

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- 0048181

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3523 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENNIS FARIDA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06.61.31.10.05 Total des frais engagés : 8941,06 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément
P.E.C.

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 : Casablanca

Le : 29/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

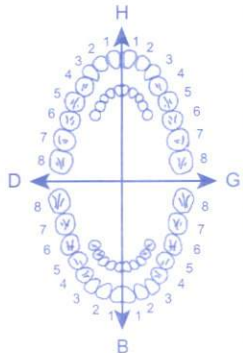
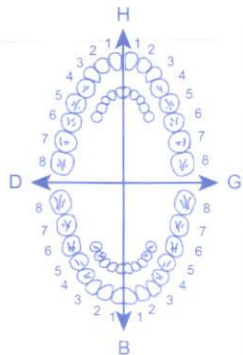
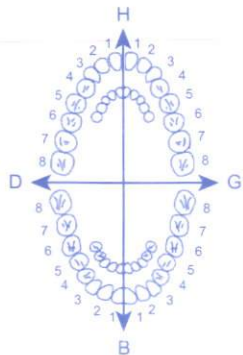
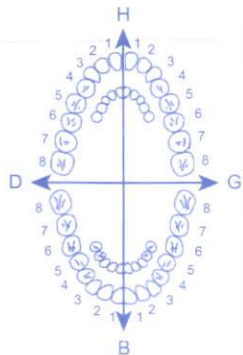
[illegible][illegible]

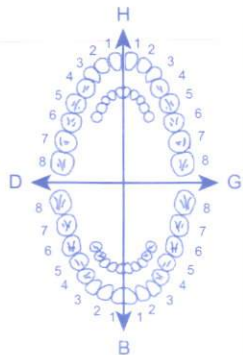
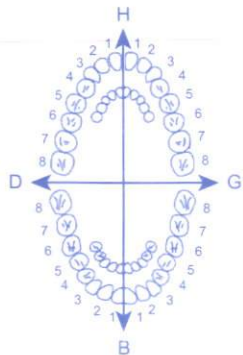
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

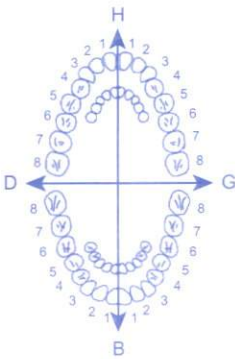
Important :

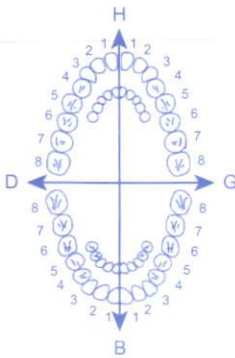
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> Coefficient DES TRAVAUX </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> DEBUT D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> Coefficient DES TRAVAUX </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>		
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>		

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		
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION		

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE					
	<div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div><div>G</div></div>				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				MONTANTS DES SOINS	
					DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dossier de prise en charge

(3 feuillets à adresser à la Compagnie)

Nom clinique :

Chambre n° :

Plaquette Décompte
Sera ajouté dès obtention
de la Cie d'assurance

À remplir par l'employeur

Cachet de l'employeur / Intermédiaire (1)	N° de police
Assuré Nom & prénom	N° d'affiliation
Malade Nom & prénom	Lien de parenté
Date de naissance	

Estimation du coût de l'hospitalisation par la clinique

Frais de séjour	Nbre de jours	P.U.	Total H.T.
Séjour normal	1	400,00	400,00
Soins intensifs (2)			
Réanimation (2)			
Cuveuse			

Nature des prestations

Actes	Cotation	P.U.	Total H.T.
Consultations Surveillance	1 x 375		375,00
Actes médicaux			
Actes chirurgicaux			
Anesthésie			
Bloc opératoire / Salle d'accouchement			
Surveillance réanimation			
Surveillance médicale (3)			
Examens (détaillés)			
Radiologie (standard, irm, scanner, écho...)			
Biologie			
Autres (anapathe, E.C.G., E.E.G, Fibro, Colono...)			
Lithotripsie (4)			
Dialyses			
Fournitures			
Pharmacie			66206,05
Matériels ostéosyntheses, Sang, plasma...			300,00
Total de l'estimation			67281,05

03-01-2023

Visa et cachet de la clinique
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel : 05 29 03 53 49
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@ickm.hcm.ma
N° IND 090061867

- (1) Cachet intermédiaire en cas des retraités
(2) Pour les cliniques disposant de ses unités
(3) À détailler dans le pli confidentiel
(4) Sous réserve de la production d'un certificat de guérison

«conformément à la loi 08-09, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux traitements de vos données personnelles. Ce traitement a été autorisé par la CNDP sous le N° : A-A2013/343».

