

# 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



## Déclaration de Maladie

W21-837756

204703

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2527 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : retraite 16.452

Nom & Prénom : ABDELLAH HAFID

Date de naissance : 19/07/56

Adresse : 39 LOT ALI BACHA II CASA

Tél : 0661 194676 Total des frais engagés : 3808,6

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 07 / 05 / 24

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

PR4FR05/V2/20-10-2023

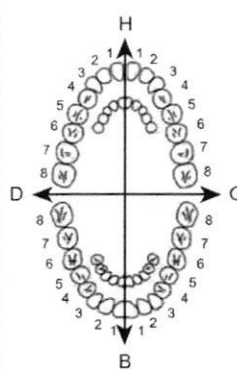
[illegible][illegible][illegible][illegible]

# 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	Coefficient DES TRAV/	
						
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				<b>Coefficient DES TRAV/</b>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; 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-between; align-items: center; margin-top: 10px;"> <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> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				<b>Montant des Honoraires</b>	<b>Montant DES SOIN</b>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



	<b>البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Relevé périodique des prestations AMO</b>		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-2-06 مرجع رقم
	Emis à : CASABLANCA Le : 20/03/2024	أصترب : بتاريخ :	Page 1 / 1 الصفحة
N° d'immatriculation 155348822 Règlements de la période du : 20/03/2024 : من au : 20/03/2024 : إلى		Destinataire Kharbouh Malika المرسل إليه	

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	التعريفية المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
KHARBOUCH MALIKA											
150363356	28/02/2024	R400	CARDIOLOGIE	800,00	650,00	1.00	1,00	650,00	70,00	20/03/2024	455,00
150363356	28/02/2024	PH	PHARMACIES D	1177,00	0,00	1.00	8,00	0,00	0,00	20/03/2024	769,72
150363356	28/02/2024	CSC	OFFICINES CARDIOLOGIE	300,00	250,00	1.00	1,00	250,00	70,00	20/03/2024	175,00
150363356	28/02/2024	B	LABORATOIRES D	223,00	198,00	180.00	1,00	198,00	70,00	20/03/2024	138,60
150361223	11/03/2024	PH	ANALYSES PHARMACIES D	258,60	0,00	1.00	2,00	0,00	0,00	20/03/2024	0,00
150361223	11/03/2024	CS	OFFICINES OPHTALMOLOGIE	250,00	150,00	1.00	1,00	150,00	70,00	20/03/2024	105,00
Total remboursé											1643,32
Total général remboursé											1643,32

- 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

Établir 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 الإسم 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 رهنا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة 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 ما سبق ذكره.

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : .....	تاريخ الاستلام : ١٠ / ١٠ / ٢٠١٩
Date de dépôt du dossier : ١٠ / ١٠ / ٢٠١٩	Date d'arrivée : ١٠ / ١٠ / ٢٠١٩

<p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-02</p>
	<p>موافقة مسبقة</p> <p>Entente préalable</p>	<p>تنفيذ</p> <p>Exécution</p>	<p>Réf. ANAM : 1.2.01.01</p>
<p>N° Dossier :</p>			
<p>Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)</p>			
<p>الإسم العائلي والشخصي : Kharbouch Malika</p> <p>رقم التسجيل : 15534188221</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : 1010340101</p> <p>N° CIN :</p> <p>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)</p> <p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p> <p>العنوان : 39, Lot Aïn Drab Bt grande ceinture</p> <p>Montant des frais : 2500,00 Dhs.</p> <p>عدد الوثائق المرفقة :</p>			
<p>تصريح الطبيب المعالج</p> <p>المستفيد من العلاجات</p> <p>الاسم العائلي والشخصي : KHARBBOUCH - MALIKA</p> <p>تاريخ الميلاد : 10/10/1957</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p> <p>الجنس : أنثى <input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/></p> <p>الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشرّف</p> <p>INPE et code à Barres</p>			
<p>الطبيب المعالج</p> <p>Médecin traitant</p>		<p>المؤسسة العلاجية</p> <p>Etablissement de soins</p>	
<p>نوع العلاجات</p> <p>مرض <input type="checkbox"/> حادثة <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> إستشفاء <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/></p>			
<p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p> <p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>ب : .....</p> <p>في : ١٠ / ١٠ / ٢٠١٩</p> <p>توقيع المؤمن له</p> <p>Signature de l'assuré(e)</p>		<p>أصح بقصدافية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه</p> <p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>ب : .....</p> <p>في : 10/10/2019</p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>	

