

# 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 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 tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

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

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

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



Déclaration de Maladie  
N° M21- 0010410

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0868 Société : 202597

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SLOUHI Françoise

Date de naissance : 13/08/41

Adresse : Résidence Yasmine 030  
15 Bd Glaoui Casablanca

Tél. : 066250695 Total des frais engagés : DH 3807,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément CFE

Date de consultation : 08/03/2024

Nom et prénom du malade : SLOUHI Françoise Age :

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

Nature de la maladie :

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 : Cas Le : 19/04/24

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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

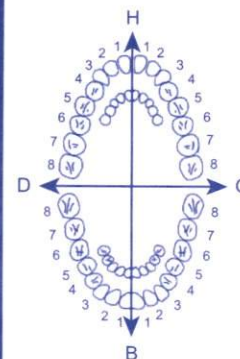
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

#### SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

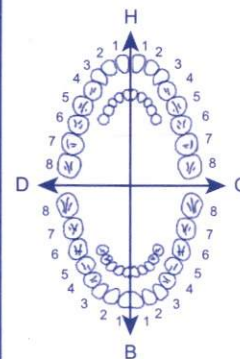
FIN  
D'EXECUTION

#### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

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

Caisse des Français de l'Étranger  
La Sécurité sociale des expatriés

## FEUILLE DE SOINS DISPENSÉS A L'ÉTRANGER

Réservée à l'usage exclusif des adhérents de la CFE - A ne pas utiliser pour les soins reçus en France

Pour vous aider à renseigner cette feuille de soins, vous êtes invité(e) à vous référer aux conseils pratiques en bas de cette page

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (

2 41 00 76 15 40 053 84

NOM (en capitales) :

SLAQUI  
FRANÇOISE  
DAROC

Prénom :

Date de naissance : 13/10/1941

(en capitales) :

Date de naissance : 13/10/1941

Exerce-t-il actuellement une activité professionnelle ?

☐ Oui

☐ Non

⇒ Si oui, laquelle ? .....

Est-il retraité ?

☐ Oui

☐ Non

A-t-il des ressources personnelles de quelque nature que ce soit ?

☐ Oui

☐ Non

☐ Accident causé par un tiers, indiquez la date :

☐ Accident de travail, indiquez la date :

☐ Maternité, indiquez la date de conception :

(si vous ne l'avez pas envoyée, joignez votre déclaration médicale de grossesse)

11/11/11

Les remboursements sont effectués systématiquement selon les modalités habituelles.  
Signaler tout changement d'adresse et de domiciliation bancaire (RIB à joindre)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document et m'engage à signaler à la CFE toute modification de ma situation et notamment tout changement de pays.  
Les fraudes ou fausses déclarations exposent à l'application de pénalités, à la radiation, à des peines d'amende et/ou d'emprisonnement (articles L766-1-3 et L766-2-2 du code de la Sécurité Sociale - articles 313-1, 313-2-5, 441-1 et 441-6 du code pénal).

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des dossiers de sécurité sociale des Français de l'étranger. Les destinataires des données sont : les organismes de protection sociale française, les caisses de retraite, les organismes gestionnaires de complémentaires santé, le Ministère des Affaires étrangères, les établissements et professionnels de santé, les employeurs mandataires et les organismes bancaires. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, que vous pouvez exercer en vous adressant au responsable de traitement :  
Monsieur le Directeur de la CFE, CFE RELATION CLIENT - 160 rue des Meuniers - 77950 RUBELLES - France

Pour obtenir des feuilles de soins dispensés à l'étranger, indiquez le nombre souhaité : .....

•

•

•

•

•

•

•

•

•

tous les éléments doivent être renseignés pour le bon traitement de votre demande.

Le verso doit également être complété par vos soins.

systématiquement à la présente feuille de soins les éléments ci-dessous :

⇒ les

⇒ les

actes en série, frais d'optique.

⇒ ainsi que,

(avec nom et prénom du malade) pour les frais suivants : médicaments, analyses médicales, appareillage,

, un

(massages par exemple).

Dans tous les cas, le remboursement des feuilles de soins est subordonné à l'acquit de vos cotisations à la date des soins.

Pensez à joindre un lors de votre 1<sup>er</sup> envoi de feuille(s) de soins.

