

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### itions 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.

### rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### biologie 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.

### ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### éducation :

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.

### ntaire :

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

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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0059763

ND: 79057

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1070 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom ELHARRAM H 1070 6127

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 06 43 02 55 06 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : F. L. Harram Fatima 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 : ..... Le : 27/07/2021

Signature de l'adhérent(e) : ..... M R






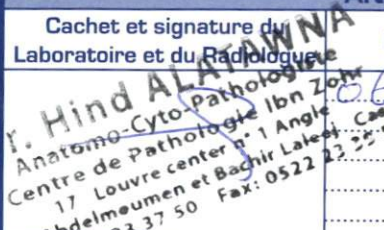
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 06.07.21        | fibroscopie       |                       | 1650,00 DH                      |  |
|                 | c. PA             |                       | 302,00 DH                       |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 05/07/21 | 99,00                 |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue                              | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
|  | 06/07/21 |                              | 4000 DH                |
|  |          |                              |                        |
|  |          |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

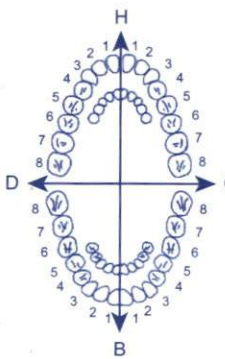
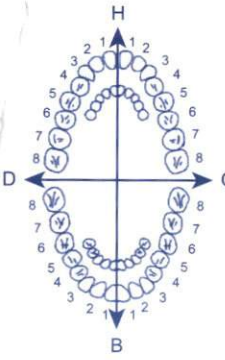
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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

| 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  |                     |                    |                         |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |                     | H                  |                         |  | 25533412 | 21433552 |  | 00000000 | 00000000 |  | D |  | G | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 |  | B |  |  | Coefficient DES TRAVAUX |
|   | H  |                     |                    |                         |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|   | 25533412   | 21433552            |                    |                         |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|   | 00000000   | 00000000            |                    |                         |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|   | D  |                     | G                  |                         |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|   | 00000000   | 00000000            |                    |                         |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|   | 35533411   | 11433553            |                    |                         |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|   | B  |                     |                    |                         |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|   | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                     | 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

Dr. GHAFIR AICHA

الدكتورة غفيري عائشة

Ancien médecin a l'hôpital Mohamed Boaufi

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى محمد بوافي

Diplôme en échographie de l'université

دبلوم الفحص بالصدى من جامعة باريس ديكرات

Paris Descartes

دبلوم مرض السكري من جامعة الطب والصيدلة

Diplôme en diabétologie

- الرباط -

Berrechid le 05/07/2021 برشيد في

EL HARRAM FATIMA

99.00

1 puresofen so ched  
muhallj

7/5

T: 99.00

PHARMACIE BERRECHID  
Fatima MARRANCHI PHARMACIENNE  
93 Bd Mohamed V Berrechid  
Tél : 05 22 32 40 68

Docteur GHAFIR AICHA  
Médecine Générale  
185 Appt. N°2 Bd. Hassan Bnou  
TABITE Hay Azahra - Berrechid

185 ، الطابق الثاني شارع حسان بن ثابت حي الزهراء برشيد : 05 22 51 62 62

III-  
•D  
S  
E  
•P  
C  
E

**PRODEFEN**   
Complément alimentaire

Lot : 116539  
Date de Fab : 06.2020  
Date de Pér : 06.2022  
PPC : 99 Dhs

#### VI- Avertissement :

- Prodefen contient des traces de soja et de dérivés lactés.
- Prodefen contient des traces de lait qui n'affectent pas les personnes intolérantes au lactose.
- Ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée.
- Ne doit pas être utilisé comme substitut d'une alimentation variée et équilibrée et un mode de vie sain.
- Conserver dans un endroit frais et sec, loin de la lumière directe du soleil. Ne nécessite pas de réfrigération.
- Maintenir le produit hors de la portée des enfants.

Sans gluten

Boîte de 10 sachets

FABRICANT  
Probiotics International Ltd.  
Lopen Head, Somerset  
TA13 5JH  
Royaume Uni

DISTRIBUTEUR  
VERSALYA S.A.  
ZONE INDUSTRIELLE LOT 149. HAD SOUALEM,  
PROVINCE BERRECHID.  
MAROC.

 **Versalya**  
La femme et son enfant

Dr. GHAFIRI AICHA

الدكتورة غفيري عائشة

Ancien médecin a l'hôpital Mohamed Bouafi

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى محمد بوافي

Diplôme en échographie de l'université

دبلوم الفحص بالصدى من جامعة باريس ديكرت

Paris Descartes

دبلوم مرض السكري من جامعة الطب والصيدلة

Diplôme en diabétologie

- الرباط -

Berrechid le .....