\* - أنشط الخانة المناسبة

\* - Cocher la mention utile pour chaque case

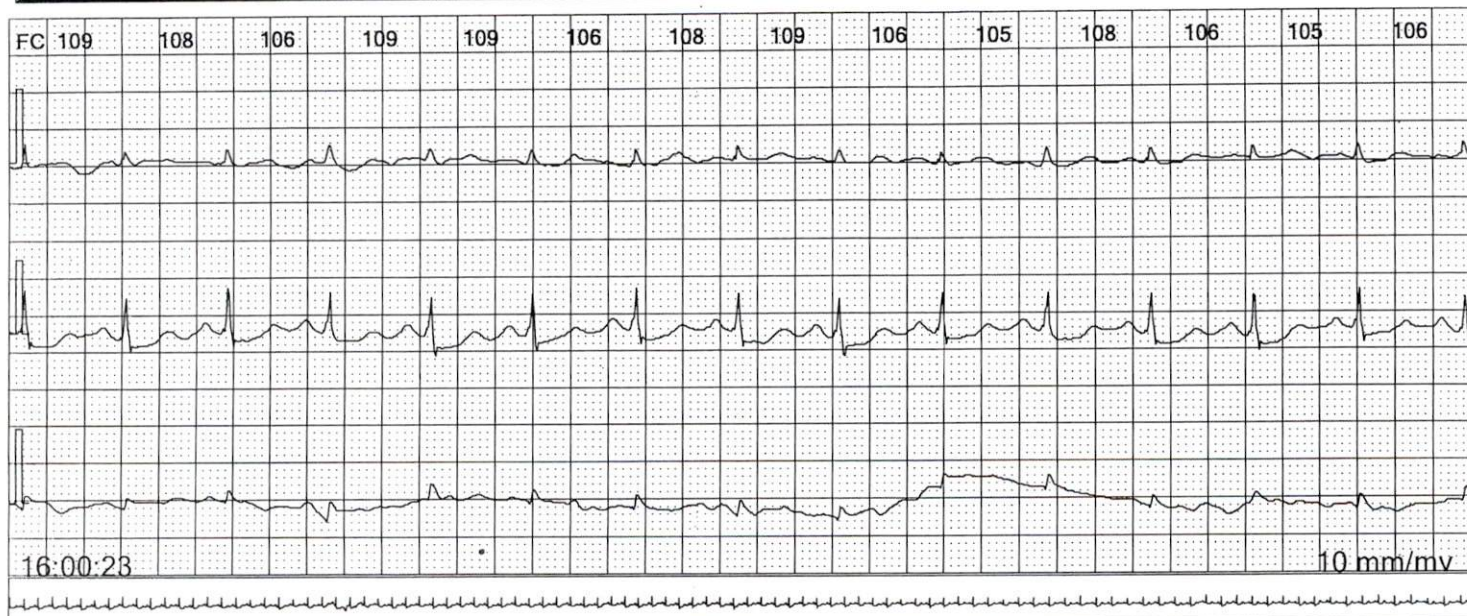
\* - Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكور - الدار البيضاء ص - ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف : 080 203 3333

