

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 canalaire, 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 canalaire.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Le MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

W21-833805

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01690

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MAAROUFI JAMALEDDINE

Date de naissance : 07-08-1944

Adresse : Secteur 8 RESIDENCE JOUHANAR, Imb' APPE 3 AVE ASSOLB, VIAY RIAD RABAT

Tél. : 0664 171744

Total des frais engagés : 2771,2 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : SEMMAR JAWHARA

Age : 68 Ans

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 : Rabat

Le : 28/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

W21-833805

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 01690

Nom de l'adhérent(e) : MAAROUFI JAMAL

Total des frais engagés : 2771,2 Dhs

Date de dépôt : 07-03-2024



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

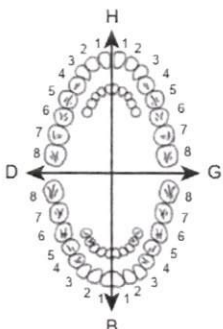
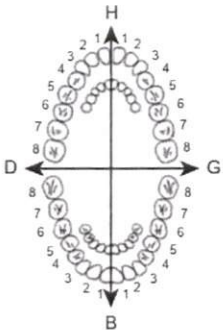
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	Coefficient DES TRAVAUX
					
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				<b>Coefficient DES TRAVAUX</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;"> 21433552  00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000  35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> 00000000  11433553 </div> </div>				
	<b>[Création, remont, adjonction]</b>				<b>Montant des Honoraires</b>
	Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession				
					<b>Montants DES SOINS</b>
					<b>DATE DU DEVIS</b>
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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	Montant des Honoraires	Coefficient des Travaux
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				Coefficient des Travaux
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412   21433552            00000000   00000000  <b>D</b> ————— <b>G</b>            00000000   00000000            35533411   11433553  <b>B</b> </div> </div>				
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession		<b>Montant des Honoraires</b>		
						DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



MME SEMMAR JAOUHARA

NO 3 SECTEUR 8 IMM B RES

JOULANAR HAY RYAD

RABAT

RABAT RP

10000

N° de Dossier :

85100157

Date et heure : 02/01/2024 10:11

Nom et prénom Assuré :

SEMMAR JAOUHARA

Immatriculation :

55250303 / 050137956

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

SEMMAR JAOUHARA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

RABAT RUE LOUKILI 53262

Valeur en Dirhams :

2.771,00

Nombre de pièces :

2

Code Etablissement :

Agent de réception :

5MTR309

Nom Etablissement :



Accueil > Application > assure app

 (/portailapps/www/index.php/assures/auth/connexion)

 Remboursements

 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

PAYE

NON PAYE 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
1	-	04/03/2024	Virement	-	2 771,00	1 750,30	123,20	1 873,50
85100157	02/01/2024	Payé en : 62 jours		SEMMAR JAOUHARA	2 771,00	1 750,30	123,20	1 873,50
1	-	14/12/2023	Virement	-	1 252,50	396,00	5,00	401,00
1	-	02/10/2023	Virement	-	619,10	474,82	117,02	591,84
1	-	06/09/2023	Virement	-	2 141,10	300,00	17,00	317,00
1	-	05/09/2023	Virement	-	602,00	262,85	42,08	304,93
1	-	03/08/2023	Virement	-	624,80	120,00	5,00	125,00

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : ► Télécharger (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr>)

☆☆☆☆☆



صحة دار السلام  
CLINIQUE DAR ESSALAM  
٢٠٤٧٧٠٠٤ ٨٠٠ ٥٧٧٠٤

Ordonnance

Rabat le : 28.12.23

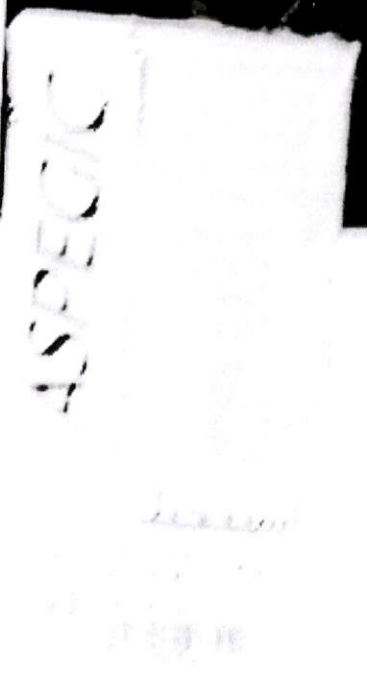
74 f...  
INPE : 10110  
34.20  
Veronal 35 295  
108.40 a4  
Sporal 150  
89.20 a4  
Amor SDR. Sanaa EL GHARBI  
Ep. KADIRI  
Av. Annakhi Hay Riyad Rabat  
Tél. 0537 63 52 42 / 44  
89.00  
84.20  
Candix 25 1/295 a4  
21.80 a3  
Aspirine 15 a4  
46.40 a6  
Coversal 29 295  
54.80 a3  
LD. Nor 10 155 a4  
140.00  
D...  
T: 146

