

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.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

1875

M23- 028995 187122

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1875 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : OUKELCHACHI SANAN

Date de naissance : 15.10.1966

Adresse : HAY AL WALAE TRC SEC 1 IM 1 AP 12 LT 5 Ici Moumen casa

Tél. : 06 167 67 44 66 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28.10.2023

Nom et prénom du malade : MAKRouchi Seneq

Age : 74

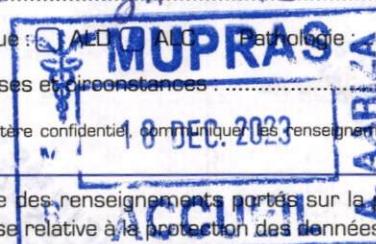
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Kyrie Synovite

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) :



RELEVE 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
28/10/23				<i>DR FILALI Orthopédie</i>

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE SALIMA Dr. ACHAUD ORDINE Sidi Moumen Tunis - 05 22 72 80 84</i>	18/10/23	<i>125,80</i>
	21/10/23	<i>160,00</i>

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Centre Médical Attaché à l'Institut National d'Education Physique et Sportive Tranche 6 Bd Mameri 1000 Tunis</i>	05/10/23	<i>B60</i>	<i>77,40</i>
	06-10-23	<i>B90</i>	<i>142,50</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX

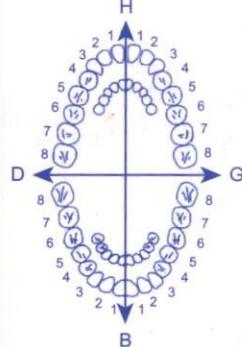
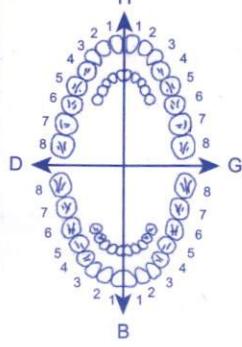
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	JM	
<i>INFIRMERIE ERFOUD</i>	30/10/23				<i>120,00 D</i>
					<i>40,00</i>
					<i>160 DIX</i>

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan 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 PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
D	00000000	B	00000000	
	35533411		11433553	
				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



FEUILLE D'ANESTHÉSIE

Date : Salle : Position : Anesthésie : AG ALR AI
 Nom et Prénom : Age : Diagnostic : N.E : /
 Chirurgien : Aides Opératoires : Anesthésiste : Aide Anesthésiste :
Admission du patient (e) : T.A : Pouls : Conscience : Etat général :

TA	Pouls	Temp	10	20	30	40	50	10	20	30	40	50	10	20	30	40	50	10	20	30	40	50
20	160																					
16	140	40																				
14	120	39																				
12	100	38																				
10	80	37																				
08	70	35																				
06	60	33																				
04	50	31																				
00	40	-> 31																				

Diurèse																						
Halogéné																						
Narcose																						
Analgésie																						
Myorelaxation																						
Antibiotiques																						
SAT O2																						
Perfusion																						
Transfusion																						
Drogues de Réa																						
A.L.R <input type="checkbox"/> AL <input type="checkbox"/>																						
Observations																						

Fin d'intervention (..... h mn) : T.A : Pouls : Transfert du patient(e) à h mn : Salle de Réveil Service Réanimation

Entrées :

Sorties :