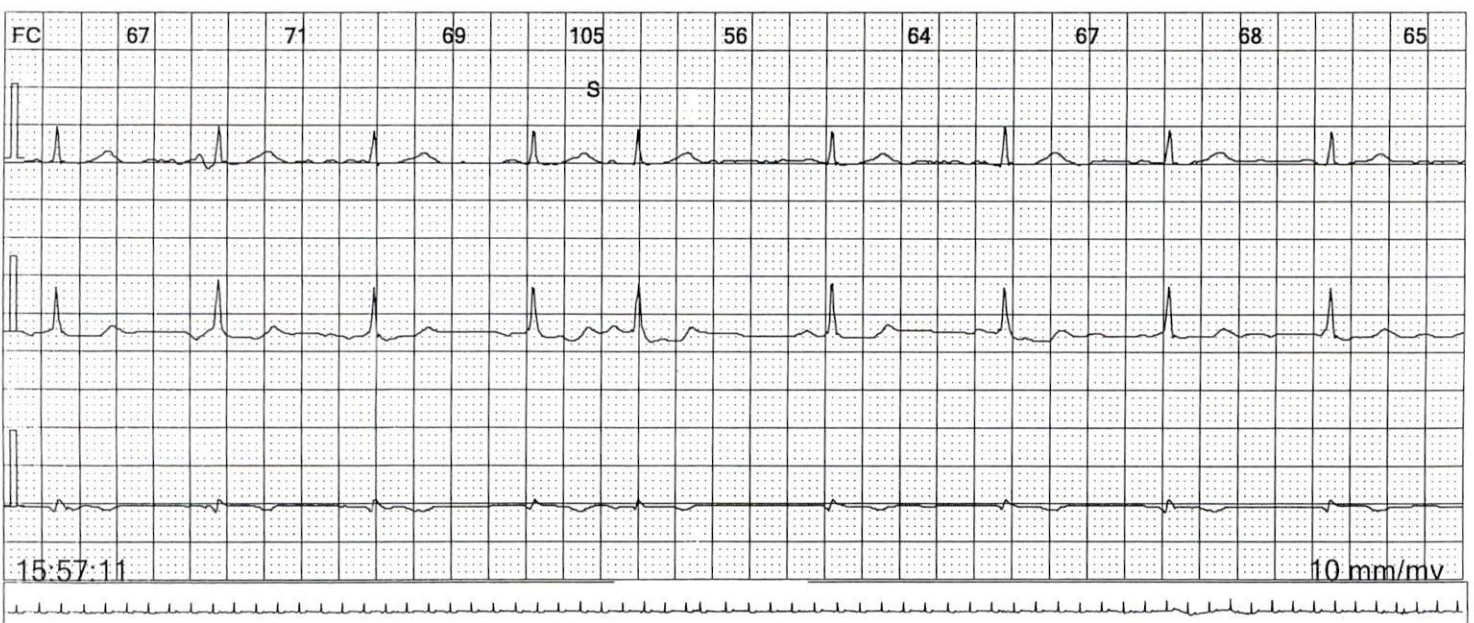
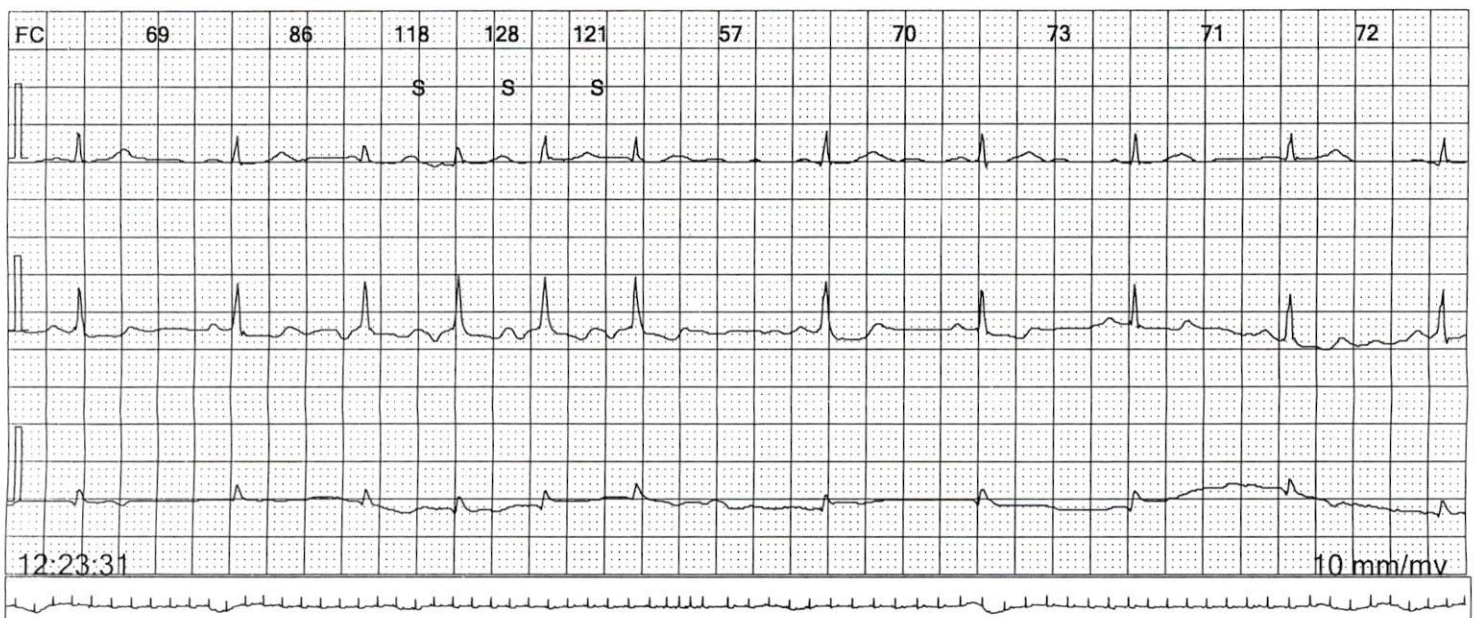
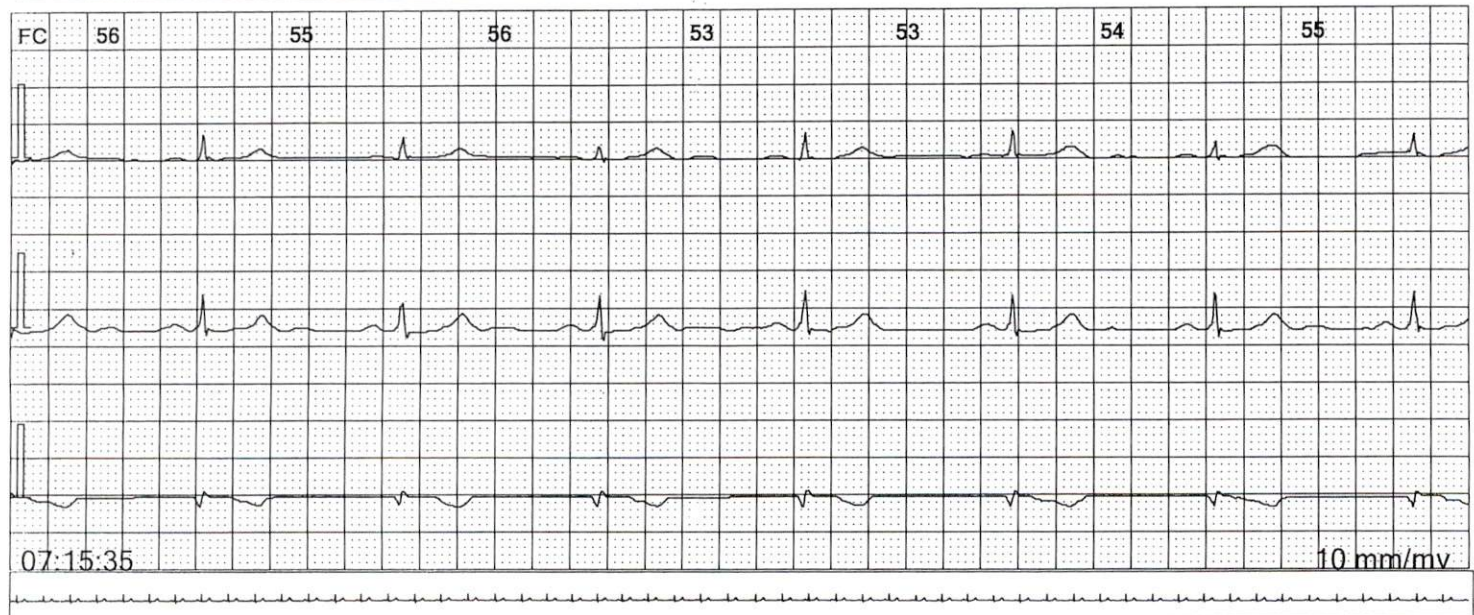
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333



