

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 canalaires, 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 canalaires.

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° W19-460324

72382

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	810	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL FADEL Nadia			
Date de naissance :	01/01/1935		
Adresse :	Hay Hay Abdellah N° 14 Rue Ain el Porte		
Tél. :	06 61 10 79 55	Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	DR Mehdi LAABID HEMATOLOGISTE 150, Bd Bahmaa Belvédère - Casablanca Tél. : 0522 40 60 0522 24 37 42 ICE : 00182228700046 - INPE : 91087445		
Date de consultation :	21/04/2021	Age :
Nom et prénom du malade :	EL FADEL Alia		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

El Fadel



RELEVE 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
22/04/21	2	400000 DHS		INPE : 91087445 DR Mohamed LAABID HEMATOLOGISTE 150, Bd Bahmaa Belvédère - Casablanca Tél : 0522 40 60 - 0522 24 37 42 INPE : 91087445
Y 26/04/21	83			
EXECUTION DES ORDONNANCES				
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	DR MOHAMED LAABID HEMATOLOGISTE Montant de la Facture 150, Bd Bahmaa Belvédère - Casablanca Tél : 0522 40 60 - 0522 24 37 42 INPE : 91087445		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
BORATOIRE D'ANALYSES Bd. Qods Resoultion - Casablanca Tel: 0522 210 112 / 0522 210 113	21/04/14	B4410	1800 DA

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
D S	Dr. 26/04/21 Rx 26/04/21 Transférée Pharmacie (voie parentérale) detain					13470,00

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important:

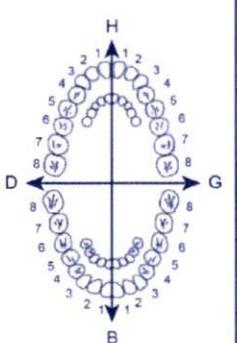
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mohamed LAABID
Hématologie Clinique
Adultes et Enfants
Autogreffe de Moelle

Ancien Maître Assistant à la Faculté
de Médecine et au Service d'Hématologie
du C.H.U. Ibn Rochd(Casablanca)

Ancien Résident Etranger
C.H.U. Henri Mondor
(Créteil-France)

Membre de la société
Française d'Hématologie

Sur Rendez-vous

الدكتور محمد العابد
اختصاصي في أمراض الدم
(أطفال - كبار)

زرع النخاع العظمي
أستاذ مساعد سابقا
 بكلية الطب وقسم أمراض الدم
بالمؤتمر الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)

مقيم سابقا بالخارج
بالمؤتمر الجامعي هنري موندور
كريتيل - فرنسا)

بالموعود

21 - 4 - 21

SL FADHL -
Ahmed.

Anamnèse .

Age = 87 ans

Hospitalisé au

- fracture de la hanche + 2 mois

* fracture de la hanche 4 mois

* ANAMNESE : localisation -

en hôpital .

- malaise transitoire

- nausées + vomit
- diarrhée .
- IDH .
- douleur Baie .
- douleur sciatique



0522.24.37.44 - 0522.24.37.42 / 0522.40.40.60 - 0522.24.37.42 - الفاكس : 0522.24.37.44

150, Boulevard Ba Hmad - Belvédère - Casablanca - Tél. : 0522.40.40.60 / 0522.24.37.42 - Fax : 0522.24.37.44
E-mail : m_laabid@hotmail.fr - ICE : 001822287000046 - INPE : 91087445

FR

Important : lire la notice avant de manipuler la seringue préremplie.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Médicament soumis à prescription médicale.
Liste I. Uniquement sur ordonnance.

AR

الرجاء قراءة إرشارة قبل استخدام الحقنة المعلوقة مسبقا.
يحفظ هذا الدواء بعيدا عن متناول الأطفال.
مستحضر دوائي يخضع لوصفة طبية.
قائمة ايسبرف بوصفة طبية.

Distribué par FMC Pharma Afrique
Technopole de Nouasser Maroc
PR : Dr. Safaa MOUKHLIS
AMM(Aranesp 150) N°: 172/18 DMP/21/NRS
PH: 9 230.00 DH



Aranesp® 150 µg ☒
Solution injectable en seringue préremplie
Boîte de 4 seringues préremplies sécurisées



1012647 ↗

Respecter les doses prescrites

احترموا المقادير الموصوفة

LABORATOIRE Dr ENNACIRI D'ANALYSES MEDICALES
Bd Al Qods. Rue 205, Résidence Qods II. RDC N° 73. Hay My Abdellah. Ain Chock. Casablanca
05.22.21.01.12 - Fax: 05.22.52.71.51

Casablanca le: 22/04/2021

FACTURE N° 39492/2021

Médecin

Nom du patient

MR EL FADEL AHMED

Examens

- NFS- RETI- FERRI- LDH- B12- EPO

Cotation

B 1410

Montant

1 800,00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de: MILLE HUIT CENT DIRHAMS