À remplir par la clinique

Nom & prénom du malade	KABBAG MOHAMMED HILLAL
N° CIN ou autres (à préciser)	G 5139
Service d'hospitalisation	ONCOLOGIE
Médecin traitant	DR. SGALLI HOUSSEINI MOHAMMED
Motif d'hospitalisation (actes)	CHIMIOThERAPIE
Date d'hospitalisation	19-01-2023
En urgence le ou prévue le	
Nbre de pièces jointes	Dont certificat médical confidentiel obligatoire

Réservé à l'assureur

Avis technique du médecin conseil (4)	Sinistre n°
<input type="checkbox"/> Favorable / accord du :	
<input type="checkbox"/> Défavorable / motif	
<input type="checkbox"/> Réserves	
Signature et cachet de l'assureur	Cachet et réception

Important : En cas d'hospitalisation programmée, ce devis doit être présenté à l'assureur au moins trois jours avant la date prévue d'hospitalisation.
En cas d'urgence, ce devis doit être présenté à l'assureur dans les 24 heures suivant l'admission du patient.
Un fois signé par l'assureur, ce devis est valable pour les 30 jours suivant la date de sa signature.

Données personnelles

Les données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés. La durée de conservation de ces données est



réinventons /
l'assurance et l'épargne

CASABLANCA LE : 05/01/2023

Département Vie & Santé
Règlements Santé

SANLAM
216 BD ZERKTOUNI

CASABLANCA

CONTRAT GROUPE : 010 040036 07 SANLAM
INTERMEDIAIRE : 176BUR EAU DIRECT SIEGE
ASSURE : 023017 KABBAJ MOHAMMED HILAL
BENEFICIAIRE : KABBAJ MOHAMMED HILAL
SINISTRE N° : 23422107
FRAIS ENGAGES : 67281,50 Dhs

OBJET : ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

Nous soussignés, AXA ASSURANCE MAROC, sis au 120 – 122, Avenue Hassan II, certifions par la présente que M. ou (Mme, Mlle) : **KABBAJ MOHAMMED HILAL** de la société : SANLAM bénéficie de la garantie Maladie Maternité du contrat groupe souscrit auprès de notre compagnie par ladite société.

En conséquence, notre compagnie se substitue, conformément aux clauses du contrat à M. ou (Mme, Mlle) : **KABBAJ MOHAMMED HILAL**
Vis –à vis de : HOP.CHEIKH KHALIFA IBN ZAI Sise à : CASABLANCA

Pour le remboursement des frais médicaux relatifs au sinistre cité en référence dans la limite des conditions prévues au contrat jusqu'à concurrence de : 40000,00 Dhs

Les frais de taxes, services, accessoires, matériel, téléphone, accompagnant, fournitures, etc...sont exclus.

Il est entendu que cet accord est valable tant que l'assuré fera partie du personnel de la Société contractante

Veuillez agréer, Messieurs, l'expression de nos sentiments distingués.

HANTOUM

NB : *Prise en charge valable pendant 1 mois, en cas de désistement prière de retourner celle-ci.

*Le règlement sera fait sur présentation de la facture détaillée, des notes d'honoraires et des Pièces justificatives dans les 30 jours suivant l'exécution des soins (cf. Article 18 Convention FMSAR-CNOM)

AXA Assurance Maroc
Gestion & règlement
Vie & santé
Règlements santé

5521191**Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
CASABLANCA**

Réf: Police N° : 1000991624

Contractante : Saham Assurance

Adhésion N° : 10

Assuré Primaire : Mohamed Hilal Kabbaj

Personne Traitée : Mohamed Hilal Kabbaj

N° du bordereau : 887103

N° sinistre : 5521191

Date réception : 13/01/2023

Date retour :

N°Déclaration : 70402137

Code maladie : C34

Frais engagés : 67 281.05 DHS

Date de survenance : 13/01/2023

Médecin Traitant : MEDECIN DIVERS

Code Médecin : 19954

Ville (Médecin) : CASABLANCA

Spécialité : Divers

Objet : Accord**ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE****Valable pendant 1 mois à partir de la date de sa délivrance**

Nous soussignés, Sanlam Maroc, sis au 216, Boulevard ZERKTOUNI-Casablanca, certifions par la présente que M. ou Mme : **Mohamed Hilal Kabbaj** bénéficie de la garantie Maladie-Maternité du contrat cité en objet.