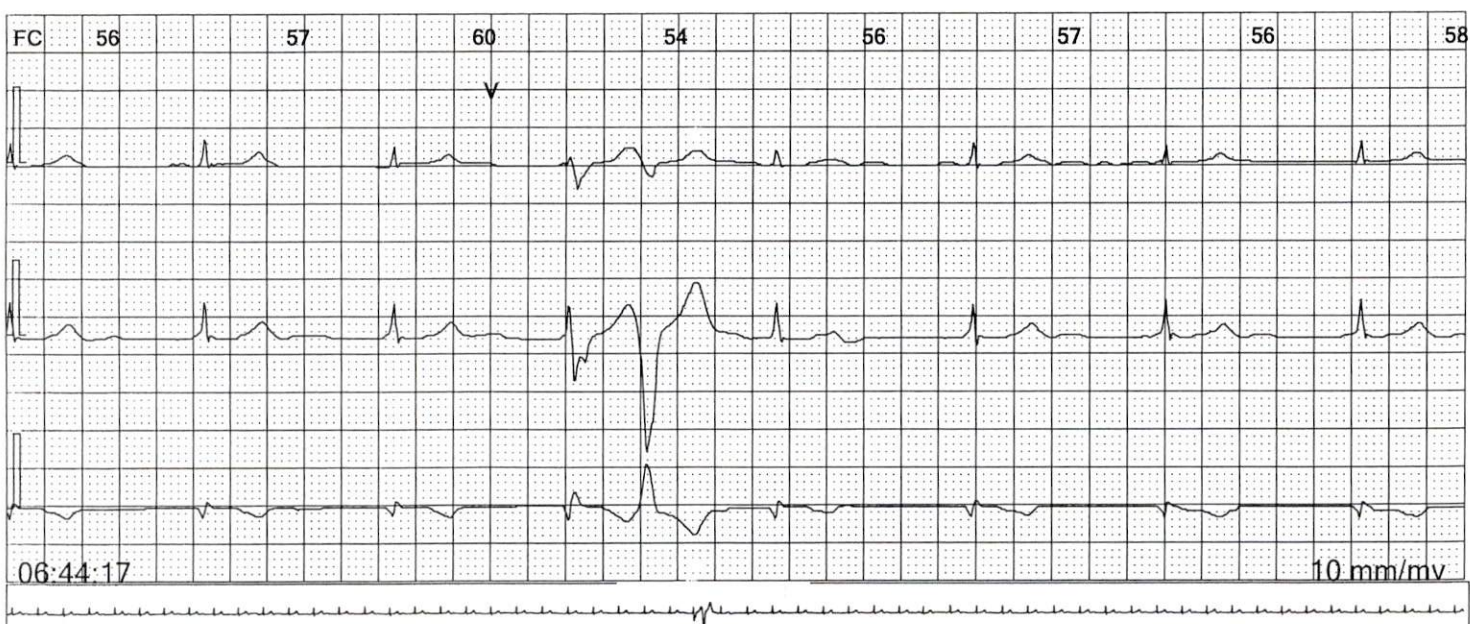




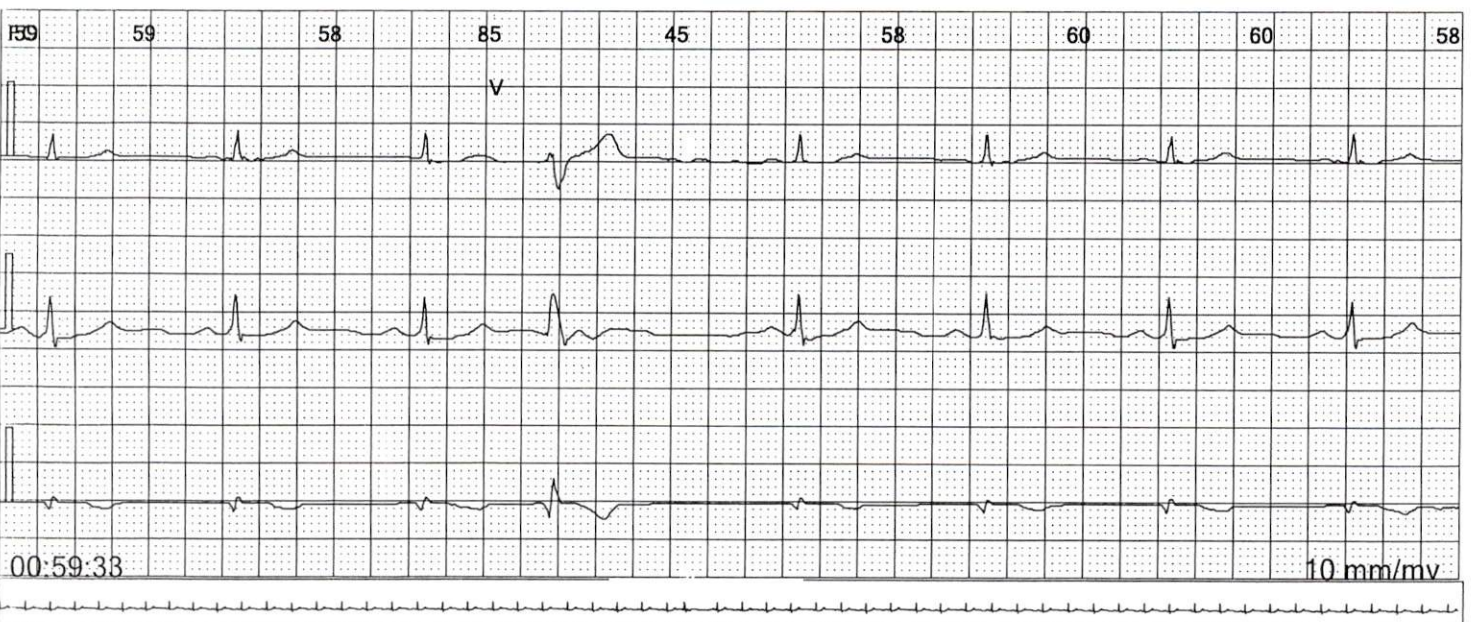