Dr. ENNACIRI
D'Analyse Médicale
Bd. Qods Résidence Qods 2
Ain Chock - Casablanca
Tél.: 0522 210 112 / 0522 527 151

ICE: 001648657000046
ET: 51016677



090003906

RADIOOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC • RADIO-CHIRURGIE STEROTAXIQUE •
 CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE • GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADILOGIE •
 CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS • REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR •
 SOINS PALLIATIFS • RADIOFRÉQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

Facture N° 6444/21

Etablie par Koudri Page 1/1

Identification

N° Dossier : X1D216212

N° Identifiant : 2104963/21

Nom & Prénom : EL FADEL AHMED

C.I.N. :

Date Début : 22/04/2021

Date Fin : 26/04/2021

Adresse :

Traitemet : Transfusion

Médecin : LAABID MOHAMED

Prestations

Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-----	---------	------	------	---------

SEJOUR

Sejour Ambulatoire	2	500,00			1 000,00
Total Rubrique :					1 000,00

PERFUSION/TRANSFUSION/INJECTION

Consommable médical	2	200,00			400,00
Transfusion	2	300,00			600,00
Total Rubrique :					1 000,00

PHARMACIE

Pharmacie	1	9 230,00			9 230,00
Total Rubrique :					9 230,00

PARTIE CLINIQUE :

HONORAIRES MEDICAUX					
Dr. LAABID MOHAMED(HEMATOLOGUE)	2	400,00			800,00
Total Rubrique :					800,00

ACTES EXTERIEURS

CENTRE DE TRANSFUSION	4	360,00			1 440,00
Total Rubrique :					1 440,00

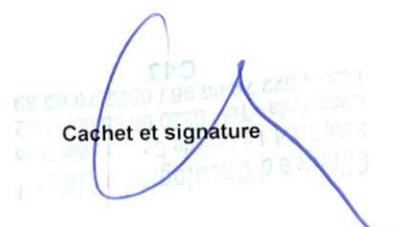
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:

TOTAL FACTURE 13 470,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Treize mille quatre cent soixante dix Dirhams

Cachet et signature





090003906

RADIOOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC • RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE •
CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE • GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADILOGIE •
CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS • REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR •
SOINS PALLIATIFS • RADIOFRÉQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

DATE: 03/05/2021

BILLET DE SORTIE

N° Admission : X1D216212

Nom et Prénom : EL FADEL AHMED

Médecin traitant : LAABID MOHAMED

Prise en charge :

Date Entrée : 22/04/2021

Date Sortie : 26/04/2021

Visa	Médecin	Administration	Surveillante
------	---------	----------------	--------------



BON d'ATTRIBUTION
NUMERO 0000000665313

Date et heure 26/04/2021 - 17:18
Etablissement CLINIQUE LE LITTORAL (05PRI00118)
 falaj 3 b sidi abderahman
 CASA
 20000

Malade no 0700451
Nom et prenom EL FADEL AHMED
Sexe / ne(e) le M
Groupe sanguin A Positif

Service
Ref. commande 1002410766

CGR DON HOMOLOGUE (3H000)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05193962559		A +		1	06/06/2021		250

TOTAL

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H000 / - CGR DON HOMOLOGUE	1	250	360/poche	360

Signature responsable

MOUNIA.K



مخبر د. الناصري للتحاليلات الطبية

LABORATOIRE DR. ENNACIRI D'ANALYSES MÉDICALES

Docteur Mohamed Ennaciri
Médecin Biologiste
Spécialiste en

Biochimie - Hématologie - Bactériologie - Parasitologie
Mycologie - Viologie - Immunologie et Transfusion Sanguine



الدكتور محمد الناصري

طبيب إحيائي

اختصاصي في علوم

الكماء الإحيائية - الدم - البكتيريا - الطفيلييات

الفطريات-الفروسات - المناعة وعلم تحاقن الدم

العنوان: 22029- الدار البيضاء

Prélèvement du : 22/04/2021

Résultats édités le: 29/04/2021

MR EL FADEL AHMED

Dossier N° 16H87

Page: 1/2

HEMOGRAMME

NUMERATION

	(*)	Valeurs de référence		
			Homme	06/04/21-08:02
GLOBULES BLANCS.....	(*)	10 600	/mm ³	4 000 à 10 000 10 300
GLOBULES ROUGES.....	(*)	3,0	M/mm ³	4,5 à 5,8 Millions 3,1
HEMOGLOBINE.....	(*)	5,7	g/dL	13 à 17 5,7
HEMATOCRITE.....	(*)	21,2	%	40 à 54 21,4
VGM.....	(*)	70,0	μ ³	82 à 98 69
TCMH.....	(*)	19,0	pg	27 à 33 18
CCMH.....	(*)	27,0	g/dL	31 à 36 27
PLAQUETTES.....	(*)	598	10 ³ /mm ³	150 à 400 696