Pour tout renseignement complémentaire, contactez :



ÉTAT DÉCLARATIF A COMPLÉTER PAR L'ADHÉRENT POUR LES SOINS RECUS A L'ÉTRANGER  
QUEL QUE SOIT LE PAYS DE DISPENSE DES SOINS

NOM : SLADUI PRENOM : FRANÇOISE DATE DE NAISSANCE : 13/08/4

- ☐ Généraliste ☒ Spécialiste  
☒ Au cabinet / En établissement ☐ Au domicile
- ☐ Généraliste ☐ Spécialiste  
☐ Au cabinet / En établissement ☐ Au domicile
- ☐ Généraliste ☐ Spécialiste  
☐ Au cabinet / En établissement ☐ Au domicile
- ☐ Généraliste ☐ Spécialiste  
☐ Au cabinet / En établissement ☐ Au domicile

**Dr. Mekki SKIREDJ**  
RHUMATOLOGUE  
Résidence Ben Omar Porte B 5  
Rue Ibnou Nafiss Maârif - Casa  
Tél: 05 22 99 34 14/15

08 03 24

300,00

CARDIOLOGIE

- ☐ Electrocardiogramme (ECG)  
☐ Electrocardiogramme + test d'effort (EFF)  
☐ Autre acte, à préciser :

- ☒ Radiographie, zone à préciser : 230  
☐ Radiographie panoramique  
☐ Mammographie : ☐ Unilatérale ☐ Bilatérale  
☐ Scanner  
☐ IRM  
☐ Electroencéphalogramme  
☐ Echographie, zone à préciser :  
☒ Autre à préciser : ostéo

**Dr. Mekki SKIREDJ**  
RHUMATOLOGUE  
Résidence Ben Omar Porte B 5  
Rue Ibnou Nafiss Maârif - Casa  
Tél: 05 22 99 34 14/15

08 03 24

300,00

11/03/24

800,00

ACTE(S) DISPENSE(S) PAR UN AUXILIAIRE MÉDICAL (kinésithérapeute, diététicien, orthophoniste, ...)

Date de la prescription : \_\_\_\_\_  
Traitement dispensé du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
Nombre de séances dispensées : \_\_\_\_\_  
Description du traitement : \_\_\_\_\_

ANALYSES DE LABORATOIRE

Date de la prescription : 08 03 24 Date d'exécution : 09 03 24 2249,40 mg  
Date de la prescription : \_\_\_\_\_ Date d'exécution : \_\_\_\_\_

PHARMACIE / FOURNISSEUR

Date de la prescription : 08/03/24 Date de délivrance : 08/03/24 118,20  
Date de la prescription : \_\_\_\_\_ Date de délivrance : \_\_\_\_\_  
Date de la prescription : \_\_\_\_\_ Date de délivrance : \_\_\_\_\_  
Date de la prescription : \_\_\_\_\_ Date de délivrance : \_\_\_\_\_  
Date de la prescription : \_\_\_\_\_ Date de délivrance : \_\_\_\_\_

AUTRES FRAIS DE SANTÉ

PHARMACIE EL BOUCHER  
Sof Abdellah



Caisse des Français de l'Étranger

160 RUE DES MEUNIER  
CS 70238 RUBELLES 77052 MELUN CEDEX  
Tél. : 33 1 64 14 62 62  
www.cfe.fr

MME SLAOUI FRANCOISE  
RÉSIDENCE YASMINE  
45 BOULEVARD GANDHI ESC D 2ÈME ETAG  
CASABLANACA  
20370  
MAROC

Rubelles, le 13/03/2024

## AVIS DE REGLEMENT

Page 1

N°	Dates	Détail des prestations	Dépense réelle en Euros	Éléments de calcul					Montant du remboursement
				Prix unitaire	Coeff.	Nbre	Base de rembl	Taux	
1	ASSURE : FRANCOISE - Maladie								
	08/03/2024 08/03/2024	ETR : ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	27,31			1	27,31	55	15,02
	08/03/2024 08/03/2024	ETR : PHARMACIE	14,40			1	14,40	65	9,36
	08/03/2024 08/03/2024	ETR : CONSULTATION SPÉCIALISTE	27,31	26,50		1	26,50	70	18,55
	08/03/2024 09/03/2024	ETR : BIO. ET ANATOMO-CYTOPATHOLOGIE	205,29			1	205,29	50	102,65
	11/03/2024 11/03/2024	ETR : ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	73,00			1	73,00	55	40,15
	TOTAL DU DECOMPTE	REFERENCE : 20240313I00143 -E							185,73
		NUMERO DE DEMANDE : 240216545							

Montant total payé en Euros

185,73

Merci d'attendre quelques jours avant de formuler une réclamation si ce décompte n'intègre pas toutes les factures adressées par un même envoi postal. Il peut effectivement arriver que le remboursement de vos dépenses médicales intervienne à quelques jours d'intervalle en fonction de la nature des soins facturés.

Notre procédure de remboursement diffère en fonction du lieu de réalisation des soins. En cas d'envoi simultané de vos feuilles de soins (réalisés en France et à l'étranger), vous recevrez des décomptes séparés, une fois les remboursements effectués.

Lorsque vous déposez en ligne vos demandes dans votre Espace Personnel, vous devez garder les documents originaux pendant une période maximum de 27 mois à partir de la date de vos soins.

