

## 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 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 une fois par an.

### 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



203828

Déclaration de Maladie

M23- N° 0034802

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2439

Société : R.A.M

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Retraité

Nom & Prénom : DOVIES NAJIB

Date de naissance : 1.7.1954

Adresse : 44 Rue EL SAHAIL Roches noires CASA

Tél. : 0663422594

Total des frais engagés : 765,20 / Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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 : .....

Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

### 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

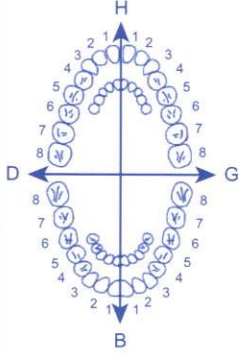
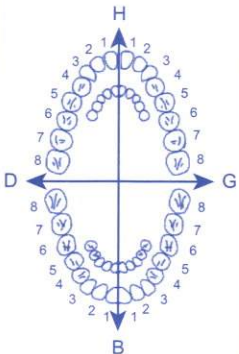
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I 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 :**

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 |   |  |
|--|---|------------------|-------------|---|--|
|   |   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">             H<br/>             25533412<br/>             00000000<br/>             D<br/>             00000000<br/>             35533411<br/>             B           </div> <div style="text-align: center;">             21433552<br/>             00000000<br/>             G<br/>             00000000<br/>             11433553<br/>             B           </div> </div> |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |  |
|  | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





البيان الدوري لتعويضات التأمين  
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين  
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance  
Maladie Obligatoire  
Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب  
Le : 01/03/2024 : بتاريخ

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 185164235 رقم التسجيل  
Règlements de la période : من  
du : 01/03/2024 : إلى  
au : 01/03/2024 : إلى

المرسل إليه  
Destinataire  
BENNIS NADIA

Veillez trouver ci-dessous une récapitulation des  
prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la  
période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي  
استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

| رقم الملف               | تاريخ العلاج     | العمليات | مهنيو الصحة                     | مبلغ المصاريف            | التعريف<br>المرجعية   | المعامل | الكمية   | أساس<br>التعويض                | نسبة<br>التعويض                 | تاريخ إرسال<br>الأداء          | مبلغ<br>التعويض      |
|-------------------------|------------------|----------|---------------------------------|--------------------------|-----------------------|---------|----------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------|
| Numéro de dossier       | Date de<br>soins | Actes    | Prestataires de soins           | Montant de la<br>dépense | Tarif de<br>référence | Coeff.  | Quantité | Base de<br>rembour-<br>-sement | Taux de<br>rembour-<br>-ement % | Date<br>d'envoi<br>du paiement | Montant<br>remboursé |
| BENNIS NADIA            |                  |          |                                 |                          |                       |         |          |                                |                                 |                                |                      |
| 147510693               | 12/02/2024       | CSC      | CARDIOLOGIE                     | 300,00                   | 250,00                | 1.00    | 1,00     | 250,00                         | 70,00                           | 01/03/2024                     | 175,00               |
| 147510693               | 12/02/2024       | PH       | PHARMACIES D                    | 465,20                   | 0,00                  | 1.00    | 5,00     | 0,00                           | 0,00                            | 01/03/2024                     | 210,07               |
| 147510538               | 17/02/2024       | CS       | OFFICINES<br>GASTRO-ENTEROLOGIE | 300,00                   | 150,00                | 1.00    | 1,00     | 150,00                         | 70,00                           | 01/03/2024                     | 105,00               |
| 147510538               | 17/02/2024       | PH       | PHARMACIES D                    | 245,70                   | 0,00                  | 1.00    | 1,00     | 0,00                           | 0,00                            | 01/03/2024                     | 0,00                 |
| 147510538               | 17/02/2024       | B        | OFFICINES<br>LABORATOIRES D     | 912,80                   | 737,00                | 670.00  | 1,00     | 737,00                         | 70,00                           | 01/03/2024                     | 515,90               |
| 147510540               | 21/02/2024       | CS       | ANALYSES<br>OTO-RHINO-          | 300,00                   | 150,00                | 1.00    | 1,00     | 150,00                         | 70,00                           | 01/03/2024                     | 105,00               |
| 147510540               | 21/02/2024       | PH       | LARYNGOLOGIE<br>PHARMACIES D    | 40,00                    | 0,00                  | 1.00    | 1,00     | 0,00                           | 0,00                            | 01/03/2024                     | 0,00                 |
| OFFICINES               |                  |          |                                 |                          |                       |         |          |                                |                                 |                                |                      |
| Total remboursé         |                  |          |                                 |                          |                       |         |          |                                |                                 |                                | 1110,97              |
| Total général remboursé |                  |          |                                 |                          |                       |         |          |                                |                                 |                                | 1110,97              |