DR. 10.10.10



Consultation près anesthésique

Prénom : Sanaa Age : 57 ans Poids : _____ Taille : _____

vention : <u>Kyste Spinal</u>	Examens Complémentaires
itudes : Tabac : <u>Non</u> Alcool : <u>Non</u>	Groupage : <u>RH :</u> RAI : <u>0</u>
D CHIRURGIE : <u>al : César 1992</u> <u>1997</u> <u>pédie : Caténaire</u> <u>fusion : CB → 2d</u>	Coagulation : <u>TT = 34%</u> <u>CT = 28</u> NFS Plaquettes : <u>AB = 12,6</u> <u>PG = 328 - 0 - 0</u>
D MEDICAL : <u>Vasculaire : HTA = Ténor</u> <u>atatoire : Diabète</u> <u>lac : Pole</u> <u>ologie : Psychiatrie : Autres :</u>	Ionogrammes Sanguin : <u>Others = 1,22</u> <u>Urea = 6,37</u> <u>creat = 10</u>
te : <u>Diamètre</u> Autres : <u>istase : Signes</u> <u>ie : Cutanée : Respiratoire : </u> Médicaments : <u>Allumentaire</u>	Consultations Spécialisée : Protocole d'Anesthésie : A.G <input type="checkbox"/> ALR <input type="checkbox"/> AL <input type="checkbox"/>
ment antérieur : <u>OTG RNF portant prothèse</u>	Prescriptions et Recommandations près Opératoire : Prémédications : Arrivée en salle de Réveil à : _____ Quitte la salle de Réveil à : _____
en Médical : ons : <u>PTG</u>	T.A : <u>141B</u> Pouls : _____
ture de la bouche : _____ Extension du cou : _____ Distance Menton Cartilage : _____	DR. LOUKILI Moulay Mehdi Anesthésie-Reanimation C.H.P. Mohamed Baouafi Casablanca
5 : _____ usions : ASA : <u>II</u> Mallampati : <u>II</u>	Désaccord <input type="checkbox"/>
d pour : A.G <input type="checkbox"/> ALR <input type="checkbox"/> AL <input type="checkbox"/>	
et heure : <u>21/10/2023</u>	Cachet et Signature du Médecin Réanimateur

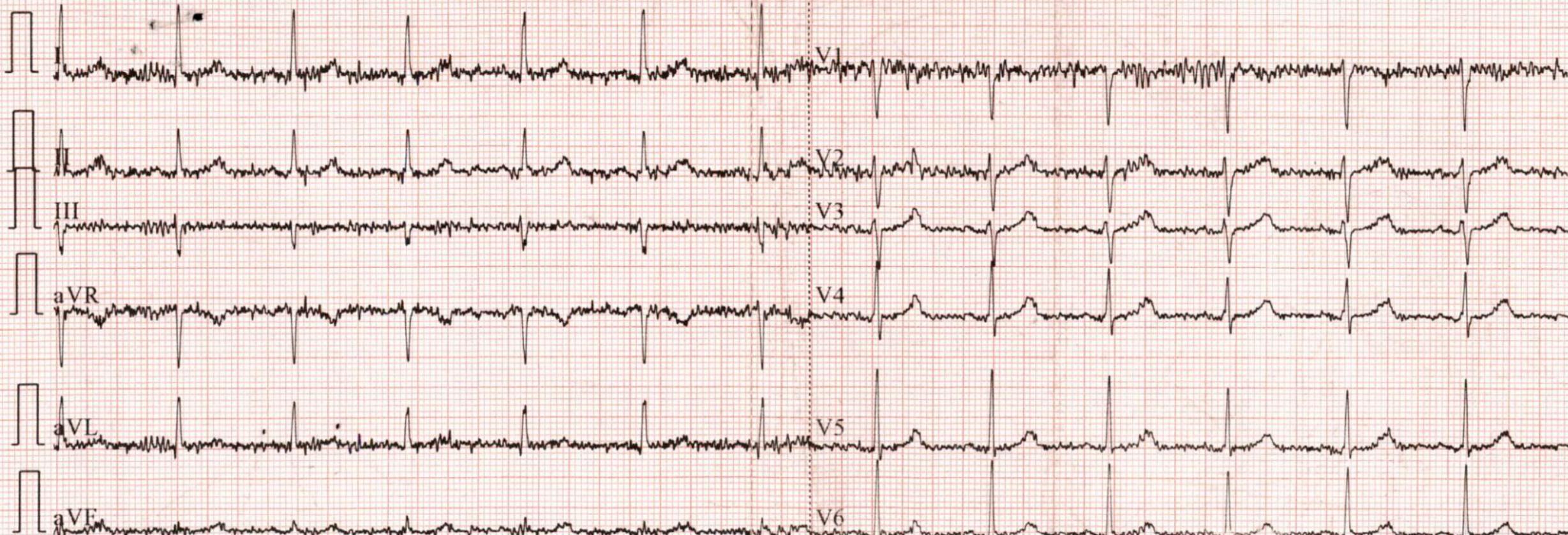
ID: 226

19-11-2022 06:36:37

Male

Year

XIA ~~HATCHI~~ SANNA 61423



0.67~100Hz AC50 25mm/s 10mm/mV 2*5s ♥75 SE-601A 1.0

SEMIP 1.7

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTE ET LA
PROTECTION SOCIALE
PREFECTURE DES ARRONDISSEMENTS
EL FIDA MERS SULTAN
CENTRE HOSPITALIER PREFECTORAL
MOHAMED BAOUAFI