53, Rue Jaafar Ibn Abi Taleb, Souissi • Rabat

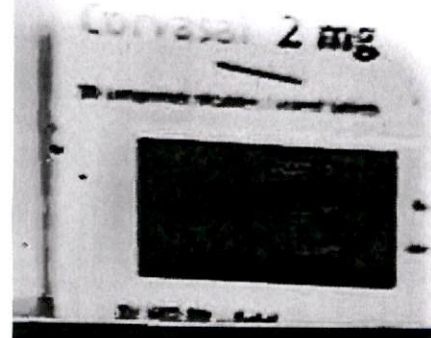
53, زقة جعفر بن أبي طالب، السويصي • الرباط

Tél. : 05 37 63 52 42 / 44 - 05 37 75 96 11 • Fax : 05 37 63 52 45





CARDIX 25mg



## Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

Etablir 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 votre mutuelle 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 وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تختصن 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 للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساوير 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 التعاقدية

Identification de l'agent

Date de dépôt du dossier

تاريخ الإيداع



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

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

N° Bordereau

N° Dossier

### Partie réservée à l'assuré(e)

### خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **SEMMA JAOUHARA** الاسم العائلي والشخصي :  
N° Affiliation : **099136** رقم الانخراط :  
N° Immatriculation : **552-250303** رقم التسجيل :  
N° CIN : **A-129074** رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* : **Conjoint** علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له\*  
Adresse : **SECTEUR 8 RES. DEVEE JOUHANAR Im B** العنوان :  
**APPE 3 AVE ADMA - May Byed RABAT**  
Montant des frais (Dhs) : **2321** مبلغ المصاريف (درهم) :  
Nombre de pièces jointes : **28** عدد الوثائق المرفقة :

### Déclaration du médecin traitant

### تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **SEMMA JAOUHARA** المستفيد من العلاجات :  
Nom et prénom : **SEMMA JAOUHARA** الاسم العائلي والشخصي :  
Date de naissance : **140255** تاريخ الميلاد :  
N° CIN : **A-129074** رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Sexe\* : **M** ذكر **F** أنثى **X** الجنس\* :

### Identification du médecin traitant

### تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **552** الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :  
Type de soins : **ES** نوع العلاجات :  
Maladie\* : **مرض** Pli confidentiel remis\* : **Oui** **Non** تم تقديم الظرف المغلق\* :  
Date de grossesse : **01/01/2023** تاريخ الحمل :  
Date prévue d'accouchement : **01/01/2023** التاريخ المرتقب للولادة :  
Date d'hospitalisation : **01/01/2023** تاريخ الاستشفاء :  
Date d'accident : **01/01/2023** تاريخ الحادث :  
Accident\* : **حادث** Causes : **أسباب الحادث** :

أشهر بصحة كل ما ذكر أعلاه  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.  
Fait à : **Rabat** حرر بـ :  
le : **28/12/2023** في :  
توقيع المؤمن له (لها)  
Signature de l'assuré (e)

أصحب بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
Fait à : **Rabat** حرر بـ :  
le : **28/12/2023** في :  
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

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

\* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع



## description des actes effectués

## وصف العمليات المجراة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
28-12-23	C5 + ELB			387,00	

CIM - 10

## Jرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	اللمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدني أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
28/12/23	1461,00	Pharmacie SAFIYA Dr. Sanaa EL GHARBI Ep. KADIRI Av. Annakhil, Hay Riyad - Rabat Tél.: 0537 71 34 43 0527 71 77

NPE : 102051620

## Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

## عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
29/12/23	B560			660,00	

103002036

INP

## Actes Paramédicaux

## عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical



# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ZITOUNE

Dr. JAMAL ZITOUNI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'Université Paris V

D.U. d'Antibiothérapie et d'Infections Nosocomiales

Ancien Interne, Assistant et Praticien des Hôpitaux de France

Membre de la Société Française de Biologie Clinique

Hématologie

Biochimie Hormonologie

Bactériologie Mycologie

Virologie

Parasitologie

Immunologie

Mme SEMMAR EP MAAROUF JAOUHARA

Dossier ouvert le : 29.12.23

Prélèvement effectué à 11:48.

Edition du : 29.12.23.