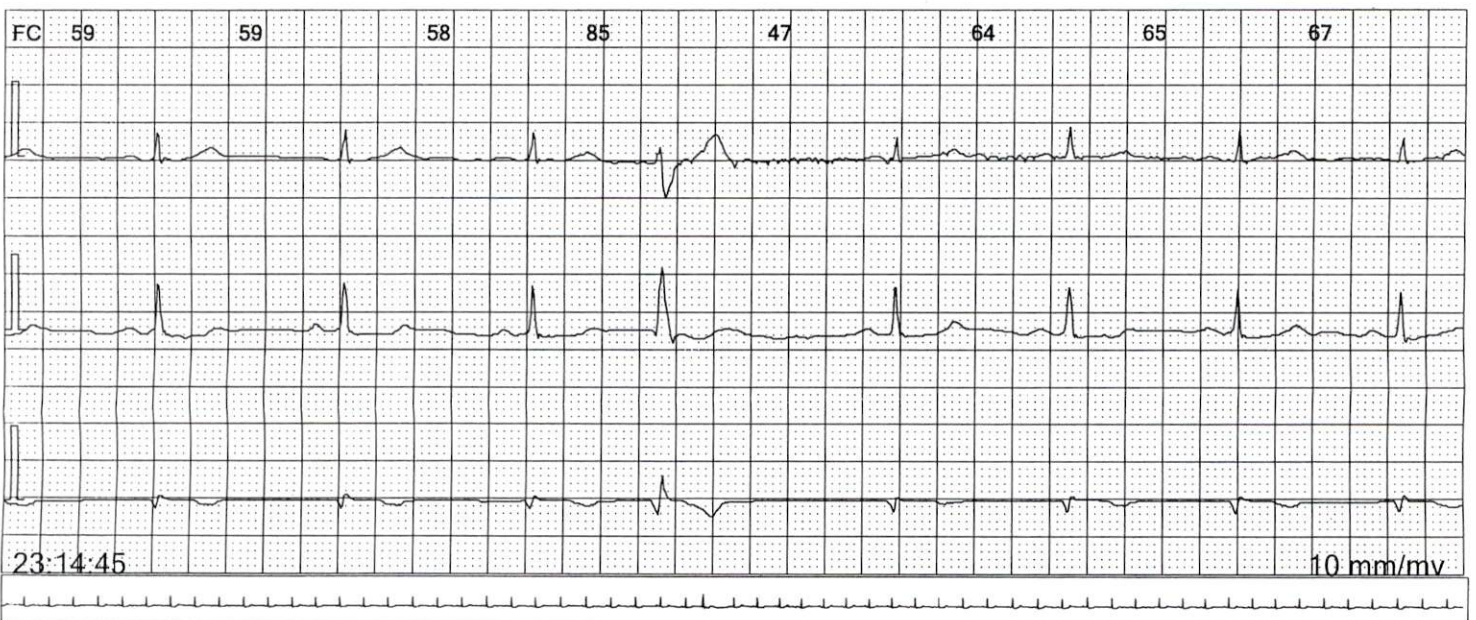
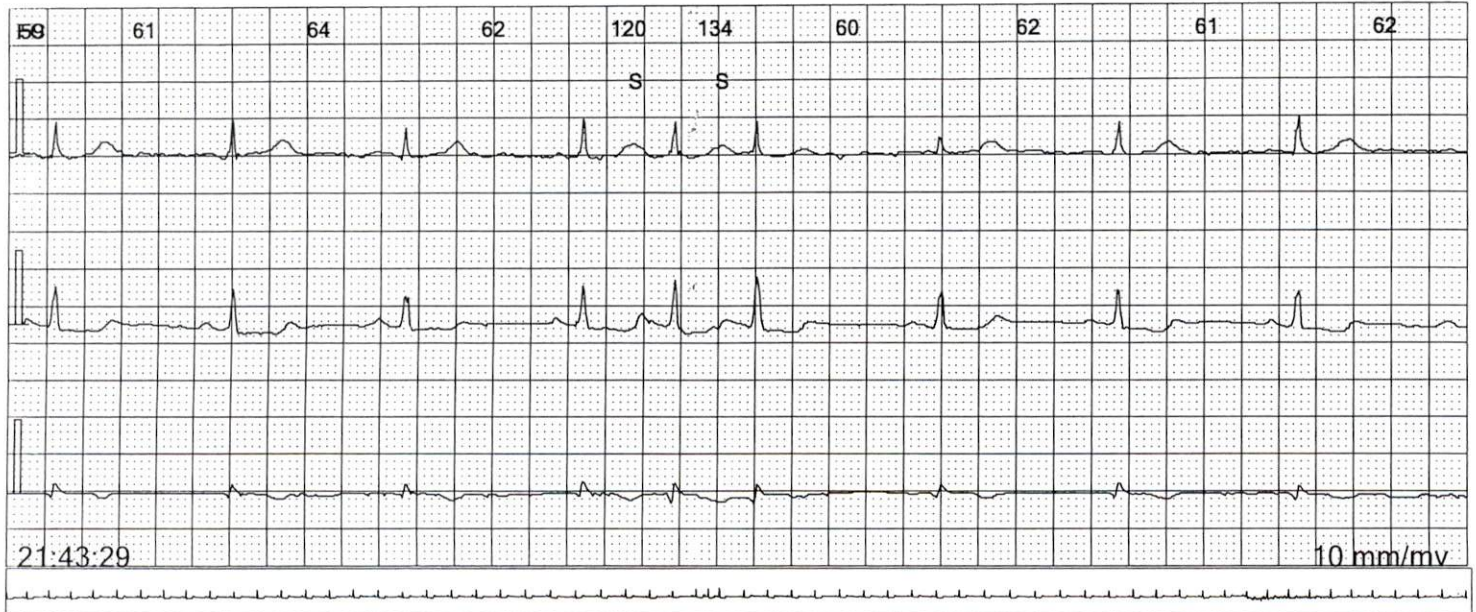