05/07/2022

برشيد في

EL AADRAM FATIMA

Vous trouverez

à Grogshub

à la maison

مصحح

Docteur GHAFIRI AICHA  
Médecine Générale  
185 Appt. N°2 Bd. Hassan Bouafi  
TABITE Hay Azahra - Berrechid

40  
Cliquez ici pour  
sollicitation - Berrechid



LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES

MEDICALES ERRAZI



المختبر المركزي للتحليلات  
الطبية الرازي

Biochimie - Hématologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Bactériologie - Virologie

0009401

Reçu le : 26/07/2021 Labo : TBN02011R

Sexe : F ☐ M ☐

Nom : EL HARRABI

Prénom : FATIMA

Né(e) le :

Nature de Prélèvement :

BioD

Renseignements cliniques :

DAHASSINI ZINEB

Montant Total :

400,00

Montant payé :

400,00

Reste :

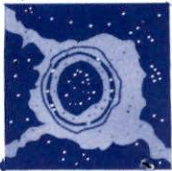
00

Retrait le :

15/8

Avenue Mohamed V, Dar Hakami derrière la Préfecture de Police - Berrechid - Tél.: 05 22 32 88 49

Fax : 05 22 32 48 88 - E-mail : hazn.biolog@gmail.com / Patente : 40712914 - RC : 15608



# LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

## DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du docteur : .....

Nom et prénom : Elharoun Fatima MR ☐ MME ☒ MLLE ☐ ENF ☐

Age : 63 ans

Référence : .....

Siège et nature du prélèvement : Pylore + fundus

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endometre ☐

- Date des dernières règles : .....

- Traitements éventuels : .....

Renseignements cliniques et paracliniques : .....

Epigasth. algies lourdeurs nausées vomissements chimiques  
nausées œdématisée exulcérée érythémateux sténosant  
le pylore pylorique + l'angastie

Radiographies : .....

Date : 06/07/2021 Signature : .....



RECU LE : 06/07/2021  
EDITE LE : 09/07/2021

NOM & PRENOM : EL HARRAM FATIMA  
PRESCRIPTEUR : DR HASSINI ZINEB  
Age : 63 ANS  
N/REF : H10706127

**Nature du prélèvement :** Pylore+Fundus

**Renseignements cliniques :** Epigastralgies. Vomissements chroniques.  
Muqueuse pylorique oedématisée exulcérée érythémateuse  
slénosant le pylore + Pan gastrite.

### COMPTE RENDU

Reçu six fragments d'une muqueuse de type antro-pylorique, mesurant entre 2 et 3mm.  
Ils sont inclus en totalité et examinés sur des niveaux de coupe étagés.

Le volume glandulaire global semble légèrement atrophique.

Les structures épithéliales de surface et glandulaires sont partout normosécrétantes  
et bien différenciées, sans lésion dysplasique. Présence d'une métaplasie intestinale  
minime.

Le chorion fibreux abrite un infiltrat inflammatoire d'intensité modérée, polymorphe,  
composé essentiellement de lymphocytes et de plasmocytes associés à de rares  
neutrophiles. Il n'a pas été vu d'exocytose à polynucléaires au sein du revêtement des  
glandes.

La coloration du Giemsa montre la présence d'HP ++ au sein du film muqueux de  
surface et dans le fond des cryptes.

### CONCLUSION :

Gastrite chronique antro-pylorique modérée, atrophique minime, à activité  
minime, sans dysplasie, avec métaplasie intestinale minime et présence d' HP ++.

Signé : Dr. Hind ALATAWNA

Dr. Hind ALATAWNA  
Anatomo-Cyto-Pathologiste  
Centre de Pathologie Ibn Zohr  
17 Louvre Center, 11 Angle  
Rd. Abdelmoumen et Bachir Lakouj, Casa  
Tel: 0522 23 37 50 Fax: 0522 23 37 50



RECU LE : 06/07/2021  
EDITE LE : 09/07/2021

NOM & PRENOM : EL HARRAM FATIMA  
PRESCRIPTEUR : DR HASSINI ZINEB  
Age : 63 ANS  
N/REF : H10706127

**Nature du prélèvement :** Pylore+Fundus

**Renseignements cliniques :** Epigastralgies. Vomissements chroniques.  
Muqueuse pylorique oedematiée exulcérée érythémateuse  
slénosant le pylore + Pan gastrite.

### COMPTE RENDU

Reçu six fragments d'une muqueuse de type antro-pylorique, mesurant entre 2 et 3mm.  
Ils sont inclus en totalité et examinés sur des niveaux de coupe étagés.