FORMULE

POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES.....	31	%	41
Soit	3286	/mm ³	4223
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES.....	3	%	2
Soit	318	/mm ³	206
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES.....	0	%	0
Soit	0	/mm ³	0
LYMPHOCYTES.....	59	%	48
Soit (*)	6254	/mm ³	4944
MONOCYTES.....	7	%	9
Soit	742	/mm ³	927

Dr. ENNACIRI Mohamed
Médecin Biologiste

مخابر د. الناصري للتحاليل الطبية

LABORATOIRE DR. ENNACIRI D'ANALYSES MÉDICALES

Docteur Mohamed Ennaciri
Médecin Biologiste
Spécialiste en

Biochimie - Hématologie - Bactériologie - Parasitologie
Mycologie - Viologie - Immunologie et Transfusion Sanguine



الدكتور محمد الناصري

طبيب إحيائي

اختصاصي في علوم

الكيمياء الإحيائية - الدم - البكتيريا - الطفيلييات

الفحوصات الفيروسات - المناعة وعلم تحاقن الدم

الfax : 029-22D21

Prélèvement du : 22/04/2021

Résultats édités le: 29/04/2021

MR EL FADEL AHMED

Dossier N° 16H87

Page: 2/2

BIOCHIMIE SANG

Valeurs de référence

VITAMINE B12..... : 776,20 pg/ml (*) 191,00 à 663,00

BIOCHIMIE SANGUINE

FERRITINE SERIQUE..... : 1 011,00 ng/ml (*) 30,00 à 400,00 ng/ml

ENZYMES SERIQUES

LACTATE-DEHYDROGENASE : LDH..... : 242 UI/l 207 à 414

Total de pages: 2

Dr. ENNACIRI Mohamed
Médecin Biologiste



Biologiste Responsable : Sylvie Cado

Biologistes Médicaux

H. Belaouni A. Ganon
L. Verdurme S. Haim-Boukobza
J-M. Costa P. Kleinfinger
M-M. Coude I. Lacroix
Y. Pepino L. Lohmann
S. Defasque S. Mehal Sedkaoui
F. Floch B. Roquebert
S. Serero E. Lecorche

A. Valeri
S. Samaan
S. Schmit
S. Trombert
D. Trost (Biologiste Généticien)
M. Valduga
I. Lanois

G /w 994-101 /s 994-101

EL FADEL

AHMED

Né(e) le 01.01.1935

Sexe : M

Dossier n° : 21T0677333

LABM ENNACIRI

DR MOHAMED ENNACIRI RES QODS II

BD AL QODS RUE 2005 RDC N°73

90000 HAYMY ABDELLAH CASABlanca

MAROC

Transmis par LABM ENNACIRI
Vos références : INMA1006877 / 02922D21 13345
Enregistré le : 27.04.2021 Edité le : 28.04.2021
Ex envoyé(s) au(x) : Laboratoire

• **ERYTHROPOIETINE (Chimiluminescence)**

Prélèvement : 26.04.2021 Sérum 10h 00

56,7 mIU/ml N : 2,6 à 18,5

Stéphanie Schmit (01 34 40 20 20)

Compte rendu complet

1/1

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre Service de la Relation Client.

SELAFA CERBA - 7/11 rue de l'Equerre - Parc d'activités "Les Béthunes" - 95310 Saint Ouen l'Aumône - France - ENREGISTREMENT N°95.9 - Tel : 01 34 40 20 20 - FAX : 01 34 40 21 29
SRC@lab-cerba.com - www.lab-cerba.com

Docteur Mohamed LAABID
Hématologie clinique
Adultes et Enfants
Autogreffe de Moelle

CASABLANCA LE 26 AVRIL 2021

Nom : EL FADEL

Prénom : AHMED

Hospitalisation : Du 22/04/2021 Au 26/04/2021

Observation clinique :

Mr EL FADEL AHMED né le 01/01/1935 (87 ans), suivi pour une myelodysplasie.

Antécédents :

- Diabétique, Hypertendue, Goutte, cholestérol (mais stabilisé).
- Polytransfusé.

Clinique :

- Très pale, Asthénie.
- Pas de splénomégalie, pas d'hépatomégalie.
- Aires ganglionnaires libres.

