BOUHAÏK SAÏDA	650,60	248,66	34,41	283,07
- 2	-	10/12/2020	Virement	-	4 216,30	2 904,10	470,00	3 374,10
64533605	17/11/2020	Payé en : 23 jours		BOUHAÏK SAÏDA	814,70	576,90	5,00	581,90
64533656	17/11/2020	Payé en : 23 jours		BOUHAÏK SAÏDA	3 401,60	2 327,20	465,00	2 792,20
- 1	-	02/11/2020	Virement	-	500,00	128,00	24,00	152,00
63750871	30/09/2020	Payé en : 33 jours		BOUHAÏK SAÏDA	500,00	128,00	24,00	152,00
- 6	-	19/10/2020	Virement	-	6 337,10	3 617,30	107,65	3 724,95
63505679	17/09/2020	Payé en : 32 jours		BOUHAÏK SAÏDA	328,00	120,00	5,00	125,00
63505540	22/07/2020	Payé en : 89 jours		BOUHAÏK SAÏDA	897,60	722,60	5,00	727,60
63505461	17/09/2020	Payé en : 32 jours		BOUHAÏK SAÏDA	1 000,00	520,00	34,66	554,66
63505376	17/09/2020	Payé en : 32 jours		BOUHAÏK SAÏDA	2 962,50	1 931,70	39,99	1 971,69
63505334	17/09/2020	Payé en : 32 jours		BOUHAÏK SAÏDA	849,00	160,00	20,00	180,00

MME BOUHAÏK SAÏDA  
NO 64 LOT ESSALAMA HAY  
FLOURIDA S  
CASABLANCA  
CASABLANCA CENTRE DE TRI  
20000

Royaume du Maroc



Accusé de Réception



N° de Dossier : 77741168 Date et heure : 30/11/2022 13:11  
Nom et prénom Assuré : BOUHAÏK SAÏDA  
Immatriculation : 95771405 / 090238844  
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: BOUHAÏK SAÏDA / 01  
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS  
Lieu de réception : CASA SIEGE 90129  
Valeur en Dirhams : 1.822,00 Nombre de pièces : 8  
Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE244  
Nom Etablissement :



# Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laila LARAQUI

Casablanca, le 17/11/2022

**FACTURE N° : 22/11638**

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de :

**700,00 Dhs**

**SEPT CENTS DIRHAMS**

Concernant les analyses exécutées le **08/11/2022**

Pour **BOUHAÏK SAÏDA**

Sur ordonnance du : **Pr BENGHALEM ABDELHAMID**

LA LABORATOIRE DE PATHOLOGIE DU CENTRE  
52, Bd. Zerktouni - 3ème étage - Casablanca  
Tél. : 022.22.51.31 / 022.22.51.34 - Fax : 022.22.50.90  
Email : labo\_du\_centre@yahoo.fr  
Patente N° 34206650 - TVA N° 819561 - CNSS N° 2364917 - ICE 00083436000045

Adhérent : 090238844      Benef : 01      BOUHAÏK SAÏDA

Date.Déc.: 01122022    Num décompte : 9MGE4990032    Décomptes adhérents

P038TPV6    P038TDV6    6/12/22

09    MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCA CMR    CAISSE MAROCAINE DES RETRAIT

Nat.s: A    Mod.p: V PS    Dest.r: 090238844 BOUHAÏK SAÏD

Soins.: 04112022 - 04112022    Arrivée: 30112022    Compos.: 77741168

Orig: SA09    Réf RO: N° 95771405    G.Rég.: 02    Caisse 06    Centre 0000

Acte    Dépense    Multi.    Prix Uni.    Tro Trc    Remb. R.O.    Remb. R.C.    Majo

H500    250,00    1,00    100,00    80 85    80,00    5,33

PH0    30,80    1,00    30,80

PH    841,20    1,00    707,90    100 86    707,90

Z324    700,00    1,00    132,00    80 100    105,60    26,40

Part complémentaire réglée le : 01.12.22

Fin

..Totaux..    ..Remb.RO..    ..Remb.RC..    ..Net.dest. ...Tiers...