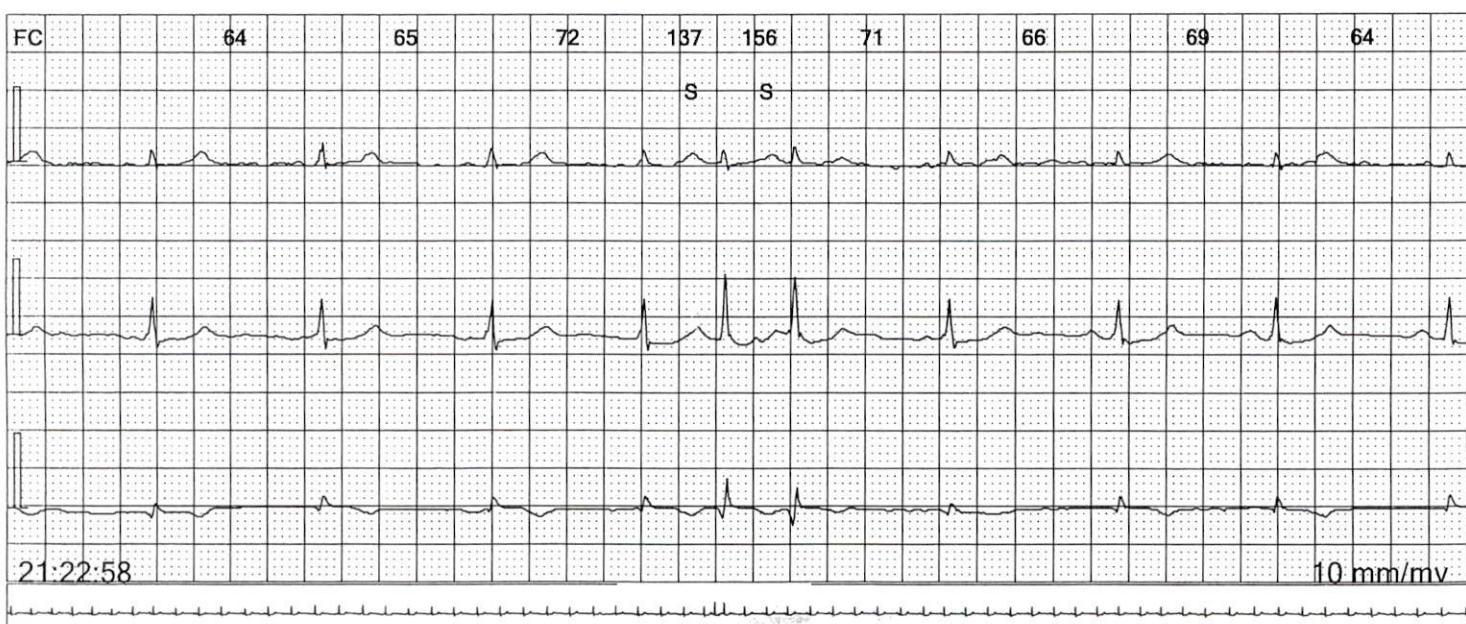
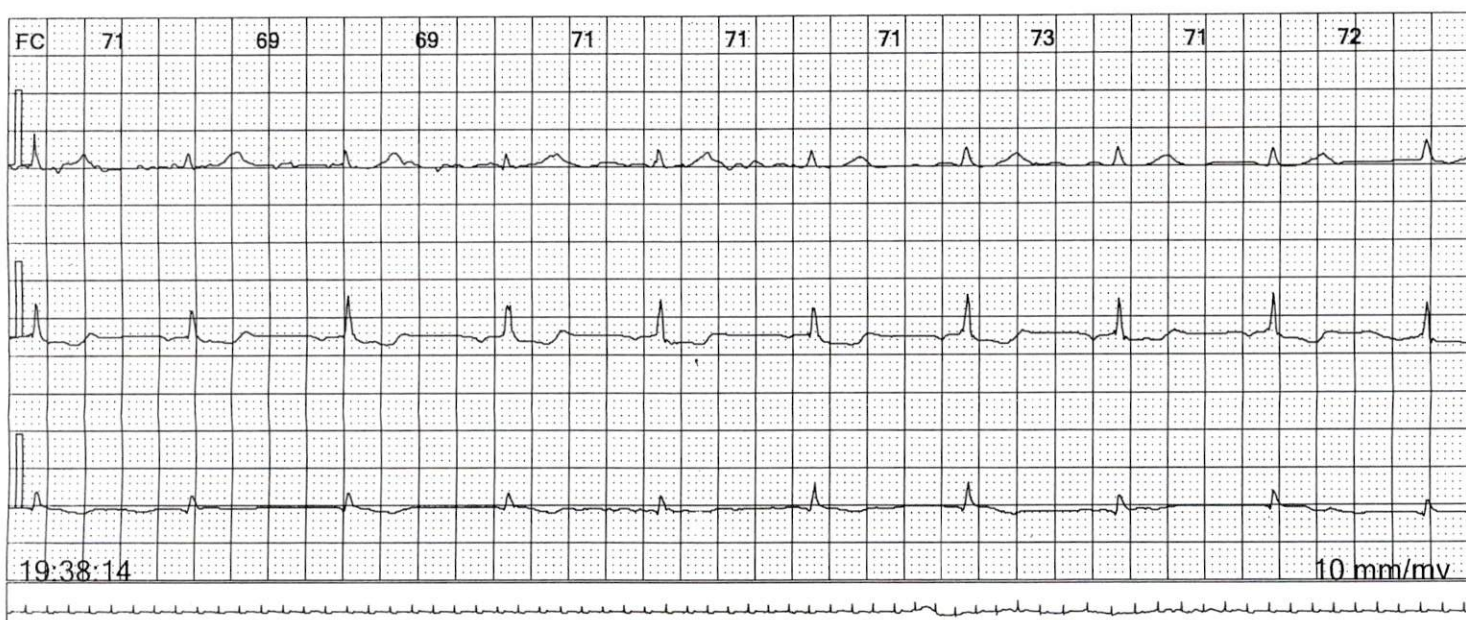