Biologie :

- Myélogramme : Moelle riche dont la lignée granuleuse montre des signes francs de dysgranulopoïèse et la lignée rouge montre une dyserythropoïèse.
- NFS : Hb=5.7g/100ml dont VGM = 69% ; CCMH=18% ; GB=10 300/mm³ dont PNN=4200/mm³ ; 4944/mm³ de Lc et PLQ= 690 000/mm³.
- Myélemie=23%
- Electrophorèse d'hémoglobine : A1=95,3 ; A2=3,9.
- Erythropoïétine = 56.7mIU/ml
- Urée=0.41g/l et Créatinine = 9mg/l

Conduite à tenir :

Hospitalisation du patient du 22/04/2021 au 26/04/2021 pour :

- Transfusion de 4 culots globulaires phénotypés.
- Erythropoïétine : ARANESP 150 / Semaine / 4 Semaines

Docteur Mohamed LAABID.

*DR Mohamed LAABID
HEMATOLOGISTE
150, Bd Bahmad Belvédère - Casablanca
Tél. : 0522 40 40 80 - 0522 24 37 42
ICE : 001432247006644 - INPE : 91987445*

*150, Bd Bahmad Clinique Belvédère, Tél : 0522-24-37-42/40-40-60 Fax : 0522-24-37-44.
E.mail : m_laabid@hotmail.fr*

Ministère de la Santé
Centre Régional de Transfusion
Sanguine
CASABLANCA



وزارة الصحة
E. C. B. O. F. T. E. F. A. L. O.
المركز المغربي للختان - الدار البيضاء
CLINIQUE LE LITTORAL
شارع الباشا
الدار البيضاء

BON d'ATTRIBUTION

NUMERO 0000000664598

Date et heure 24/04/2021 - 15:19
Etablissement CLINIQUE LE LITTORAL (05PRI00118)
falaj 3 b sidi abderahman
CASA
20000

Malade no 0700451
Nom et prenom EL FADEL AHMED
Sexe / ne(e) le M
Groupe sanguin A Positif

Service
Ref. commande 1002410764

CGR DON HOMOLOGUE (3H000)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05193708024		A +		1	04/06/2021		250

TOTAL

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H000 / - CGR DON HOMOLOGUE	1	250	360/poche	360

Signature responsable

NAIMA.E





BON d'ATTRIBUTION

NUMERO 0000000664334

Date et heure 23/04/2021 - 16:33
Etablissement CLINIQUE LE LITTORAL (05PRI00118)
 falaj 3 b sidi abderahman
 CASA
 20000

Malade no 0700451
Nom et prenom EL FADEL AHMED
Sexe / ne(e) le M
Groupe sanguin A Positif

Service
Ref. commande 1002410761

CGR DON HOMOLOGUE (3H000)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05193706854		A +		1	04/06/2021		250

TOTAL

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H000 / - CGR DON HOMOLOGUE	1	250	360/poche	360

Signature responsable



Ministère de la Santé
Centre Régional de Transfusion
Sanguine
CASABLANCA



وزاره الصحة
L'ETAT DU MAROC
المركز الحبيبي للحافن الدم
• EEL-O • EEL-EI • EEL-OKRRI • EEL-DEI
الدار البيضاء

BON d'ATTRIBUTION

NUMERO 000000066823

Date et heure 22/04/2021 - 14:24
 Etablissement CLINIQUE LE LITTORAL (05PRI00118)
 falaj 3 b sidi abderahman
 CASA
 20000

Malade no 0700451
 Nom et prenom EL FADEL AHMED
 Sexe / ne(e) le M
 Groupe sanguin A Positif

Service
 Ref. commande 1002412000

CGR DON HOMOLOGUE (3H000)

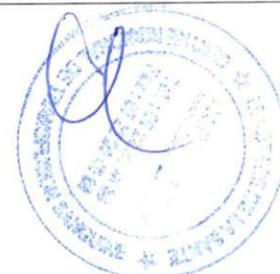
Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05193705077		A +		1	02/06/2021		250

TOTAL

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H000 / - CGR DON HOMOLOGUE	1	250	360/poche	360

Signature responsable

MOUNIA.K





090003906

RADIOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC • RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE •
CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE • GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLOGIE •
CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS • REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR •
SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

DATE: 03/05/2021

NOTE D'HONORAIRE

Nom Médecin : Dr. LAABID MOHAMED

Adresse Professionnelle: 150, BD BAHMAD

Ville Professionnelle : CASABLANCA

Tél : 0522404060

Spécialité : HEMATOLOGUE

I.C.E. : 001822287000046

I.F. : 46204435

Taxe Prof. : 31222183

N° C.N.S.S. : 6282016

N° Facture : 6444/21

N° Dossier : X1D216212

Patient : EL FADEL AHMED

Montant honoraire : 800.00

DR Mohamed LAABID
HEMATOLOGISTE
150, Bd Bahmad Belvédère - Casa
Tél. : 0522 40 40 60 - 0522 24 37 42
ICE : 001822287000046 - INPE : 91087445