E.O

Réf : 840
Régistre Sanitaire

الملكة المغربية
وزارة الصحة و الحماية الاجتماعية
المندوبية الطبية لمقاطعات القداء درب السلطان
المركز الاستشفائي محمد بوعافي

BON D'EXAMEN

Mr/ Mme : Dr Kchachidi Service : Sanaa

57 cm

N° D'ENTREE :

N° d'examen :

DATE :

Renseignement clinique :	<p>- TP - T ac</p>	
Examen demandé :	<p>- NFS</p>	
	<p>- caly - Flu - cul</p>	
	<p>- ECG</p>	
		<p>Signature du responsable</p>

LABORATOIRE ATTACHAROUK
N° 1 FR 6 Bd Med Zafzaf
Sidi Moumen - Casablanca
Tel: 05 22 72 84 84 / 06 61 64 19 33

MEDECIN DEMANDEUR

SIGNATURE DU RESPONSABLE



FACTURE EXAMEN

N° Quittance

10 277

Code ANAM : 090005240

N° Compte Courant

Facture Examen Numéro : 2 023 / P / 40 593

TRÉSORERIE PROVINCIALE

Identification	Débiteur
Index Patient : 53 959 N° de Examen : 93 624 Nom et prénom : SANAA OUAKHCHACHI CIN : BE89989 Adresse : CASA	PAYANT
Médecin	Date
Sur prescription du : SERVICE LAB Spécialité : LABORATOIRE	Date de examen : 06/10/2023 08:20:00

Détail	NGAP	Cle	Coef/Séance	Quantité	P.U	Mt. Organisme	Mt. Ligne
EXAMENS BIOCHIMIE							
Glycémie	B118	B	30,00	1,00	22,50	22,50	22,50
NUMÉRATION FORMULE(GLOBULES ROUGES/BLANCS/PLAQUETTES)(NFS)	B216	B	80,00	1,00	60,00	60,00	60,00
TP:TAUX PROTHROMBINE	B236	B	40,00	1,00	30,00	30,00	30,00
TCK: TEMPS DE CEPHALINE KAOLIN	B239	B	40,00	1,00	30,00	30,00	30,00
Montant Total:							142,50

ARRETER LA PRÉSENTE FACTURE A LA SOMME DE : CENT QUARANTE-DEUX DHS ET CINQUANTE CENTIMES

Montant à payer : 142,50 DHS

06/10/2023 10:30:35

Facture Etablie Par Personnel N° : JABYAS

Signature du responsable :





Identifiant Patient 53959



ID et Nom de Patient

SANAA OUAKHCHACHI

الاسم

Type de couverture

PAYANT

التغطية الصحية

Sexe et date de naissance

F

03/15/1966

الجنس و تاريخ الازدياد

Origine :

AUTRES HÔPITAUX

المصدر

Service Demandeur

LABEX

المصلحة

Consultation

LABEX

جدول المواجه

Date

06/10/2023

08:30:00

الموعد يوم

Date de réception des résultats 1

١ تاريخ استلام النتائج

Date de réception des résultats 2

٢ تاريخ استلام النتائج

Renseignement Clinique

Ce RDV est créé par : MAAFAT (LABO)

يمكنكم سحب نتائج التحاليل عبر إرسال هذا الوصل الى البريد التالي

RDV N°



93 624

Code

Examens

Date rendez-vous

B118	GLYCEMIE 4	06/10/2023 08:20:00
B216	NUMÉRATION FORMULE(GLOBULES ROUGES/BLANCS/PLAQUETTES)	06/10/2023 08:21:00
B236	TP:TAUX PROTHROMBINE	06/10/2023 08:23:00
B239	TCK: TEMPS DE CEPHALINE KAOLIN	06/10/2023 08:22:00

2023 10/40593
142/10 011



ROYAUME DU MAROC

Ministère de la santé et de la Protection Sociale

Hôpital Lt. Mohamed Baouafi - Casablanca

Reçu de M.

La Somme de

Quittance

N° 00238950/A

Cachet du
Service

Le 06 W - 23

Signature du
Régisseur

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
B/190		
Total		142,19

Royaume du Maroc

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

Délégation préfectorale des arrondissements

EL FIDA MERS SULTAN

Casablanca



مملكة المغرب

وزارة الصحة والحماية الاجتماعية

تدويبة عمالة مقاطعات

فداء مرس السلطان

دار البيضاء

CHP MOHAMED BAOUAFI

Casablanca le ... ٢٠١٢ | ٢٣

ORDONNANCE

authch. San-

Signature à l'encre bleue stylée

from kyrie lyricus P.