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web

ou le portail des assurés

ou l'application mobile

ou appeler notre serveur vocal au numéro

ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

[www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)

[www.cnss.ma/Portail/](http://www.cnss.ma/Portail/)

« Ma CNSS »

080 20 30 100

080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم

أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

## Instructions à suivre

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, ....).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS 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.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

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 CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

## تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.  
يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، ...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.  
لأنه هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

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 للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ماسبق ذكره.

|  |   |
|--|---|
| توقيع وطابع الوكالة<br>Cachet et signature de l'Agence                             | خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري<br>Réservé à la DAMO                   |
| Identification de l'agent : .....  |   |
| Date de dépôt du dossier : 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1 تاريخ الإيداع : 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1 | Date d'arrivée : 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1 تاريخ الاستلام : 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1 |

|  |   |                    |  |  |
|--|---|--------------------|--|--|
| <p>الضمان الاجتماعي<br/>Fonds National de Sécurité Sociale<br/>CNSS<br/>Le devoir de vous protéger</p> | ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض<br>Feuille de Soins Maladie |                    | مديرية التأمين الصحي الإجباري<br>Direction de l'Assurance Maladie<br>Obligatoire | Réf. - 610-1-02<br>مرجع رقم : 610-1-02 |
|  | موافقة مسبقة<br>Entente préalable                         | تنفيذ<br>Exécution |  |  |

## N° Dossier :



|  |                             |
|--|-----------------------------|
| خاص بالمؤمن له (لها)   |                             |
| Partie réservée à l'assuré(e)  |                             |
| Nom et prénom : BENNIS NADIA   | الإسم العائلي والشخصي :     |
| N° Immatriculation : 11851164235   | رقم التسجيل :               |
| N° CIN : BE1645019   | رقم بطاقة التعريف الوطنية : |
| Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *<br>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج    Enfant <input type="checkbox"/> ابن |                             |
| Adresse : 44 Rue El BAHAIL Dahyanoires CASA  |                             |
| Montant des frais : 765 200 DHS  | مبلغ المصاريف :             |
| Nombre de pièces jointes : .....   | عدد الوثائق المرفقة :       |

|  |                        |
|--|------------------------|
| Déclaration du médecin traitant  |                        |
| تصريح الطبيب المعالج   |                        |
| Bénéficiaire de soins : BENNIS NADIA                                     |                        |
| Nom et prénom : BENNIS NADIA   |                        |
| Date de naissance : 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1                                  |                        |
| N° CIN : 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1   |                        |
| Sexe : M <input type="checkbox"/> ذكر    F <input type="checkbox"/> أنثى |                        |
| INPE et code à Barres : 09054M86   |                        |
| Médecin traitant   | Etablissement de soins |
| الطبيب المعالج   | المؤسسة العلاجية       |

|   |  |
|---|--|
| Type de soins*<br>Hospitalisation <input type="checkbox"/> إستشفاء    Maternité <input type="checkbox"/> أمومة    Accident <input type="checkbox"/> حادثة    Maladie <input type="checkbox"/> مرض |  |
| J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.<br>Fait à : CASABLANCA<br>Le : 12/02/2014<br>توقيع المؤمن له<br>Signature de l'assuré(e)                                 | Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.<br>Fait à : 12/02/2014<br>Le : 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1<br>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية<br>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins |

\* Cocher la mention utile pour chaque case  
 \*\* Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) sur la feuille de soins.  
 080 203 3333 : الهاتف : 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف : 080 203 3333  
 CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333



| Description des actes effectués  |                                |  |                                   |   |  | وصف العمليات المجرة |  |
|----------------------------------|--------------------------------|--|-----------------------------------|---|--|---------------------|--|
| تاريخ العمليات<br>Date des actes | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé+<br>cotation NGAP | المبلغ المفوتر<br>Montant facturé | توقيع وطابع الطبيب المعالج<br>Signature et Cachet du Médecin traitant   |  |                     |  |
| 12/02/24                         |                                | G+   | CCG                               | <br><b>Dr. Siham BELAICHE</b><br><b>Cardiologue</b><br>Angle Bd. Ibn Tachfine et Adraa<br>EL Mourakouchi 3ème Etage N° 5<br>Casablanca - Tel: 0522 61 11 77 |  |                     |  |
|                                  |                                |  | 300 DH                            |   |  |                     |  |
| INPE et code à Barres            |                                |  |                                   |   |  |                     |  |
| _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  |                                |  |                                   |   |  |                     |  |
| 22/02/24                         |                                | Contrôle                                       | général                           | <br><b>Dr. Siham BELAICHE</b><br><b>Cardiologue</b><br>Angle Bd. Ibn Tacheine et Adraa<br>EL Mourakouchi 3ème Etage N° 5<br>Casablanca - Tel: 0522 61 11 77 |  |                     |  |
|                                  |                                |  |                                   |   |  |                     |  |
| INPE et code à Barres            |                                |  |                                   |   |  |                     |  |
| _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  |                                |  |                                   |   |  |                     |  |