Réf. : 23L341

Page : 3

## Compte Rendu d'Analyses

### EXPLORATION LIPIDIQUE

TRIGLYCERIDES

: 0,90

mmol/l

Soit : 0,79

g/l

Normales

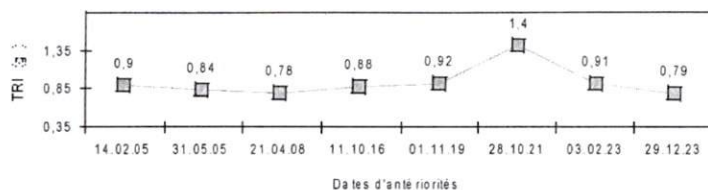
Antériorités

0,6 - 1,4

1,04

0,5 - 1,2

0,91



### EXPLORATION HEPATIQUE

TRANSAMINASE SGOT (ASAT)

:

33

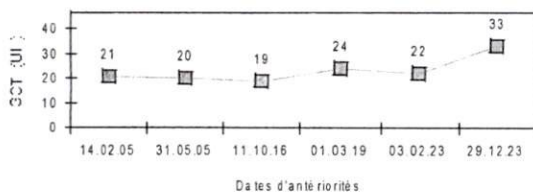
UI/l

Normales

Antériorités

< 35

22



TRANSAMINASE SGPT (ALAT)

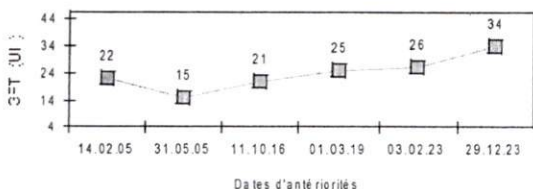
:

34

UI/l

6 - 35

26



Dr. J. ZITOUN  
Biologiste

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ZITOUNE

**Dr. JAMAL ZITOUNI**

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'Université Paris V

D.U. d'Antibiothérapie et d'Infections Nosocomiales

Ancien Interne, Assistant et Praticien des Hôpitaux de France

Membre de la Société Française de Biologie Clinique

Hématologie

Biochimie Hormonologie

Bactériologie Mycologie

Virologie

Parasitologie

Immunologie

**Mme SEMMAR EP MAAROUF JAOUHARA**

Dossier ouvert le : 29.12.23

Prélèvement effectué à 11:48.

Edition du : 29.12.23.

Réf. : 23L341

Page : 2

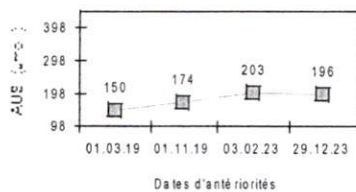
## Compte Rendu d'Analyses

### ACIDE URIQUE

: **196**  $\mu\text{mol/l}$   
Soit : **33**  $\text{mg/l}$

Normales Antériorités

140 - 340 203  
24 - 58 34

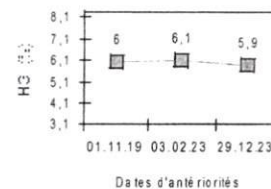


### HEMOGLOBINE GLYQUEE A1 c (Technique HPLC BIO-RAD D-10)

: **5,9** %

4,4 - 6,4 6,1

*Interprétation* : 4,5 - 6 Normale  
6 - 6,5 Bon équilibre si diabétique connu  
7 - 8 Diabète déséquilibré  
> 8 Diabète très déséquilibré



## EXPLORATION LIPIDIQUE

Normales Antériorités

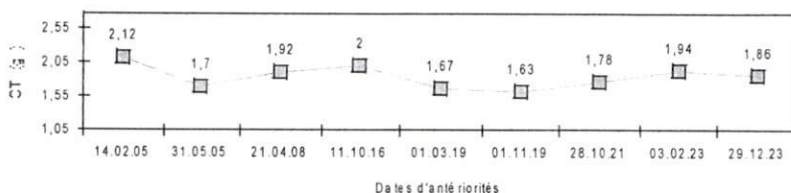
### ASPECT DU SERUM

: Clair, limpide.

### CHOLESTEROL TOTAL

: **4,80**  $\text{mmol/l}$   
Soit : **1,86**  $\text{g/l}$

4 - 5,15 5,00  
1,5 - 2 1,94





# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ZITO.U.N.E

**Dr. JAMAL ZITOUNI**

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'Université Paris V

D.U. d'Antibiothérapie et d'Infections Nosocomiales

Ancien Interne, Assistant et Praticien des Hôpitaux de France

Membre de la Société Française de Biologie Clinique

Hématologie

Biochimie Hormonologie

Bactériologie Mycologie

Virologie

Parasitologie

Immunologie

**Mme SEMMAR EP MAAROUF JAOUHARA**

Dossier ouvert le : 29.12.23

Prélèvement effectué à 11:48.

Edition du : 29.12.23.

