

## 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 - Tel : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° W21-791873

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11457 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL LAMRISSE A 83

Date de naissance : 01/01/1970

Adresse :

Tél. : 0664 79 1442 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LAMRISSE Abdelhadi  
Gynécologue Obstétricien  
863, Bd. Mohamed VI (Ex Rte Médicouna)  
à Côté Marjane D.B. Sultan Drissia III  
Tél : 0522 88 11 80 - CASABLANCA

Date de consultation : 06/02/2024

Nom et prénom du malade : The BOUKHOUIMA Almar Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Rot fetal in utero

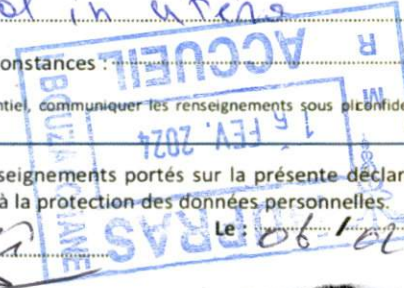
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 06/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



| 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   |
| 06/04/2024  | F1                |                       | 5000,-                          | INP : 09103164561  |
| <p>CLINIQUE LES FLEURS S.A.R.L.<br/> <u>gynécologie-obstétrique</u><br/>           16, Rue des Hôpitaux<br/>           TEL : 0522 22 26 16/22 09 90</p> |                   |                       |                                 | <p>Dr. LAMRISSA<br/>           Gynécologue-Obstétricienne<br/>           063 Bd. de la Liberté<br/>           1180 - CASAR</p> |

Dr. LAMRISS, Gynécologue et Obstétricien  
863, Bd. Mohammed VI, Casablanca  
à Casablanca (D. Sultan Driesia III)  
Tel. 0522 88 11 80 - CASABLANCA

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |                         |   |
|--|-------------------------|---|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fourbisseur<br><b>PHARMACIE EL OULFA</b><br><b>PHARMAKOVA</b><br><b>Dr. SVISTAKOVA YASMINE</b><br><b>N°54, Bd. Oued Tamsit Oulfa Casablanca</b><br><b>Tel: 05 22 91 32 92</b><br><b>05 22 02 59 64</b> | Date<br><b>08/02/20</b> | Montant de la Facture<br><b>1491,00</b><br><b>PHARMACIE EL OULFA</b><br><b>PHARMAKOVA</b><br><b>Dr. SVISTAKOVA YASMINE</b><br><b>N°54, Bd. Oued Tamsit Oulfa Casablanca</b><br><b>Tel: 05 22 91 32 92</b> |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |      |                                 |                           |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |

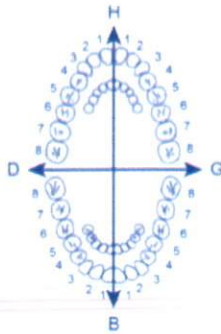
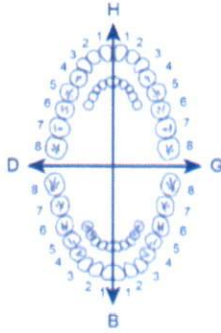
[illegible]

# 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 canalaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées   | Nature des<br>Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                   |
|--|---|---------------------|-------------|--|
|   |   |                     |             | 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.<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE  |                     |             |  |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/>           25533412<br/>           00000000<br/> <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552<br/>           00000000<br/> <b>G</b> </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">           00000000<br/>           35533411<br/> <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000<br/>           11433553         </div> </div> |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | (Création, remont, adjonction)<br>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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# صحة الزهور CLINIQUE LES FLEUR

Gynécologie - Obstétrique - Maternité - Maladie du sein et Chirurgie  
Chirurgie Générale - Urologie - Chirurgie Endoscopique (Coelio - chirurgie)  
Centre de Procréation Médicalement Assistée (Fiv - Stérilité)

16, Rue des Hôpitaux - 20360 CASABLANCA

CNSS 4791868 - Patente 36366791 - ICE: 003158574000029 - IF 537

Tél: 05 22 22 26 16 - 05 22 22 09 90 - URGENCE : 05 22 27 80 63 - F

Direction : 06 61 05 53 34 - Administration : 06 61 09 39 80 - Sage fem

Email : cliniquelesfleurs@yahoo.fr

**CLAVULIN**  
AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

**1g** / 125 mg

◀ sachet(s) ..... fois par jour à  
prendre de préférence au début des repas,  
pendant ..... jours.  
Lire attentivement la notice avant emploi.