Date de début d'enreg.  
28/2/2024

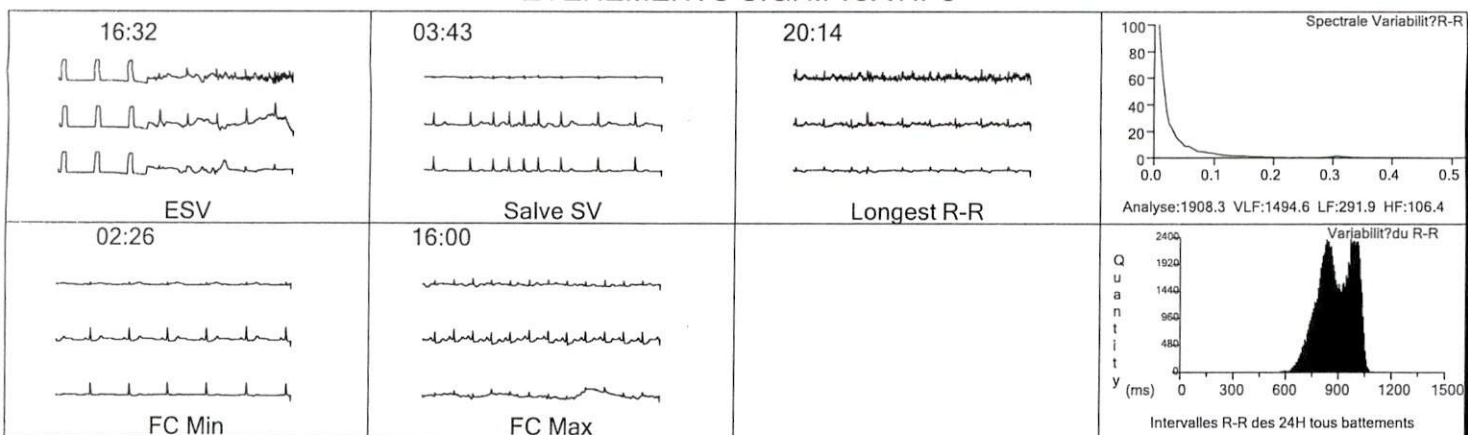
Sommaire du rapport

Heure de départ  
16:30

Patient:	KHARBOUCH MALIKA	ID :	
Adresse:		Age:	DDN: Sexe:
Pacemaker:	Aucun	Poids:	Taille:
Cardiologue		Méd. Tt:	
Docteur:	Doctor A	Facility:	Doctor B
Indications:			
Traitement:			

FC		Extrasystolie Ventriculaire		Variabilité du RR	
FC Mini-4 Intervalles:	51 bpm at 2:26	Nbre Total ESV:	31	SDNN-24 Heures:	116
FC Max.-4 Intervalles:	109 bpm at 16:00	Nbre Total Doublets:	0	SDANN:	105
FC Moyenne sur 24H:	65 bpm	Nbre Total Salve V:	0	SDNN:	44
FC Minimum:	56 bpm at 5:00	Salve V la + longue:	Non disponible	rMSSD:	23
FC Maximum:	101 bpm at 16:00	Salve V la + rapide:	Non disponible	pNN50:	3
Batt. analysés:	92002	Salve V la + lente :	Non disponible	Analyse Spectrale 24H:	1908.3
Minutes analysées:	1412	ESV pour 1000/Heure:	0.34/1.32	Analyse Spect. Min:	566.6
ECG Monitoring Period:	23 hours 32 minute	R Sur T:	Non disponible	Analyse Spect. Max:	3314.7
Analyse Segment ST		Extrasystolie SupraVentriculaire		BRADYCARDIE	
Nbre Total de Minutes ST Voie1:	0	Nbre Total ESSV:	97	Pauses de plus de 2.50 sec:	0
Nbre Total de Minutes ST Voie2:	0	SVE Pair Total:	6	Pause la + longue:	Non disponible
Nbre Total de Minutes ST Voie3:	0	Nbre Total Salve SV:	3(Total Batt. 11)	QT	
Sous-Décalage Max absolu:	Non disponible	Salve SV la + longue: 5@112 bpm (03:43:09)		QT Max:	493 ms (Voie 2)
Sus-décalage Max absolu:	Non disponible	Salve SV la + rapide: 3@122 bpm (12:23:33)		QTc Max:	493 ms
Episode ST Max:	Non disponible	ESSV pour 1000/heure:	1.05/4.13	QT Max:	?07:26. FC 69 bpm.
FC Max dans épisode ST:	0	Nbre Total Batt. Anormaux/Runs:	0/0	IdioV	3
		FA/Flutter:	0.0%		

## EVENEMENTS SIGNIFICATIFS



## CONCLUSION

La fréquence cardiaque moyenne est de 65. La fréquence minimum est de 51 ?02:26. La fréquence maximum est de 109 ?16:00. Le nombre de pause(s) de plus de 2.50 secondes est de 0. Ventricular ectopy was 31, with 31 single VE, 0 V-Pairs and 0 V-Runs, Ventricular Bigeminy events were 0 and Ventricular Trigeminy events were 0. Supraventricular ectopy was 97, with 74 single SVE, 6 SV-Pairs 3 SV-Runs, Supraventricular Bigeminy events were 0 and Supraventricular Trigeminy events were 0. Total minutes ST 0. The longest RR was 1.8 at 20:14. HRV SDNN:116, SDANN:105, SDNN Index:44, r-MSSD:23. The patient pressed the symptom event button 0 times on the Holter recorder.