Chd

bz - vme

Signature circulaire

57 ans

1983



ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTE
PREFECTURE DES ARRONDISSEMENTS
EL FIDA MERS SULTAN
CENTRE HOSPITALIER PREFECTORAL
EL FIDA MERS SULTAN
HOPITAL MOHAMED BAOUAFI
CASABLANCA

06 OCT 2023

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الإستشفائي لعمالة
الفداء مرس السلطان
مستشفى محمد بوافى
دار البيضاء

HEMOSTASE

Nom du Patient : Sanaa ouakkach Age :

Références : 2

Service :

Docteur :

	PATIENT	TEMOIN	V.N
T.P	84	100	70-120%
TCK	28	25	T- +5"
FIBRINOGENE			2-4,5g/l

GNATURE DU BIOLOGISTE





Index patient 53 959
Age 57



رقم المريض
السن

Nom patient	SANAA OUAKHCHACHI	الاسم و النسب
Couverture Social	PAYANT	التغطية الصحية
Rendez-vous	09/11/2023 10:30	الموعد
Consultation	TRAU07 : CONSULTATION DU SPECIALISTE TRAUMA DR FILALI	الاختصاص
Activité	CSS : CONSULTATION SPÉCIALISTE (CONSULTATION DE SUIVI)	نوع الفحص
Specialité	TRAUM : TRAUMATOLOGIE	الشخص
Batiment	<u>BATIMENT A</u>	القاعة
Observations		ملاحظات

Rendez-vous N°: 96669 ; pris le : 20/10/2023 09:46:31



Facture Hospitalisation

N° Quinttance

Code ANAM : 090005240

N° Compte Courant

Facture Hospitalisation : Traitement de Base

TRÉSORERIE PROVINCIALE DE

Service : TRAUMATOLOGIE

Numéro de Facture 2 023 / P / 43 069

Identification	Débiteur
Index Patient : 53 959 N° Admission 2 551 Nom et prénom : SANAA OUAKHCHACHI CIN : BE89989 Adresse : CASA	PAYANT
Médecin	Dates
Sur prescription du : DR FILALI REDOUIANE Type de Hospitalisation : PROGRAMMÉ	Date Entrée : 18/10/2023 10:58:14 Date Sortie : 18/10/2023 13:09:54

Détail	NGAP	Clé	Coef/Séance	Quantité	P.U.	Mt. Organisme	Mt. Ligne
CONCEPTS FORFAITS							
FORFAIT CHIRURGICAL				0,00	1,00	300,00	300,00
Concepts principaux des forfaits							
MCHIR FORFAIT CHIRURGICAL		Clé	Coeff	P.U.	Nbr	Mt. Org.	TRAUMA
C214 Exérèse de kystes synoviaux	KC	20,00	300,00	1,00	300,00		
Montant Total :							300,00

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : TROIS CENTS DHS ET ZÉRO CENTIMES

Montant à payer : 300,00 DHS

18/10/2023 13:14:11

Facture Etablie Par Personnel N° : LAALAY

Signature du responsable :





BILLET DE SORTIE

Service : TRAUMATOLOGIE

Index Patient: 53 959

Nom et Prénom: SANAA OUAKHCHACHI

N° Admission: 2 551

Date d'entrée: 18/10/2023 10:58

Diagnostique Principal à la sortie (CIM10):

Kyste hydatique - Fracture

Prescription: Fracture Tg Fracture
Cadre V

Tendinitis 31, post op.
Tg = 3g

Date de sortie: 18/10/23

A revoir le Lijent Au Ca

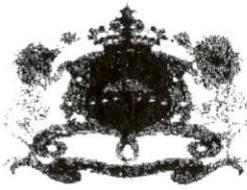
Signature et cache du médecin:

Dr. R. FILALI
Traumatolo - Orthopédi

Etablie par Personnel N°: HMB-TRAU05 - DR FILALI REDO

Utilisateur de l'impression: FARDEK

- Pansement Tg 3
- AST.Dr n° Tg. J2 post op.



COMPTE RENDU

HOSPITALISATION

OPÉRATOIRE

Date d'entrée : 28/12/23

Date de sortie : 28/12/23

Numéro d'admission : 2552

Nom et Prénom : Soumaya El Ghoul

Diagnostic : Kyste hydatidien.

Détail : Sou. Anémie. ATB prophylactique

- Enclavé en regard du kyste.

- Exérèse du kyste.

- Histème cutané.

- Lymphome.