...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.  
اقرأوا نشرة بانتباه قبل الاستعمال

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU: 149,00 DH  
LOT: 649764  
PER: 06/24



**Permanence**



Docteur

**Dr. LAMRISSI Abdelhafid**  
Gynécologue Obstétricien  
853, Bd. Mohamed VI (Ex Rte Médouna)  
à Côté Marjane Db. Sultan Drissia III  
Tél: 0522 80 11 80 - CASABLANCA

Casablanca, Le

08.09.24

149 EL OULFA BOUKHOUMA ASMAE

PHARMACIE EL OULFA  
Dr. SVISTAKOVA YASMINE  
853, Bd. Mohamed VI (Ex Rte Médouna)  
à Côté Marjane Db. Sultan Drissia III  
Tél: 0522 80 11 80 - CASABLANCA

15 218 pdh 8J

4 TARDYFERON B9  
01 à nidi

4 DERM SEPI

4 BEIADINE Rouge  
(Taille Intime)

PHARMACIE EL OULFA  
Dr. SVISTAKOVA YASMINE  
853, Bd. Mohamed VI (Ex Rte Médouna)  
à Côté Marjane Db. Sultan Drissia III  
Tél: 0522 80 11 80 - CASABLANCA

**Dr. LAMRISSI Abdelhafid**  
Gynécologue Obstétricien  
853, Bd. Mohamed VI (Ex Rte Médouna)  
à Côté Marjane Db. Sultan Drissia III  
Tél: 0522 80 11 80 - CASABLANCA





# مصحة الزهور CLINIQUE LES FLEURS

Gynécologie - Obstétrique - Maternité - Maladie du sein et Chirurgie Mammaire  
Chirurgie Générale - Urologie - Chirurgie Endoscopique (Coelio - chirurgie, Hystéroscopie ...)  
Centre de Procréation Médicalement Assistée (Fiv - Stérilité ...)

16, Rue des Hôpitaux - 20360 CASABLANCA

CNSS 4791868 - Patente 36366791 - ICE: 003158574000029 - IF 53719645 - RC 578757

Tél: 05 22 22 26 16 - 05 22 22 09 90 - URGENCE : 05 22 27 80 63 - Fax : 05 22 29 94 47

Direction : 06 61 05 53 34 - Administration : 06 61 09 39 80 - Sage femme : 06 61 11 35 54

Email : cliniquelesfleurs@yahoo.fr

## Permanence



Docteur

Dr. LAMRISS Abdelhafid  
Gynécologue Obstétricien  
863, Bd. Mohamed VI (Rte Médouna)  
à Côté Marjane Dr. Sultan Drissia III  
Tél : 0522 80 11 80 - CASABLANCA

Casablanca, Le

06/02/2024

Mme. Boukhouima. Asmaa

Mort fœtal in utero  
⇒ Accouchement mort né.

Dr. LAMRISS Abdelhafid  
Gynécologue Obstétricien  
863, Bd. Mohamed VI (Rte Médouna)  
à Côté Marjane Dr. Sultan Drissia III  
Tél : 0522 80 11 80 - CASABLANCA



# Instructions à suivre pour remplir le volet médical

- Les causes du décès seront indiquées de façon aussi précise que possible.
- Le seuil de déclaration à l'état civil des mort-nés en se référant à la définition de la viabilité donnée par l'OMS est de 22 semaines d'aménorrhée ou un poids du fœtus de plus de 500 grammes.
- Ne pas utiliser d'abréviation ambiguë (exemple : IR Insuffisance Respiratoire ? Rénale ?).
- Ecrire lisiblement.
- Pour plus d'informations, veuillez consulter le site web du Ministère de la Santé : [www.sante.gov.ma](http://www.sante.gov.ma)

## Exemples

| Partie I                | Intervalle | Partie I                | Intervalle | Partie I                                       | Intervalle | Partie I                 | Intervalle |
|-------------------------|------------|-------------------------|------------|--|------------|--------------------------|------------|
| a) Sepsicémie           | 3 h        | a) Coma                 | 12 h       | a) Choc hémorragique                           | 1 h        | a) Détresse respiratoire | 5 mn       |
| b) Péritonite           | 18 h       | b) Œdème cérébral       | 18 h       | b) Fracture multiples                          | 6 h        | b) Embolie pulmonaire    | 5 mn       |
| c) Perforation d'ulcère | 3 j        | c) Traumatisme crânien  | 2 j        | c) Suicide par chute du 5 <sup>ème</sup> étage | 6 h        | c) Phlébite              | ?          |
| d) Ulcère duodénal      | 5 mois     | d) Accident de la route | 2 j        | d)   |            | d) Accouchement          | 16 j       |
| Partie II               |            | Partie II               |            | Partie II                                      |            | Partie II                |            |
| Alcoolisme (20 ans)     |            | Toxicomanie             |            | Varices (4 ans)                                |            |                          |            |