En conséquence, nous nous substituons au lieu et place de notre assuré pour régler le montant des frais occasionnés suite à son hospitalisation sans toutefois dépasser la contre-valeur en Dhs de : **18 269.29**

Notre règlement interviendra sur présentation de votre facture accompagnée de la présente prise en charge, des PPV et des prospectus relatifs aux frais pharmaceutiques, des notes d'honoraires et des résultats des examens et radios effectués, ainsi que le compte rendu d'hospitalisation.

Par ailleurs, nous vous invitons au respect de la convention qui nous lie et à collaborer avec notre médecin conseil en cas de contre visite médicale.

Veuillez agréer, Messieurs, l'expression de nos salutations distinguées.

Direction Indemnisation Soins de Santé

Estimation du coût de l'hospitalisation par l'assureur de Mohamed Hilal Kabbaj

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)
HOSPITALISATION MEDICALE	67 281.05	NA	NA	22 836.61	NA	%	
Totaux	67 281.05			22 836.61			18 269.29

Détail explicatif des soins non remboursés

Nature du soin non remboursé	Montant du soin non remboursé	Motif du non remboursement
AXA assurance	44 444.44	Produits non remboursables
Totaux	44 444.44	

Direction Indemnisation Soins de Santé



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

DEVIS ESTIMATIF

Date 19/01/2023

N° : 220816152143YO

Nom patient : KABBAJ MOHAMMED HILLAL

Prise en charge : AXA ASSURANCE

Traitements CHIMIOThERAPIE AMBULATOIRE

PRESTATIONS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
	SEJOUR	1		400,00	400,00
	SURVEILLANCE CHIMIO	1		375,00	375,00
	CONSOMMABLE	1		300,00	300,00
				Sous-Total	1 075,00
MEDICAMENTS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
	ONDANSETRON GT 8mg/4ml Injecta (05)	1		80,00	80,00
	SOLUMEDROL 120mg Injecta (01)	1		38,05	38,05
	KEYTRUDA 100MG INJECTA (01)	2		33 044,00	66 088,00
				Sous-Total	66 206,05

Arrêté le présent devis à la somme de :

Total devis

67 281,05

SOIXANTE-SEPT MILLE DEUX CENT QUATRE-VINGT-UN DIRHAMS CINQ CENTIMES

Hopital/Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@iclm.hck.ma
N° INP 090061862

Nom de naissance: KABBAJ Nom: KABBAJ MOHAMMED HILLAL
(M - 03/01/1944 - 78 ans - 75 kg - 170 cm - 1,86 m²) - NIP : 151027084342IL

Médecin prescripteur : Docteur SQALLI HOUSSAINI MOHAMMED (Oncologie Médicale)
Oncologie - Hospitalisation de jour
PEMBROLIZUMAB / Pembro(n°7/24 cure(s)) : J1
Reprise à J : 21

19/01/2023 10:00 **PEMBROLIZUMAB**

Solvant : NACL 100 ml

Statut :
Programmé

Voie : IV

Dose : 200 mg

Dose théor :
200 mg

19/01/2023 10:09 CHIMIOTHÉRAPIE HÔPITAL DE JOUR - ONCO

Statut :
Programmé

~~Dr. Ass. ISMAILI Medhi
Oncologie Médicale
Hôpital Cheikh Khalifa - Casablanca
091176244~~

~~Dr. Ass. ISMAILI Medhi
Oncologie Médicale
Hôpital Cheikh Khalifa - Casablanca
091176244~~

MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

Cher Confrère

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant : Mr/Mme Kabbaj Mohammed Hilal ayant droit à la couverture médicale par l'organisme dont vous assurez le conseil.

Je vous écris pour information et en vue de démarches administratives pour une prise en charge ou accord de principe.

Avec mes remerciements, veuillez croire, Cher Confrère, à mes considérations les meilleures.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Carcinome épidermoïde pulmonaire métastatique
au niveau pleural.

TRAITEMENT PROPOSE :

Pembrolizumab (Immunothérapie)

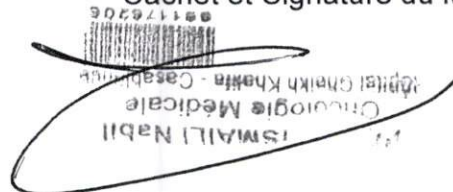
DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT :

Une cure

Observations : Des modifications du traitement pourraient survenir en fonction des évaluations et de l'évolution de la maladie.