Examens envisagés

Examens Biologiques	Examens Radiologiques	Autres
—		—

LE MEDECIN TRAITANT

Royaume du Maroc

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

Délégation préfectorale des arrondissements

EL FIDA MERS SULTAN

Casablanca



المملكة المغربية

وزارة الصحة والحماية الاجتماعية

مندوبية عمالة مقاطعات

الفداء مرس السلطان

الدار البيضاء

CHP MOHAMED BAOUAfi

Casablanca le 28/07/83

ORDONNANCE

Sous le Khal



Signé par Dr. LACHAAL



Collezione Dr. LACHAAL

Signé par Dr. LACHAAL



Signé par Dr. LACHAAL

Signé par Dr. LACHAAL

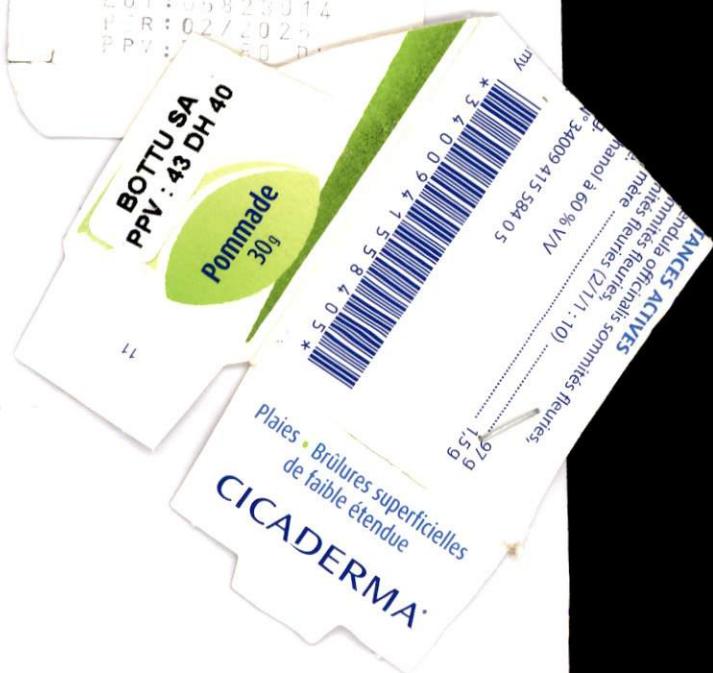
PHARMACIE SAIDI
Dr. LACHAAL NORD
Attcharouk, Sidi MC
CASABLANCA
Tel.: 05 22 70

Signé par Dr. LACHAAL

PPV:
EXP:
Lot N°



47/80



Royaume du Maroc

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

Délégation préfectorale des arrondissements

EL FIDA MERS SULTAN

Casablanca



المملكة المغربية

وزارة الصحة والحماية الاجتماعية

مندوبية عمالة مقاطعات

الفداء مرس السلطان

الدار البيضاء

CHP MOHAMED BAOUafi

Casablanca le ٢٨/٧/٢٠١٢

ORDONNANCE

M. ٩٣
Senas ouakha d'aziz
- Ebelor zg fidet

AS

87(93) 1 fidet w3ij far fimm

AS

- Cedat ٤

22w 2p 31

225, 80

Dr. M. FIDA
Orthopedic

PHARMACIE SAÏDIA
Dr. LACHAAZ NORDIA
Attacharouk, Tizi Ouzou, Sidi Moumen
05/02/2008 17

Bouteille de 10

Lot N° : 29024
Exp : 03/26
PPV : 1150DH910



Cédol®

PARACETAMOL + CODEINE

AMÉNAGEMENT



..... 400,00 mg
..... 20,00 mg
..... 14,8 mg
un comprimé.



20 Comprimés
Cédol®

100
TENIR À L'ÉGAL
etamol ou à la codéine

ne pas soulagées par l'aspirine ou

Laboratoire Attacharouk d'analyses Médicales et Biologiques

مختبر التشارك للتحاليلات الطبية والبيولوجية

Docteur Raja Ouarid

Médecin Biologiste

Diplômée de la faculté de
Médecine de Casablanca



الدكتورة رجاء وريد
طبيبة أخصائية في
التحاليلات الطبية
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