- Remarques :
- Les cases ☐ doivent être remplies par des chiffres.
  - Pour les pointillés \_\_\_\_\_ préciser la mention.
  - Les cases ☐ doivent être cochées selon le cas.

## Circonstances du décès :

## Informations complémentaires

1. ☐ Maladie

2. ☐ Accident

### Cause externe

4. ☐ Homicide

6. ☐ Inconnues

3. ☐ Suicide

5. ☐ Intention indéterminée

## En cas de cause externe (dont intoxication) :

Date de survenue : \_\_\_\_\_

Lieu de survenue :

☐ Domicile

5. ☐ Zone de commerce/service

☐ Etablissement collectif

6. ☐ Local industriel/chantier

☐ Ecole/administration publique

7. ☐ Exploitation agricole

☐ Lieu de sport

8. ☐ Autre \_\_\_\_\_

☐ Voie publique

9. ☐ Inconnu

Circonstances de survenue : Ex. (Piéton blessé dans une collision avec une automobile)

## Autopsie :

- Une autopsie a-t-elle été demandée (\*) ?

1. ☐ Oui 2. ☒ Non 3. ☐ Inconnu

- Si Oui les résultats ont-ils été utilisés dans la certification ?

1. ☐ Oui 2. ☐ Non 3. ☐ Inconnu

(\*) ou sera-t-elle vraisemblablement demandée ?

## Intervention chirurgicale récente :

- Une opération a-t-elle été effectuée lors des 4 dernières semaines ?

1. ☐ Oui 2. ☒ Non 3. ☐ Inconnu

- Si Oui, date de l'opération : \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

- Motif de l'opération : \_\_\_\_\_

## Décès d'une femme de 12-54 ans :

Le décès est-il survenu pendant une grossesse ou moins d'un an après l'accouchement ? 1. ☐ Oui 2. ☐ Non 3. ☐ Inconnu

Où le décès de la femme est-il survenu :

☐ Au cours de la grossesse

☐ Dans un délai de 42 jours après la terminaison de la grossesse

☐ Plus de 42 jours mais moins d'un an, après la terminaison de la grossesse

La grossesse a-t-elle contribué au décès ?

1. ☐ Oui 2. ☐ Non 3. ☐ Ne sait pas

Attestation faite par :

☐ Médecin

☐ Autre : \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement

Service : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Signature et cachet

(\*) Le seuil de déclaration à l'état civil des mort-nés en se référant à la définition de la viabilité donnée par l'OMS est de 22 semaines d'aménorrhée ou un poids du fœtus de plus de 500 grammes.

CLINIQUE LES FLEURS S.A.R.L.  
Service de chirurgie  
Rue des hôpitaux  
22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100  
Tél : 05 22 22 1612 Casa  
Fax : 05 22 22 94 45  
ICE : 0031585 74000029





Région : \_\_\_\_\_  
 Préfecture / Province : \_\_\_\_\_  
 Préfecture d'arrondissements : \_\_\_\_\_  
 Commune / Arrondissement : \_\_\_\_\_

# CERTIFICAT DE DECES

Décès survenu le : 06/02/2024 à 16 h 00 min. S'agit-il d'un mort-né ? ☒ Oui ☐ Non

Adresse du lieu de décès : Clinique Les Fleurs

Nom : Boukhouma Asmaa elberta

Sexe : ☒ Masculin ☐ Féminin ☐ Indéterminé

Nationalité : Marocaine

Date de naissance : 16/12/1974 Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse du domicile habituel : Hay Nassir Ressa