- 1) ECG, épisodes de doublets et quelques salves faites de 4 complexes mais pas de Tachycardie soutenue
- 2) Peu d'ESV sans salves ou TV.
- 3) Pas d'autres troubles paroxystiques notamment pas d'occs d'AETs notes.
- Signature:



# ORDONNANCE

CRA ..... Le : 28/02/2024

Nom : M. KARIM BOUCH NAJIK

Age : .....

D Cholest Triglyc HbA1c LDL

LABORATOIRE TAZI  
TAZI Mohamed  
BIOLOGISTE  
78, Rue d'Alger - Casablanca  
Tél: 05 22 27 28 08 - Fax: 05 22 29 64 06

  
Cachet

Date de prochaine visite:

.....



# LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

IF : 40303250 CNSS : 1121946 RC : 187112 INPE : 09300124 TP : 35504101  
ICE : 001656516000089  
RIB : 0077800002001000000003735

**FACTURE N° : 240002184**

CASABLANCA le 29-02-2024

**Mme KHARBOUCH Malika**

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Clé	Coefficient
9105	Prélèvement sanguin	E	25
B106	Cholestérol total	B	30
B108	Cholestérol HDL	B	50
B109	Cholesterol LDL	B	50
B134	Triglycérides	B	50

Total des B : 180

TOTAL DOSSIER : 223 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent vingt-trois dirhams .

LABORATOIRE TAZI  
TAZI Mohamed  
BIOLOGIE  
78, Rue d'Alger - Casablanca  
Tél: 05 22 27 28 08 - Fax: 05 22 29 64 86

78, Rue d'Alger - Casablanca - TEL : 052227 28 08 - 0522275388 - 0522473579 - Fax : 0522296486  
Site Web : [www.labotazi.ma](http://www.labotazi.ma) - mail : [labotazicasa@gmail.com](mailto:labotazicasa@gmail.com) - [labo.tazi@yahoo.fr](mailto:labo.tazi@yahoo.fr)



10mm/mV 25mm/s



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle PR :	106 ms
Durée Echantillon :	17 s	Intervalle QT :	428 ms
FC :	63 bpm	Intervalle QTc :	438 ms
Durée P :	77 ms	Axe P :	-38.7°
Durée QRS :	101 ms	Axe QRS :	51.7°
Durée T :	297 ms	Axe T :	37.9°

Suggestion :  
Sous décalage ST incurvé ou avec pente régressive, Sous décalage ST de 0.05+ mV.

Signature Médecin:



V14097701

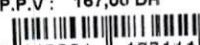
\* VIGNETTE


**NEBILET® 5mg**  
28 comprimés O  
PPV 87DH50

V14097701


\* VIGNETTE


**NEBILET® 5mg**  
28 comprimés O  
PPV 87DH50


Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp peli b30  
P.P.V : 167,00 DH  
  
6 118001 183111

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp peli b30  
P.P.V : 167,00 DH  
  
6 118001 183111

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp peli b30  
P.P.V : 167,00 DH  
  
6 118001 183111

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp peli b30  
P.P.V : 167,00 DH  
  
6 118001 183111

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp peli b30  
P.P.V : 167,00 DH  
  
6 118001 183111

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp peli b30  
P.P.V : 167,00 DH  
  
6 118001 183111



# عيادة أمراض القلب والشرابين

Cabinet de Consultations et d'explorations Cardio-Vasculaires

Consultation sur Rendez-vous

**Dr. Karim CHERKAoui**

**CARDIOLOGUE**

Diplômé de la Faculté de médecine  
PARIS V et VI

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
Ancien Cardiologue à la C.N.S.S.



**الدكتور كريم الشرقاوي**

اختصاصي في أمراض القلب

خريج جامعة الطب باريس V و IV

طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

طبيب سابقا بمصحة الضمان الاجتماعي

**ORDONNANCE**

Casablanca, le 28/02/2024 ..... الدار البيضاء

M. KHARBOUCH TAOUKA

87,50 x 2

↳ Nchilet

6 x 167,80 1/2 cp / 8 mal  
2) Gustor 10 kg

141 /

3) Extramag

1 cp / matin apres  
reps

1177,00

6 mois

Dr. Karim CHERKAoui  
Signature

شارع محمد الدرة، إقامة الحمد عمارة ب III ب، الطابق الثاني رقم 3، عين السبع، الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 34 27 08 - الفاكس : 05 22 34 27 09  
Boulevard Mohamed Eddourra, Résidence El Hamd Imm BR III B, 2<sup>ème</sup> Etage N° 3 - Ain Sebaâ - Casablanca Tél : 0522 34 27 08 - Fax : 0522 34 27 09

URGENCES

0660.79.81.90

الإستعجالات



## NOTE D'HONORAIRES

Casablanca, le 28/02/24

Le Docteur.....

Dr KARIM CHIRKAOUI  
CARDIOLOGUE  
Bd. Med. El Bacha El-Roh  
Ain Sebaa - Casablanca

a l'honneur de présenter ses compliments à

M. KHARBOUCH - MALIKA.....

Et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires.

Holt. Eca

Soit la somme de :

800,00

DHS.

CACHET ET SIGNATURE

ICE :1624102000036 N°Depatente :30311203 N°Identifiant fiscal :48211230

Dr KARIM CHIRKAOUI  
CARDIOLOGUE  
Bd. Med. El Bacha El-Roh  
Ain Sebaa - Casablanca