| Actes Paramédicaux   |   |  |                              |                                   |   | عمليات المساعدين الطبيين |  |
|--|---|--|------------------------------|-----------------------------------|---|--------------------------|--|
| تاريخ العمليات<br>Date des actes   | رمز العمليات<br>Code des actes                                  | معاملات العمليات<br>Lettre clé+<br>cotation NGAP | عدد العمليات<br>Nbre d'actes | المبلغ المفوتر<br>Montant facturé | توقيع وطابع المساعد الطبي<br>Signature et Cachet du Paramédical |                          |  |
|  | <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 80%;"></div> |  |                              |                                   |   |                          |  |
| INPE et code à Barres<br><div style="border-top: 1px dashed black; height: 20px;"></div> |   |  |                              |                                   |   |                          |  |
|  | <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 80%;"></div> |  |                              |                                   |   |                          |  |
| INPE et code à Barres<br><div style="border-top: 1px dashed black; height: 20px;"></div> |   |  |                              |                                   |   |                          |  |

| Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie |                                |  |                                   |  |  | عمليات الإحياء، الأشعة والصور |  |
|---|--------------------------------|--|-----------------------------------|--|--|-------------------------------|--|
| تاريخ العمليات<br>Date des actes          | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé+<br>cotation<br>NGAP / NABM | المبلغ المفوتر<br>Montant facturé | توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي<br>Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste |  |                               |  |
|   |                                |  |                                   |  |  |                               |  |
| INPE et code à Barres<br>                 |                                |  |                                   |  |  |                               |  |
|   |                                |  |                                   |  |  |                               |  |
| INPE et code à Barres<br>                 |                                |  |                                   |  |  |                               |  |

| Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire |               |          |            |
|---|---------------|----------|------------|
| Nature de la prestation   | Prix Unitaire | Quantité | Prix Total |
|   |               |          |            |

Maphar  
Be Akimia N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
BETASERC 24MG  
CP B30  
P.P.V. : 72,90 DH



Dr. Siham BELAICHE

Spécialiste des maladies  
du coeur et des vaisseaux

Explorations  
Cardio-Vasculaires



د. سهام بلعيش

إختصاصية في أمراض  
القلب و الشرايين  
استكشاف أمراض  
القلب و الشرايين

2-22/2/24

Bonjour

108,70 x 2

—, Hassan sur 20

72,90 2000

— Belcher 26

27 x 27

T = 290,30

Pharmacie la Folie  
354, Bd Ambassadeur  
Rocher Mouton  
TEL: 05 22 26 29 02

SV

Dr. Siham BELAICHE  
Cardiologue  
Angle Bd Ibn Tachefine et Adraa  
EL Mourakouchi 3ème Etage N° 5  
Casablanca Tél: 05 22 61 11 33



زاوية شارع ابن تاشفين وابن العدراء المراكشي، إقامة فاطمة الزهراء II الطابق الثالث رقم 5  
(فوق أسيمو و BMCE) - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 61 11 33  
Angle Bd. Ibn Tachefine et Ibn El Adraa El Mourakouchi, Résidence Fatima Zahra II 3ÈME étage, N° 5  
Casablanca (au dessus de Acima et BMCE) - Tél.: 05 22 61 11 33

Dr. Siham BELAICHE

Spécialiste des maladies  
du coeur et des vaisseaux

Explorations  
Cardio-Vasculaires



د. سهام بلعيش

إختصاصية في أمراض  
القلب و الشرايين  
استكشاف أمراض  
القلب و الشرايين

12/2/24  
Benais Jadir

92,20

— Proust

off

79,00

— Vitić

78 mod 06

13,20

Algik

off 25h

off 16

T=174,90

Dr. Siham BELAICHE  
Cardiologue  
N° 5

زاوية شارع ابن تاشفين، إقامة فاطمة الزهراء II الطابق الثالث رقم 5  
05 22 61 11 33 - الهاتف - الدار البيضاء - BMCE

Angle Bd. Ibn Tachefine et Ibn El Adraa El Mourakouchi, Résidence Fatah II 3EME étage, N° 5  
Casablanca (au dessus de Acima et BMCE) - Tél. 05 22 61 11 33



P.P.C : 79 DH  
Lot : Diuol  
V307G 11/24





FEV. 12 2024 10:30  
ID=

AGE=

AC, DERIVAT

BENNIS  
NADIA