Dossier ouvert le : 05/10/23

Prélèvement effectué à 08:07

Edition du : 05/10/23

Madame OUAKHCHACHI SANAA

Né (e) le: 15/03/1966

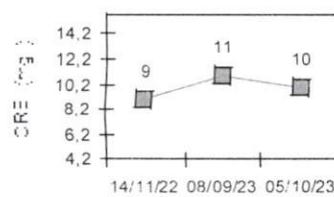
Réf. : 23JCE

Page : 1/1

Compte Rendu d'Analyses

BIOCHIMIE SANGUINE

			Normales	Antériorités
				08/09/23
Urée	: 0,37 g/l		0,15 - 0,45	0,46
	Soit : 6,17 mmol/l		2,5 - 7,5	7,67
Créatinine	: 10,0 mg/l		6 - 12	11,0
	Soit : 88 µmol/l		53 - 106	97



Dates d'antériorités

LABORATOIRE ATTACHAROUK
D'ANALYSES MÉDICALES
N°1, TR 6 Bd Med Zafaf Sidi Moumen Casablanca - Tél : 05 22 72 80 84
Dr. Raja Ouarid

N°4 Tranche 6, Bd Med Zafaf, (Station Tram Okba Ibn Nafii), Sidi Moumen - Casablanca

• Tél. : 05 22 72 80 84 GSM : 06 61 64 19 33 • Fax : 05 22 72 84 84 • E-mail : labo.attacharouk@gmail.com
Patente : 33033528 - I.F : 14449043 - C.N.S.S : 4215621 - I.C.E : 001836817000004 - I.N.P.E : 093062016

N°. échant: 4
ID patient:
Nom:
Comment. Échant:

Serv:

Adapt.: 6

Pos.: 1 2023/10/06 09:38:28 WB

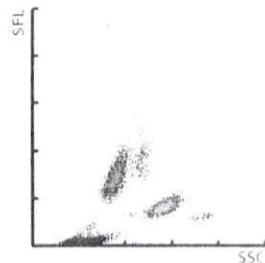
Médec.:

Né: Sexe:
Surnom: XN-L

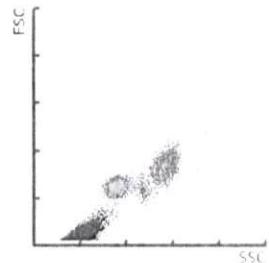
Negative

WBC	7.36	[$10^3/\mu\text{L}$]
RBC	4.48	[$10^6/\mu\text{L}$]
HGB	12.6	[g/dL]
HCT	39.9	[%]
MCV	89.1	[fL]
MCH	28.1	[pg]
MCHC	31.6	[g/dL]
PLT	325	[$10^3/\mu\text{L}$]
RDW-SD	41.0	[fL]
RDW-CV	12.3	[%]
PDW	15.2	[fL]
MPV	11.6	[fL]
P-LCR	37.2	[%]
PCT	0.38 +	[%]
NEUT	3.13	[$10^3/\mu\text{L}$]
LYMPH	3.70	[$10^3/\mu\text{L}$]
MONO	0.40	[$10^3/\mu\text{L}$]
EO	0.11	[$10^3/\mu\text{L}$]
BASO	0.02	[$10^3/\mu\text{L}$]
IG	0.00	[$10^3/\mu\text{L}$]
		42.5 [%]
		50.3 + [%]
		5.4 [%]
		1.5 [%]
		0.3 [%]
		0.0 [%]

WDF



WDF - CBC



RBC



PLT



WBC Message IP

RBC Message IP

PLT Message IP



LABORATOIRE ATTACHAROUK D'ANALYSES MEDICALES

Quartier Al Oualaa, n°4, IMM 4, T6, bd Med Zefzaf TEL: 0522728084 FAX: 0522728484

Patente: 33033528 IF: 14449043 CNSS: 4215621 ICE: 001836817000004
INPE: 093062016

Casablanca le 5 octobre 2023

Madame OUAKHCHACHI SANAA

CN

FACTURE N°	9006
------------	------

Analyses :

Urée -----	B	30	
Créatinine -----	B	30	Total : B 60
Prélèvements :			

Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

TOTAL DOSSIER | 77,49 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Soixante Dix Sept Dirhams et Quarante Neuf Centimes

Laboratoire Attacharouk
d'Analyses Médicales et Biologiques
Quartier El Oualaa N°4, Immeuble 4
Tranche 6 Bd Med Zefzaf Sidi Moumen
Tél. : 05 22 72 80 84 - Casablanca

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

Hôpital Lt. Mohamed Baouafi - Casablanca

Reçu de M.

La Somme de

Quittance

N° 00241103/A

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
KOOP		
NE 5399	83	
Total		83

Cachet du
Service

Le 13/10/2018
Signature du
Régisseur