Nb.l.: 4    893,50    31,73    925,23

Paie. et édit. dest. : 5122022 5122022



Casablanca, le : 8.11.2022. الدار البيضاء في

1/2 Benhalek 8000  
65,00 x 2 = 130,00  
- Oa. flor 9

40,00 x 1  
- eff. pres 200 g 4  
3 g le jus 10 g 3 (S.V)

110,10 x 1  
- Colic 1.1 D 3 8

20,00 x 1  
- Rouad 200 g 4

130,20 x 1 (S.V)

130,20 x 1 (S.V)

300,10

Pharmacie LAROUSSI S.A.R.L.  
Dr Laila LAROUSSI  
206 - 210 Bd Roudani - Casablanca  
Tél: 05 22 98 97 83 / Fax: 05 22 25 37 04  
ICE: 000 204 383 8000 86  
INPE: 092 06 19 10

Pr. A. BENGHALEM  
Professeur Agrégé  
Chirurgie ORL & Maxillo-Faciale  
58, Bd. Rachidi - Casa Tél: 0522 48 63 65  
ICE: 001711024004057

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA  
CNSS: 1037680 - IF: 01020458 - RC: 74087 - Patente: 35504150  
Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36/37  
Fax: 05 22 22 03 57 - Email: rachidi@cliniquerachidi.com

www.cliniquerachidi.com

43, شارع الراشدي - الدار البيضاء  
ص. و. ط. ج: 1037680 - رقم التعريف: 01020458 - س. ت. 74087 - البناتا: 35504150  
الهاتف: 05 22 29 48 36/37 - 05 22 27 61 41 - 05 22 22 12 96  
الفاكس: 05 22 22 03 57  
www.cliniquerachidi.com

R.D.J. Lundi 14/11/2022 à 14h en cabinet.  
(الطبيب)

**EFFIPRED® 20 mg**  
PPV 401400  
EXP 08/2025  
LOT 24015 3

6 118000 031369  
**EFFIPRED®**  
20 comprimés 20 mg

**OXIFLOR®**  
10 comprimés 200 mg  
6 118000 033618

PPV 650400 EXP 01/2025  
LOT 18039 1  
**OXIFLOR® 200 mg**

PPV 650400 EXP 09/2024  
LOT 18031 1

6 118000 032618  
**OXIFLOR®**  
10 comprimés 200 mg

**Cacit® Vitamine D3**  
Carbonate de calcium et Cholecalciférol  
1000 mg/880 UI  
6 118001 040070  
Fabricant:  
HERMES PHARMA GmbH  
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSEBERG  
AUTRICHE  
BOTTU SA PPV: 110 DH 10  
Lot: 1100820  
EXP: OCT 2024

**Paradol Extra 500 mg/65 mg**  
20 comprimés pellicules alvéolaires  
6 118000 161318  
LOT: 0383  
PER: AVR 2024  
PPV: 20 DH 00



Casablanca, le : 6-11-2022 في الدار البيضاء

Dr. Samir AGOUZAL  
Anesthésiste

77,00  
ANGLOIR

Amp song

36,00

Calciu

Ag

172,20

1 alpha

1

1ve BOUTAIC Souto

1 se la air en remplacement du  
Pneul

felt 15 jours

T<sup>2</sup> 205,20

Pharmacie LAZOUZAL S.A.R.L.  
Dr. Laila LAZOUZAL  
206 - 210 Bd Mohammed VI - Casablanca  
Tél: 05 22 98 87 83 / Fax: 05 22 25 37 04  
N° de Registre: 092 06 19 10 10

Dr. Samir AGOUZAL  
Anesthésiste  
CLINIQUE RACHIDI  
43, Boulevard RACHIDI - Casablanca

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA

CNSS: 1037680 - IF: 01020458 - RC: 74087 - Patente: 35504150  
Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36/37  
Fax: 05 22 22 03 57 - Email: rachidi@cliniquerachidi.com



www.cliniquerachidi.com

43, شارع الراشدي - الدار البيضاء

ص. و. ض. ج: 35504150 - رقم التعريف: 01020458 - س. ت: 74087 - الباتنة: 35504150  
الهاتف: 05 22 29 48 36/37 - 05 22 27 61 41 - 05 22 22 12 96  
www.cliniquerachidi.com الفاكس: 05 22 22 03 57