Y a-t-il un obstacle médico-légal ? ☐ Oui ☒ Non

N° de l'acte au registre des décès : 13191210124

Signature et cachet du médecin

Signature et cachet du médecin

Signature et cachet du médecin

Signature et cachet du médecin

Signature et cachet du médecin

Signature et cachet du médecin

Signature et cachet du médecin

Signature et cachet du médecin

Signature et cachet du médecin

Signature et cachet du médecin

Signature et cachet du médecin

Signature et cachet du médecin

Partie à détacher et destinée au Bureau d'état civil

Partie destinée au Ministère de la Santé

N° de l'acte au registre des décès : \_\_\_\_\_

## Identification

Lieu de survenue du décès : - Préfecture / Province : \_\_\_\_\_

- Préfecture d'arrondissements : \_\_\_\_\_

- Commune / Arrondissement : \_\_\_\_\_

Domicile habituel :

- Préfecture / Province : \_\_\_\_\_

- Préfecture d'arrondissements : \_\_\_\_\_

- Commune / Arrondissement : \_\_\_\_\_

Milieu de résidence : 1. ☐ Urbain 2. ☐ Rural 3. ☐ Inconnu

## Renseignements

S'agit-il d'un mort-né ? 1. ☒ Oui 2. ☐ Non

Sexe : 1. ☒ Masculin 2. ☐ Féminin 3. ☐ Indéterminé

Date de décès : 06/02/2024

Date de naissance : 16/12/1974

Lieu de décès : 1. ☐ Domicile

3. ☒ Clinique privée

5. ☐ Lieu de travail

2. ☐ Hôpital public

4. ☐ Voie publique

6. ☐ Autre

Etat matrimonial : 1. ☐ Célibataire

2. ☒ Marié(e)

Nationalité : 1. ☒ Marocaine

3. ☐ Veuf (ve) 4. ☐ Divorcé(e) 5. ☐ Inconnu

2. ☐ Autre (à préciser) : \_\_\_\_\_

## Cause du décès

### PARTIE I

Indiquer la maladie ou l'état morbide ayant directement provoqué le décès sur la ligne a

a)

due à

b)

due à

c)

due à

d)

Indiquer dans leur ordre de survenue la chaîne des événements causaux (cas échéant)

Écrire la cause initiale du décès sur la dernière ligne renseignée.

Intervalle entre le début du processus morbide et le décès (Heures, jours, mois ou ans)

### PARTIE II

Autres états morbides ayant significativement contribué au décès. (Ecrire chaque intervalle entre parenthèses après la maladie correspondante)



الدار البيضاء في : 07 فبراير 2024

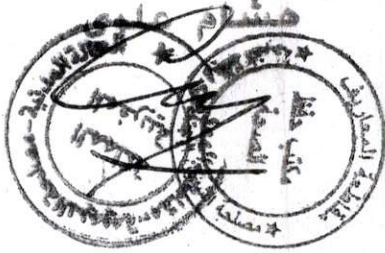
المملكة المغربية  
وزارة الداخلية  
ولاية جهة الدار البيضاء - سطات  
عمالة الدار البيضاء  
عمالة مقاطعات الدار البيضاء - أنفا  
جماعة الدار البيضاء  
مقاطعة المعاريف  
مكتب الحالة المدنية  
المعاريف  
عدد : 69/24

## رخصة الدفن

رقم : 69/24  
رخصة الدفن بمقبرة : الرحمة  
تاريخ و مكان الولادة : 07 فبراير 2024  
المسمى (ة) : مولود من أسماء بوشوينة  
السكن (ة) بالدار البيضاء : شارع واد بعت رقم 13 الألف البيطار  
متوفى (ة) بتاريخ : 06 فبراير 2024  
ب : مصحة الخزانة الزهور

و حرر بالبيضاء في الشباك الوحيد للوفيات

الإمضاء :



المحرر  
25/1625  
18/24

# CLINIQUE LES FLEURS

Accouchement - Gynécologie - Chirurgie Générale

NOM & Prénom : Mme BOUKHOUIMA ASMAA

| DETAIL PHARMACIE | QUANTITE | P.U.   | MONTANT |
|------------------|----------|--------|---------|
| Sérum            | 8        | 25,60  | 204,80  |
| Catheter         | 4        | 20,00  | 80,00   |
| Tubulure         | 2        | 15,00  | 30,00   |
| Seringues        | 12       | 5,00   | 60,00   |
| Gants jetable    | 12       | 10,00  | 120,00  |
| No-spa           | 1        | 20,00  | 20,00   |
| Syntocinon inj   | 5        | 10,70  | 53,50   |
| Triaxon 2g       | 2        | 149,50 | 299,00  |
| Acupan           | 1        | 31,70  | 31,70   |
| TOTAL            |          |        | 900,00  |