Les expatriés et leurs ayants droit assurés à la CFE ne sont pas concernés par les dispositions relatives au parcours de soins en France et n'ont pas à choisir de médecin traitant, ni à le consulter avant une visite chez un spécialiste. Les dépassements d'honoraires, prévus en cas de non-respect du parcours de soins en France ne leur sont pas applicables. (circulaire ministérielle n°2005-275 du 27/05/05)

Les dépassements d'honoraires, prévus en cas de non-respect du parcours de soins en France ne leur sont pas applicables. (circulaire ministérielle n° 2005-275 du 27/05/05)

<b>Assuré</b>	N° de Sécurité Sociale : 2 41 08 76 540 053 84	<b>Règlement</b>	Référence : 20240313I00143
Nom : SLAOUI		Destinataire : MME BURETTE FRANCOISE	Mode : Virement SEPA
Prénom : FRANCOISE		Compte : FR76 1820 6004 9000 8083 9315 073	

**Dr. Mekki SKIREDJ**

**RHUMATOLOGUE**

Maladies des Os, des Articulations  
de la Colonne Vertébrale  
et Rhumatisme Inflammatoires

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier

Osteopathie

Echographie Musculo Squelettique



**الدكتور المكي سكيرج**

اختصاصي في أمراض الروماتيزم  
العظام - المفاصل - العمود الفقري  
خريج كلية الطب بمونبليي  
التطبيب اليدوي  
فحص المفاصل بالصدى

Casablanca, le 08/3/20

Francine Naima Joubert  
Patre

- VS - CRP, NTs
- Creatinine - D.F.C.
- Phosph, alc, TGO, TGP, AST
- Calcium - Phosphore
- 25 OH vit D<sub>2</sub> D<sub>3</sub>
- TSH us
- Electrophoresis des protéines
- PTH intact

**Dr. mekki SKIREDJ**  
RHUMATOLOGUE  
Résidence Ben Omar Porte B 5  
Rue Ibnou Nafiss Maârif - Casa  
Tél.: 05 22 99 34 14/15

**LABORATOIRE MOZART**  
Dr BOUCHRA MEKOUAR TAZI  
Tél.: 05 22 99 34 14  
105 22 99 34 15 Résidence Ben Omar - Porte B - 5 Rue Ibnou Nafiss - 3ème Etage - Maârif - Casa  
Tél.: 30.97.90/91 - FAX : 30.97.90/91



**Dr Mekki SKIREDJ**

**RHUMATOLOGUE**

Maladies des Os, des Articulations  
de la Colonne Vertébrale  
et Rhumatismes Inflammatoires  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier

Osteopathie  
Echographie Musculo Squelettique



**الدكتور المكي سكيرج**

إختصاصية في أمراض الروماتيزم  
العظام - المفاصل - العمود الفقري  
خريج كلية الطب بمونبولى  
التطبيب اليدوي  
فحص المفاصل بالصدى

Casablanca, le : 08-03-24

Mme Burette Françoise Marie Madeleine

- R2 sur machin dorsal de face,  
et de profil

**Dr. Mekki SKIREDJ**  
RHUMATOLOGUE  
Résidence Ben Omar Porte B 5  
Rue Ibnou Nafiss Maârif - Casa  
Tél.: 05 22 99 34 14/15

إقامة بن عمر - الباب B-5 زنقة ابن النفيس - الطابق الثالث - المعاريف - البيضاء  
Tél. : 05 22 99 34 14  
05 22 99 34 15 Résidence Ben Omar - Porte B - 5, Rue Ibnou Nafiss - 3ème Etage - Maârif - Casa

## RHUMATOLOGUE

## Osteopathie

الدكتور المكي سكيرج

اختصاصي في أمراض الروماتيزم  
العظام - المفاصل - العمود الفقري  
خريج كلية الطب بونبولي  
التطبيب البدوي  
فحص المفاصل بالصدى

Casablanca, le 28/3/20

Francine Marie Madeline  
Zureik

1.  $\frac{1}{82.5} \frac{800 \times 1000}{0.1 - 0.06666666666666667} R, \text{ see } \frac{1}{82.5}$

$$2 - \frac{\text{Kalesto}}{39.20} \quad 1 - 0 - 0 \quad \text{an } p \text{ olej} \times 10$$

3. De la skema  
34. w d - 2 x 8 v

~~118.20~~

Pharmacie EL ANADE  
Mme H.T. EL RAKI  
Bd Abdelhak Bel Kaddouj

**D...MARRIAGE**  
RHUMATOLOGUE  
Résidence Ben Omar Pointe B 5  
Boulevard Maârif - Casa  
Téléphone : 79 93 14 / 15

Tél. : 05 22 99 34 14 إقامه بن عمر - الباب B - 5 زقة ابن النفيس - الطابق الثالث - المعاريف - البيضاء  
05 22 99 34 15 Résidence Ben Omar - Porte B - 5 Rue Ibnou Nafiss - 3ème Etage - Maârif - Casa