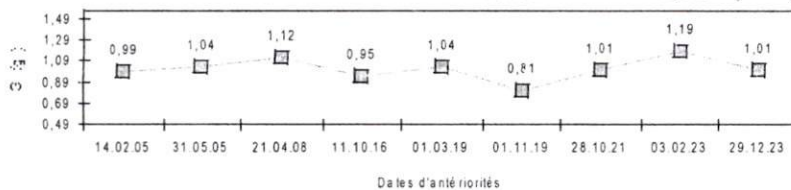
Réf. : 23L341

Page : 1

## Compte Rendu d'Analyses

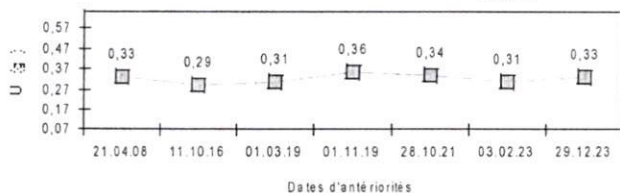
### BIOCHIMIE SANGUINE ( Sur Automate Cobas Mira Roche )

			Normales	Antériorités
				<u>03.02.23</u>
SODIUM (Na <sup>+</sup> )	:	<b>142,0</b> mEq/l	135 - 145	140,0
POTASSIUM (K <sup>+</sup> )	:	<b>4,10</b> mEq/l	3,8 - 4,8	3,90
CHLORURES (Cl <sup>-</sup> )	:	<b>99</b> mmol/l	95 - 108	98
CALCIUM Plasmatique (Ca <sup>++</sup> )	:	<b>2,48</b> mmol/l	2,25 - 2,75	2,50
	Soit :	<b>99</b> mg/l	90 - 110	100
RESERVES ALCALINES	:	<b>27</b> mmol/l	24 - 29	26
PROTEINES Totales	:	<b>76,0</b> g/l	60 - 80	70,0
GLYCEMIE (à jeûn)	:	<b>5,60</b> mmol/l	4 - 6,1	6,60
	Soit :	<b>1,01</b> g/l	0,7 - 1,1	1,19

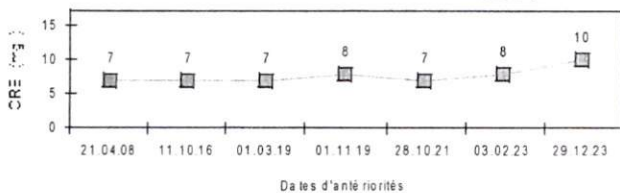


### EXPLORATION RENALE

			Normales	Antériorités
UREE sanguine	:	<b>5,50</b> mmol/l	1,7 - 8,3	5,10
	Soit :	<b>0,33</b> g/l	0,1 - 0,5	0,31



CREATININE sanguine	:	<b>88</b> µmol/l	< 110	67
	Soit :	<b>10</b> mg/l	< 13	8



# Laboratoire d'Analyses Médicales Zitoune

Avenue Al Arz , 6 Rue Al Karm Hay Ryad - Rabat - Tel/Fax :0537 71 19 91  
CNSS:2664573 Pat:25561780 RC:62756 IF: 39436792 INPE:103002036 ICE:001783161000021  
RIB : BP 181810 2121 142804510006 64 Hay Ryad Rabat

29 déc. 23

Mme SEMMAR EP MAAROUF JAOUHARA

FACTURE N°	60624
------------	-------

## Analyses :

Iono sanguin complet (Na,K,Cl,Ca,RA,PT; -----	B	240	
Acide urique sanguin -----	B	30	
Hémoglobine glyquée -----	B	100	
Cholestérol Total -----	B	30	
Triglycérides -----	B	60	
Transaminases -----	B	100	Total : B 560

## Prélèvements :

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

TOTAL DOSSIER

660,00 DH

Arrétée la présente facture à la somme de :  
Six Cent Soixante Dirhams

Laboratoire ZITOUNE  
6, Rue Al Karm Hay Ryad - Rabat  
Tel: 0537 71 19 91  
Zitouni.j99@gmail.com





صحة دار السلام  
CLINIQUE DAR ESSALAM  
+٩٤٨٧٠٠٦ ٨٠٠ ٥٥٥٤

Ordonnance

Rabat le : 28-12-23

M. Samir Tadkoute

Hemo Ig - Crea  
HSA - Crea

Cholesterol

Troponin

B2 - B1

BOT - B25

Loharataine ZITOUNE  
6, rue Jaafar Ibn Abi Taleb, Souissi - Rabat  
Tél: 05 37 71 19 91  
Ziteouni.j99@gmail.com

Dr. Said Souissi  
CARDIOLOGUE  
INPE : 101100121  
53, Rue Jaafar Ibn Abi Taleb, Souissi-Rabat  
Tél: 05 37 63 52 42 - Fax : 05 37 63 52 45

53, Rue Jaafar Ibn Abi Taleb, Souissi • Rabat

53, زنقة جعفر بن أبي طالب، السويصي • الرباط

Tél. : 05 37 63 52 42 / 44 - 05 37 75 96 11 • Fax : 05 37 63 52 45