Casablanca, le 01/01/2023

Cachet et Signature du Médecin

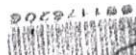
 ISMAILI Nabii
Oncologie Médicale
Hôpital Cheikh Khalifa - Casablanca
001176206



Casablanca le : 04/01/2023

Compte Rendu

Je soussigné (e)



Dr. ISMAIL NABLI
Oncologie Médicale
Hôpital Cheikh Khalifa - Casablanca

Certifie que Mr/Mme

Kabbaj
Mohammed Hillaal

est suivi à L'Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa de

CASABLANCA dans le cadre de la prise en charge d'un carcinome épidermoïde
pulmonaire métastatique au niveau pleural sous traitement
de 1^{ère} ligne par Carboplatine-paclitaxel-pembrolizumab.
Le patient a reçu 6 cures de traitement, actuellement
un traitement de maintenance par pembrolizumab seul est nécessaire.
Je reste à votre disposition pour toute information supplémentaire.

Ce certificat est délivré à l'intéressé pour valoir ce que de droit.

Signature

Dr. ISMAIL NABLI
Oncologie Médicale
Hôpital Cheikh Khalifa - Casablanca

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 18885 / 2023 du 07/02/2023

Nom patient **KABBAJ MOHAMMED HILLAL**

Prise en charge : **AXA ASSURANCE**

Entrée 07/02/2023

Prise en charge complémentaire **SAHAM**

Sortie 07/02/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS				
SEANCE DE CHIMIOThERAPIE EN HÔPITAL DE .	1,00		400,00	400,00
SURVEILLANCE DE CHIMIOThERAPIE	1,00		375,00	375,00
			Sous-Total	775,00
PHARMACIE				
PHARMACIE (en sus)	1,00		163,70	163,70
PHARMACIE (médicaments)	1,00		66 168,00	66 168,00
			Sous-Total	66 331,70

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SOIXANTE-SEPT MILLE CENT SIX DIRHAMS SOIXANTE-DIX CENTIMES

Total facture 67 106,70

Immatriculation G5139	Adhérent :	KABBAJ MOHAMMED HILL	AXA	39 896,35
Affiliation :	N° pec :	23422107	SAHAM	18 269,29
Cin : G5139	N° Pec Cplémt.	5521191	ADHERENT	8 941,06

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 03 44 77
E-mail : contact@hckm.hck.ma
N° INP 090061862

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 03 44 77
E-mail : contact@hckm.hck.ma
121251201 090061862

TICKET MODERATEUR SUR FACTUREN° **18 885 / 2023** du **07/02/2023**Nom patient **KABBAJ MOHAMMED HILLAL**Entrée **07/02/2023**Prise en charge **AXA ASSURANCE
SAHAM**Sortie **07/02/2023****Total ticket modérateur****8 941,06****PARTS****AXA
SAHAM
PATIENT****39 896,35
18 269,29
8 941,06**

Hôpital Cheikh Mohamed El-Mekki
Tél: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: contact@ickm.hck.org
N°INP 000061001

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : KABBAJ MOHAMMED HILLAL	N° Facture	18 885	2300629934
--------------------------------------	------------	--------	------------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
KEYTRUDA 100 MG INJECTA (01)	2	33 044,00	66 088,00
ONDANSETRON GT 8mg/4ml Injecta (05)	1	80,00	80,00
Sous-Total médicaments			66 168,00
Total pharmacie			66 168,00

Hôpital Cheikh Knakra Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 41 77
E-mail : contact@fchm.hck.ma
Website : www.fchm.ma

• • •

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
CHLORURE DE SO 0,9%Po100 Injecta (01)	1	14,05	14,05
CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	3	14,10	42,30
Sous-Total médicaments			56,35
AIGUILLE HUBER COURBE G20	1	43,68	43,68
COMPRESSE STERILE 10X10 PAQUET DE 5	5	3,54	17,70
GANT DE CHIR. GAMMEX EN LATEX NON POUDRE	2	9,80	19,60
GANT D'EXAMEN EN LATEX POUDRE	6	1,25	7,50
PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	2	5,86	11,72
SERINGUE 10ML	4	1,56	6,24
SERINGUE 20ML	1	0,91	0,91
Sous-Total consommable médical			107,35
	Total pharmacie		163,70