**ANGLOR<sup>®</sup> 10 mg**  
Amlodipine  
30 comprimés



**Cacit<sup>®</sup> 1000** ○  
Calcium

10 Comprimés effervescents



**BOTTU SA**  
PPV: 38 DH 00  
PER: 08/24  
LOT: 1060860

Titulaire d'AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quartier Arsalene-Rue d'Amoy d'Arville  
CASABLANCA-MAROC  
UN-ALFA<sup>®</sup> 1 µg  
Capsules  
Boîte de 30 Capsules Molles



PPV: 172,20 DH  
AMM N° 713/18 DMP/21/NRQ





# Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 11/11/22

Nom & Prénom : Mme BOUHAÏK SAÏDA  
Sur ordonnance du : Pr BENGHALEM ABDELHAMID  
Réf. : 22H11201

Prélevé le : 07/11/22 et parvenu au laboratoire le : 08/11/22

Organe ou siège du prélèvement : Thyroïde

Renseignement(s) clinique(s) : Age : 67 ans

Thyroïdectomie totale

Goitre nodulaire

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Pièce de thyroïdectomie totale parvenue en monobloc pesant 15 grammes, avec un lobe droit mesurant 3 x 1,5 x 0,8 cm, un isthme de 1,8 x 1 cm et un lobe gauche mesurant 3 x 3 x 1,2 cm. Aux différentes tranches de section, le lobe droit trois micronodules colloïdes de 0,2 à 0,9 cm, l'isthme présente des micronodules colloïdes avec une taille des nodules variant de 0,2 à 0,8 cm avec présence d'un ganglion isthmique de 0,4 cm.

Le lobe gauche d'aspect bosselé avec un aspect micronodulaire colloïde et une taille des nodules variant de 0,3 à 0,8 cm.

Les différentes coupes réalisées montrent un aspect histologique similaire : Il s'agit d'une hyperplasie diffuse du parenchyme thyroïdien avec exagération et épaississement fibreux arciforme de la lobulation physiologique qui lui confère un aspect nodulaire. Ces secteurs nodulaires sont constitués de vésicules thyroïdiennes distendues, à lumière occupée par une colloïde épaisse, tapissée de cellules folliculaires cubiques ou plus souvent endothéliformes.

Le tissu interstitiel est remanié par des foyers fibro-hyalins avec présence focalement de microgranulomes épithélioïdes et giganto-cellulaires sans nécrose associée, disposées autour de restes de colloïde, réalisant un aspect de thyroïdite granulomateuse focale à minima.

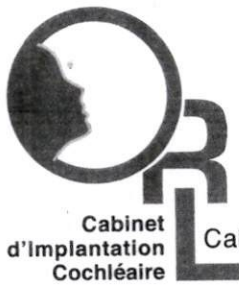
Le ganglion isthmique retrouvé est d'aspect réactionnel.

La capsule thyroïdienne est toujours fine et continue.

**Conclusion :** - Thyroïdectomie totale : Goitre dystrophique nodulaire et diffus, associé à la présence focale de lésions de thyroïdite granulomateuse épithélioïde et gigantocellulaire, sans nécrose associée pouvant rentrer dans le cadre d'une thyroïdite de palpation : aspect à confronter au reste des données cliniques et biologiques +++

- Pas de signes de malignité.

Dr. BENKIRANE Nouhad  
ANATOMO - PATHOLOGISTE  
52, Boulevard Zerkouni  
Tél. 22.51.31 - 22.51.34  
Fax : 22.50.90