Le volume glandulaire global semble légèrement atrophique.

Les structures épithéliales de surface et glandulaires sont partout normosécrétantes  
et bien différenciées, sans lésion dysplasique. Présence d'une métaplasie intestinale  
minime.

Le chorion fibreux abrite un infiltrat inflammatoire d'intensité modérée, polymorphe,  
composé essentiellement de lymphocytes et de plasmocytes associés à de rares  
neutrophiles. Il n'a pas été vu d'exocytose à polynucléaires au sein du revêtement des  
glandes.

La coloration du Giemsa montre la présence d'HP ++ au sein du film muqueux de  
surface et dans le fond des cryptes.

### CONCLUSION :

Gastrite chronique antro-pylorique modérée, atrophique minime, à activité  
minime, sans dysplasie, avec métaplasie intestinale minime et présence d' HP ++.

Signé : Dr. Hind ALATAWNA

Dr. Hind ALATAWNA  
Anatomo-Cyto-Pathologiste  
Centre de Pathologie Ibn Zohr  
17 Louvre Center, 1 Angle  
Bd. Abdelmoumen et Bachir El Alj, Cas  
Tél: 0522 23 37 50 Fax: 0522 23 35 53

# CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHR

Casa le 06/07/2021

FACTURE N°21/1615

NOM ET PRENOM : EL HARRAM FATIMA

Nature du prélèvement : Pylore-Fundus

Date du prélèvement : 06/07/2021

Montant de : 400 DHs

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cents dirhams.

Signé :

Dr. Hind ALATAWNA  
Anatomo-Cyto-Pathologiste  
Centre de Pathologie Ibn Zohr  
17 Louvre center n° 1 Angle  
Bd. Abdelmoumen et Bachir Laleij Casa  
Tél: 0522 23 37 50 Fax: 0522 23 22 53

Patente N° 34708372 ICE :001864938000053 INPE :091151944

IF : 40479364

BERRECHID,

le 06/07/2021

**FOGD**

**NOM/PRENOM: El Harram Fatima**

**AGE: 63 ANS**

**RC : Epigastralgies chroniques + vomissements chroniques**

**C.R.E:**

**ŒSOPHAGE**

Cardia en place

Muqueuse œsophagienne érythémateuse sur toute son étendue

**ESTOMAC**

Plis fundiques conservés s'effaçant bien à l'insufflation

Muqueuse fundique érythémateuse (biopsies)

Muqueuse antrale érythémateuse (biopsies)

Muqueuse pylorique paraît œdématiée congestive érythémateuse exulcérée sténosant le pylore (biopsies)

**CONCLUSION**

**Œsophagite non sévère**

**Pangastrite érythémateuse**

**Sténose d'allure inflammatoire du pylore**

Dr. Mohamed V. El Harram  
Spécialiste en Hépatogastroentérologie  
Angle Bd. Mohamed V. - Rue Youssef  
El Marsout, Ras-El-Ein, Berrechid  
Tel: 0522 03 05 05

مصحة ابن زهر  
Clinique IBN ZOHR  
46, Lot El Amal - Berrechid



**Billet de sortie**

**NOM : EL HARRAM**

**PRENOM : FATIMA**

**DATE D'ENTREE : 06//07/2021**

**DATE DE SORTIE : 06/07/2021**

**MEDECIN TRAITANT : DR HASSINI**

**DIAGNOSTIC : FIBROSCOPIE**

مصحة ابن زهر  
Clinique IBN ZOHR  
46, Lot El Amal - Berrechid

Berrechid le : 06.07.2011

## BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

## ETABLISSEMENT

Désignation

CLINIQUE IBN ZOHR

INPE et code à barres:

Adresse

46 Lot EL Amal Berrechid

Tél 05 22 32 58 83

Fax 05 22 32 58 84

0 6 0 0 6 2 7 1 8

## BENEFICIAIRE DES SOINS

Nom et prénom :

EL HARRAM FATIMA

Sexe:

F

M

Date de naissance

0 1 0 1 1 9 5 8

CIN:

B 6 0 7 1 7 3

## ASSURE

Nom et prénom de l'assuré(e) :

EL HARRAM FATIMA

Organisme gestionnaire  
d'assurance maladie

MUPRAS

CIN:

B 6 0 7 1 7 3

Lien de parenté avec le bénéficiaire des soins

☒ assuré(e)☐ Conjoint☐ Enfant

## INFORMATION MEDICALE

Durée hospitalisation

0 6

0 7

2 0 2 1

Date de sortie

0 6

0 7

2 0 2 1

Libellé et nature des soins:

FIBROSCOPIE

Nom et Pénom du médecin traitant:

DR HASSINI ZINEB

INPE et code à barres:

0 6 1 2 4 6 1 2 0

Fait à : BERRECHID

Le: 0 6 0 7 2 0 2 1

cachet de l'établissement

Signature et cachet du médecin traitant

Berrechid le : 06.07.2021

|   |  |   |                    |
|---|--|---|--------------------|
| <b>FACTURE N°</b>   |  | <b>B60717344383 21</b>  |                    |
| <b>Assuré</b><br>Nom <b>EL HARRAM FATIMA</b><br>N° CIN <b>B607173</b><br>N° Immatriculation |  | <b>Bénéficiaire des soins</b><br>Nom <b>EL HARRAM FATIMA</b><br>N° CIN <b>B607173</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Assuré <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |                    |
| <b>N°DOSSIER</b>  |  | <b>Date Entrée</b>  | <b>Date Sortie</b> |
|   |  | 06/07/2021  | 06/07/2021         |
| <b>Diagnostic</b>   |  | <b>FIBROSCOPIE</b>  |                    |

Acte operatoire

| DESIGNATION | Lettre-clé/Coef | Forfait Acte |
|-------------|-----------------|--------------|
| FIBROSCOPIE | FORFAIT         | 1 650,00     |

les honoraires

| PARTIE CLINIQUE                 | Nombre jours | PU  | Tarif  |
|---------------------------------|--------------|-----|--------|
| visite anesthésiste réanimateur | 1            | 300 | 300,00 |

|   |                           |
|---|---------------------------|
| Arrêté la présente facture présent à la somme totale de | 1 950,00                  |
| (en Dirhams et en toutes lettres)                       | MILLE NEUF CENT CINQUANTE |

VISA ET CACHET DE LA CLINIQUE



|                            |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| <b>CLINIQUE IBN ZOHR</b>   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| <u>INPE, code à barres</u> |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 0                          | 6 | 0 | 0 | 6 | 2 | 7 | 1 | 8 |  |

|   |
|---|
| <b>Organisme Gestionnaire d'Assurance Maladie</b> |
|---|

|                      |
|----------------------|
| <b>ESTIMATION N°</b> |
|----------------------|

|                      |
|----------------------|
| <b>99 / C / 2021</b> |
|----------------------|

|                    |
|--------------------|
| <b>Assuré</b>      |
| Nom & Prénom       |
| N° CIN             |
| N° immatriculation |

|  |
|--|
| <b>Bénéficiaire</b>  |
| Nom & Prénom EL HARRAM FATIMA  |
| N° CIN   |
| <input type="checkbox"/> Assuré(e) <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |

|  |                                |               |
|--|--------------------------------|---------------|
| <u>Médecin consultant :</u> DR HASSINI | <u>Médecin correspondant :</u> | <u>N° TEL</u> |
|--|--------------------------------|---------------|

**ACTES D'EXPLORATION MEDICALE**

| Désignation  | Qté | PU       | Montant         |
|--------------|-----|----------|-----------------|
| CPA          | 1   | 300,00   | 300,00          |
| FIBROSCOPIE  | 1   | 1 650,00 | 1 650,00        |
| <b>TOTAL</b> |     |          | <b>1 950,00</b> |

|                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| <b>TOTAL GENERAL</b> | <b>1 950,00</b> |
|----------------------|-----------------|

**Arrêté la présente facture en Dirhams et en toutes lettres:**

**TOTAL GENERAL**

**MILLE NEUF CENT CINQUANTE**

**VISA ET CACHET DE LA CLINIQUE**

مصلحة ابن زهر  
CLINIQUE IBN ZOHR  
46, lot El Amal - Berrechid

Berrechid le : 26.07.2021

Docteur: HASSINI ZINEB  
GASTROLOGUE

## NOTE D'HONORAIRES

Nom et prénom de la patiente : EL HARRAM FATIMA

| Désignation | COTATION | Montant<br>des honoraires (DH) |
|-------------|----------|--------------------------------|
| FIBROSCOPIE | FORFAIT  | 800,00                         |

|  |           |
|--|-----------|
| Arrêté la présente note d'honoraires à la somme totale<br>de : | HUIT CENT |
|--|-----------|

SIGNATURE ET CACHET

Dr. Zineb HASSINI  
Spécialiste en Hépatogastro-entérologie  
Ancien D.D. de l'Université de la Méditerranée  
Mansour, Rés. H. Ahmed Berrechid  
Entrée B. 2ème étage N°6  
Tél: 0522 03 08 50 - 06 74 08 38 25