CLINIQUE LES FLEURS S.A.R.L.  
Accouchement Chirurgie  
16 Rue des Hôpitaux  
Tél: 0522 22 26 16 / 022 22 09 90  
Fax: 05 22 29 94 47 - Casa  
ICE: 003158574000029

16, rue des Hôpitaux - 20000CASABLANCA  
RC 202.602 - CNSS 1449447 - Patente 363159100 - TVA 701.127  
Tél 022 22 26 16 - 022 22 09 90 - Fax - 022 29 94 47 - e-mail : clinique.lesfleurs@wanadoo.net.ma



# CLINIQUE LES FLEURS

S.A.R.L  
ACCOUCHEMENT - GYNECOLOGIE - CHIRURGIE GENERALE

## F A C T U R E

N° 263 / 2024 du 06/02/2024

|                 |                 |            |            |
|-----------------|-----------------|------------|------------|
| Nom patient     | BOUKHOUMA ASMAA | Entrée     | Sortie     |
|                 |                 | 06/02/2024 | 07/02/2024 |
| Prise en charge | PAYANT          |            |            |

|                                  | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant  |
|----------------------------------|--------|------------|---------------|----------|
| PRESTATIONS INTERNES             |        |            |               |          |
| SALLE ACCOUCHEMENT               | 1,00   |            | 1 000,00      | 1 000,00 |
| CHAMBRE                          | 1,00   |            | 600,00        | 600,00   |
|                                  |        |            | Sous-Total    | 1 600,00 |
| Pharmacie totale                 | 1,00   |            | 900,00        | 900,00   |
|                                  |        |            | Sous-Total    | 900,00   |
| Total Frais Clinique             |        |            |               | 2 500,00 |
| PRESTATIONS EXTERNES             |        |            |               |          |
| DR. LAMRISSI HAFID (gynécologue) | 1,00   |            | 2 500,00      | 2 500,00 |
|                                  |        |            | Sous-Total    | 2 500,00 |
| Total prestations externes       |        |            |               | 2 500,00 |

|   |               |          |
|---|---------------|----------|
|   | Total général | 5 000,00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de :<br>CINQ MILLE DIRHAMS |               |          |

|               |          |  |  |  |                |       |
|---------------|----------|--|--|--|----------------|-------|
| Encaissements | Espèces  |  |  |  | Total encaissé | Solde |
|               | 5 000,00 |  |  |  | 5 000,00       | 0,00  |

CLINIQUE LES FLEURS S.A.R.L  
Accouchement Chirurgie  
16 Rue des Hôpitaux  
Tél: 05 22 22 09 90  
Fax: 05 22 29 94 47 - Casa  
ICE: 003158574000029



**CLINIQUE LES FLEURS**  
**S.A.R.L**  
**ACCOUCHEMENT - GYNECOLOGIE - CHIRURGIE GENERAL**

Casablanca

**BILLET DE SORTIE**

|  |                       |              |
|--|-----------------------|--------------|
| Nom du patient : <b>BOUKHOUMA ASMAA</b>                          |                       |              |
| Chambre : <b>NA</b>  |                       |              |
| Médecin traitant   | <b>LAMRISSI HAFID</b> |              |
| Prise en charge  | <b>PAYANT</b>         |              |
| Date entrée  | <b>06/02/2024</b>     |              |
| Date sortie  | <b>07/02/2024</b>     | <b>12:19</b> |
|  |                       |              |
| Le caissier  | L'infirmier           | Le major     |
|  |                       |              |
| Billet de sortie établi par : LACHHAB 14/02/2024 15:27 24B101218 |                       |              |

**CLINIQUE LES FLEURS S.A.R.L**  
**Accouchement Chirurgie**  
16, Rue des Hôpitaux  
Tél.: 0522 22 26 16/22 09 90  
Fax: 05 22 29 94 47 - Casa  
ICE: 008158574000029



Le : 06/02/2024

Références

263 / 240214152357002713

PAYANT

Entrée / Sortie : 06/02/2024 - 07/02/2024

Le Dr. LAMRISSI HAFID

présente à Mme BOUKHOUMA ASMAA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
2 500,00 Dhs (DEUX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS)

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Espèces

Cachet et signature

Dr. LAMRISSI Abdelhafid  
Gynécologue Obstétricien  
863, Bd. Mohamed VI (Ex Rte Medjouna)  
à Côté Marjane D.C. Sultan Drissia III  
Tél : 0522 80 11 80 - CASABLANCA