**Dr. Mekki SKIREDJ**

**RHUMATOLOGUE**

Maladies des Os, des Articulations  
de la Colonne Vertébrale  
et Rhumatisme Inflammatoires

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier

Osteopathie

Echographie Musculo Squelettique



**الدكتور المكي سكيرج**

اختصاصي في أمراض الروماتيزم  
العظام - المفاصل - العمود الفقري  
خريج كلية الطب بـمونبولي  
التطبيب اليدوي  
فحص المفاصل بالصدى

Casablanca, le 28/3/24

die  
Françoise Marie Jacobine  
Buzette

Osteochondrolyse

**Dr. Mekki SKIREDJ**  
RHUMATOLOGUE  
Résidence Ben Omar - Porte B 5  
Rue Ibnou Nafiss - Maârif - Casa  
Tél.: 05 22 99 34 15

إقامة بن عمر - الباب B - 5 زنقة ابن النفيس - الطابق الثالث - المعاريف - البيضاء 05 22 99 34 14  
05 22 99 34 15 Résidence Ben Omar - Porte B - 5 Rue Ibnou Nafiss - 3ème Étage - Maârif - Casa

**CRR** مركز الفحص الطبي بالأشعة الروداني  
**CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI**

Dr. Houriya AMRANI MIKOU  
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH  
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI  
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI  
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -  
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie  
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie  
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 11/03/2024

FACTURE N° : FA:00 2849/24  
Nom : SLAOUI FRANCOISE

Arrêtée la présente facture à la somme de : 800,00 Dhs

**HUIT CENTS DHS**

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

OSTEODENSITOMETRIE .

800,00 Dhs

Total de : 800,00 Dhs

Mode de règlement CHEQUE

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

**CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI**, S.A.R.L. au capital de 2.300.000,00 DH  
400, Bd Brahim Roudani 1<sup>er</sup> étage - Maârif, 20100 Casablanca - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma  
Tél.: 0522 23 50 70 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68  
RC : 500035 - CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040



**Dr. Mekki SKIREDJ**

**RHUMATOLOGUE**

Maladies des Os, des Articulations  
de la Colonne Vertébrale

et Rhumatismes Inflammatoires

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier

Osteopathie

Echographie Musculo Squelettique



**تور المكي سكيرج**

مباصي في أمراض الروماتيزم

ام - المفاصل - العمود الفقري

يج بكنية الطب بمونبولي

التطبيب اليدوي

نحص المفاصل بالصدى

08/03/2024

**FACTURE**

**Mme BURETTE FRANCOISE MARIE MADELEINE**

Radiographies du rachis dorsal de face et de profil.....300.00DH

**TOTAL 300.00DH**

**FACTURE ARRETEE A LA SOMME TOTALE DE TROIS CENTS DIRHAMS T.T.C.**

**Dr. Mekki SKIREDJ**  
RHUMATOLOGUE  
Résidence Ben Omar Porte B 5  
Rue Ibnou Nafiss Maârif - Casa  
Tel.: 05 22 99 34 14/15

بن عمر - الباب - B - 5 ، زنقة ابن النفيس - الطابق الثالث - المعاريف - البيضاء 05 22 99 34 14 : 1.  
05 22 99 34 15 Résidence Ben Omar - Porte B - 5, Rue Ibnou Nafiss - 3<sup>ème</sup> Etage - Maârif -

# FACTURE N° : 240000621

Casablanca le 09-03-2024

Mme Françoise SLAOUI BURETTE

Organisme : CFE

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Clé	Coefficient
B129	Phosphore minéral	B	40
B143	Phosphatases Alcalines	B	50
B216	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B	80
B141	Gamma glutamyl transférase (G G T)	B	50
B114	Electrophorèse des protides	B	100
B370	C R P (Protéine C réactive)	B	100
B111	Créatinine	B	30
B205	Clearance: de la créatinine	B	50
B104	Calcium	B	30
B146	Transaminases O (TGO)	B	50
B147	Transaminases P (TGP)	B	50
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	B	25
B223	Vitesse de sédimentation	B	30
B439	Vitamine D	B	450
B164	T S H ultra sensible	B	250
B464	PTH Intacte-Technique Immunoenzymatique	B	300

Total des B : 1660

Total des HN : 0

TOTAL DOSSIER : 2249.40 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux mille deux cent quarante-neuf Dirhams quarante centimes.

LABORATOIRE MOZART  
Dr BOUCHRA MEKOUAR TAZI  
BIOLOGISTE  
1, RUE MOZART - CASABLANCA  
Tél : 09.97.90/91 - Fax : 09.97.99