Cabinet  
d'Implantation  
Cochléaire

Cabinet Spécialisé  
en ORL

**الدكتور عبد الحميد بنغاليم**

أستاذ مبرز

أمراض وجراحة الأذن والأنف والحنجرة

عضو الأكاديمية الفرنسية

مقيم سابقا بالأكاديمية الطبية بباريس

عضو الأكاديمية الأوروبية لجراحة قاعدة الجمجمة

رئيس سابق SMORL, PAFOS, SIFORL

كاتب عام MAFOS

عضو المكتب التنفيذي العالمي

**Docteur Abdelhamid BENGHALEM**

PROFESSEUR AGREGÉ

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Ancien Résident du Collège

de Médecine des Hôpitaux de Paris

MEMBRE DE L'EAONO

Past Président SMORL, PAFOS, SIFORL

Secrétaire Général MAFOS

MEMBRE EXECUTIF IFOS INTERNATIONAL

Casablanca, le ..... في الدار البيضاء،

14/11/2022

**BOUHAİK Saïda**

- 24,40x2 = 48,80
- 1). LEVOthyrox 100 CR/J A VIE
- 20,00 \* 2). SKARFLEX GEL OCALISANT 1 APPLICATION MASSAGE 3 FOIS
- 28,80x3 3). VITANEVRIL FORT 1 CP 3 Foix/ J Pdt 1 Mois
- 77,60x4 4). PANADOL EXTRAFORT 2 CP 3 FOIS PAR JOUR EN CAS DE DOULEURS OU MAUX DE TETE
- +210x

Pharmacie Laroussi S.A.R.L.  
Dr Laila LAROUSSI  
206 - 210 Bd Roudani - Casablanca  
T: 05 22 98 97 83 / Fax: 05 22 25 37 04  
ICE: 000 204 383 0000 86

**Professeur BENGHALEM**

**Dr. BENGHALEM**  
PROFESSEUR AGREGÉ  
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE  
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE  
58, Bd Rachidi Place de la Fraternité - CASABLANCA -



nce, s'adresser à la Clinique

22 22 12 96 / 05 22 22 03 57

58, شارع الراشدي - ساحة الأخوة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 48 60 00 / 05 22 48 60 01

Place de Fraternité - Casablanca - Tél. : 05 22 48 60 00 / 05 22 48 60 01 - Whatsapp : 06 56 53 61 42

E.mail : abdelhamid.benghalem@gmail.com / cabinetmedical58@gmail.com - ICE : 001711024000057





CLINIQUE RACHIDI  
oto-neuro-ophtalmologie

مصحة  
الراشدي  
مصحة الراشدي

NEUROCHIRURGIE-NEUROLOGIE  
OTORHINOLARYNGOLOGIE ET  
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE  
OPHTALMOLOGIE  
REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE  
LASER CO<sub>2</sub>-ARGON-YAG  
SCANNER SPIRALE  
IMPLANTATION COCHLEAIRE  
DIAGNOSTIC ET BILAN DE SANTE

04.11.22

جراحة أمراض الرأس والدماغ والعمود الفقري  
جراحة الأذن والأنف والحنجرة  
جراحة الوجه والعنق  
جراحة أمراض العيون  
الإنعاش الطبي والجراحي  
جهاز اللايزر  
جهاز السكاير الجسماني الكلي  
زرع فوطة الأذن  
التشخيص والتحليلات

091187054

## NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur

**Dr. Sanae AGOUZAL**  
Anesthésiste - Réanimateur

a l'honneur de présenter ses meilleurs salutations à

M<sup>me</sup>

**BOUHAIK SAIDA**

et lui adresse selon l'usage, sa note d'honoraires, pour un acte coté :

ORA

Soit la somme de :

250,00

DHS

**CLINIQUE RACHIDI**  
43, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tel: 05 22 29 48 36 / 37  
Réception

**Dr. Sanae AGOUZAL**  
Anesthésiste - Réanimateur

43, Boulevard RACHIDI - CASABLANCA

Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 42/43 - 05 22 29 48 36/37

Fax : 05 22 22 03 57

43 : شارع الراشدي - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 42/43 - 05 22 29 48 36/37  
الفاكس : 05 22 22 03 57

**CHIDI-CASABLANCA**

3 - RC: 74087 - Patente : 35504150

2 27 61 41 - 05 22 29 48 36/37

il : rachidi@cliniquerachidi.com



www.cliniquerachidi.com

43 : شارع الراشدي - الدار البيضاء

ص. و. ج. : 1037680 - رقم التعريف : 01020458 - س. ت. : 74087 - البانكا : 35504150

الهاتف : 05 22 29 48 36/37 - 05 22 27 61 41 - 05 22 22 12 96

الفاكس : 05 22 22 03 57 : www.cliniquerachidi.com