

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostique 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

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

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

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0060944

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8243 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KRAHI HADJ

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 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 : KRAHI HADJ

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge. Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes, d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Le bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
REVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS
LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
successifs comportant un ou plusieurs échelonnages
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit se présenter dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord.

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade.



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1569971

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : RIAH HAOJ
Matricule : 8243 Fonction : _____ Poste : RETRAITE
Adresse : _____
Tél. : 066999785 Signature Adhérent : Riah

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : RIAH AYMANE Age 30 09 2020
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒
Date de la première visite du médecin : _____
Nature de la maladie : Plaie de la jambe gauche
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances : _____
A Benechid le 30/09/2020 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

1569971

Matricule N° : _____
Nom du patient : _____
Date de dépôt : _____
Montant engagé : _____
Nombre de pièces jointes : _____



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
30/09/2021		pluie	6000.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SAIDI Fadoua BENNANI - Pharmacienne 13, Lot Abdelhak Hay Saada BERRECHID TEL: 05.22.33.71.71	30.09.21	270.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553		B		MONTANT DES SOINS
		H																							
	25533412		21433552																						
	00000000		00000000																						
	D		G																						
	00000000		00000000																						
	35533411		11433553																						
		B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																					
				DATE DE L'EXECUTION																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مركز الشفاء CLINIQUE CHIFA



060002557

ORDONNANCE

Berrechid, le : 30/09/2011

M^r Aymane Rialhi

116.40

17

Floxam 500 ml

1 gel x 3f

76.20

21

Voltarène 75 mg

18 f

30.00

31

Daltrac

1 f x 3f

47.80

11

Dasen

1 f x 3f

270.40

traitement de l'arthrose

7, Lotissement Jeddah - Berrechid Tél./ Fax: 06 07 10 46 49 Gsm: 06 61 14 32 05

7, Lotissement Jeddah - Berrechid Tél./ Fax: 06 07 10 46 49 Gsm: 06 61 14 32 05



PPV 116DH40

LOT 00024 1

EXP 01/2023

FLOXAM®

Flucloxacilline

500 mg 24 gélules

NOVARTIS

نشرة دوائية: معلومات للمستهمل

اسم الدواء:

فولتارين® SR 75

أقراص مغلفة. علبة من 20 قرصاً

فولتارين® LP 100

أقراص مغلفة. علبة من 10 أقراص

ديكلو



هذا الدواء.

حذراً.

بالمزيد من

الرجاء

إحتفظ

إذا كان

المعلومات من الطبيب.

لقد وُصف هذا الدواء لك أنت شخصياً. لا تعطه لأشخاص

آخرين، فقد يؤذيهم حتى ولو كانت عوارض مرضهم مماثلة

لعوارض مرضك.

إذا أصبح أحد الآثار الجانبية خطيراً أو إذا لاحظت أثراً

جانبياً غير مذكور في هذه النشرة، أعلم الطبيب أو الصيدلي.

يحتوي هذا الدواء على أقل من 1 مليمول من الصوديوم (23 ملغ)

لكل وحدة جرعة، أي أنه عملياً "خالٍ من الصوديوم".

لذلك لا تأخذ فولتارين إلا بعد أن تستشير طبيبك، إذا كنت

تعاني من عدم تحمل الهيدروكلورينات.

الاستعمال أثناء الحمل والإرضاع:

الحمل

إذا كنت حاملاً أو كنت تنوين الحمل، لا يمكنك أخذ فولتارين

إلا بعد أن تكوني ناقشت الأمر مع طبيبك. لا ينبغي استعمال

فولتارين في خلال الفصل الأخير من الحمل.

الإرضاع

لا ينبغي استعمال فولتارين في خلال فترة الإرضاع إلا إذا

سمح لك الطبيب صراحة بذلك.

التأثير على قيادة السيارات أو استعمال الآلات

يمكن أن يؤثر هذا الدواء على ردات الفعل وعلى القدرة على

القيادة وعلى استعمال الأدوات أو الآلات!

يجب عليك بشكل خاص عدم قيادة سيارة أو استعمال آلات

ويجب أن تتصل بطبيبك على الفور عند الشعور بدوار أو

باضطرابات بصرية أو باضطرابات عصبية مركزية أخرى.

الساوغ ذات التأثير المعروف:

السكرور

3. كيف يُستعمل فولتارين®؟

الطبيب هو من يحدد بشكل فردي مقدار الجرعة وطريقة

الاستعمال حسب خطورة الاضطرابات والعمر. من المهم أن

تتبع بدقة تعليمات طبيبك. لا تتخطَ الجرعة اليومية الموصى

بها أو مدة العلاج المحددة من طبيبك.

إذا كنت تأخذ فولتارين لأكثر من بضعة أسابيع، يجب أن يتابعك

طبيبك بانتظام لتتأكد من أنك غير مصاب بآثار جانبية مخفية.

تكون الجرعة اليومية في بداية العلاج عادة 100-150 ملغ.

ماذا تحتوي هذه النشرة:

1. ما هو فولتارين® وما هي دواعي استعماله؟
2. ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل استعمال فولتارين®؟
3. كيف يُستعمل فولتارين®؟
4. ما هي الآثار الجانبية المحتملة؟
5. كيف يُحفظ فولتارين®؟

DASEN® 10.000 UI

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

DENOMINATION

DASEN® 10 000 UI, comprimé enrobé

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

SERRAPEPTASE
Excipients : stéarate de magnésium, cellulose, jaune orangé S (E110), dioxyde de titane.
Pour un comprimé enrobé gastro-résistant, *1 unité correspond au nombre de µg de serrapeptase libérée en 1 minute à partir de 1 mg de serrapeptase.

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé enrobé gastro-résistant

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

ENZYMOTHERAPIE à visée thérapeutique

(M : Système locomoteur)

(M : Système respiratoire)

Exploitant/Fabricant :

Laboratoires SYNTHEMEDI

20-22, Rue Zoubair Bnou Al a

DANS QUEL(S) CAS UTILISER

Ce médicament, modificateur des sécrétions bronchiques, est indiqué en cas d'affection respiratoire récente avec difficulté d'évacuer les crachats.

Il est également utilisé pour traiter les œdèmes consécutifs à un traumatisme ou une intervention chirurgicale.

ATTENTION !

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE en cas d'allergie connue à l'un des constituants notamment à la serrapeptase (enzyme).

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPÉCIALES

En cas de réaction allergique, le traitement doit être arrêté immédiatement et définitivement.

Un avis médical est nécessaire :

- en cas de fièvre, de crachats gras ou purulents,
- si vous êtes atteint d'une maladie chronique (au long cours) des bronches et des poumons.

Ce traitement doit toujours être accompagné d'efforts volontaires de toux permettant de cracher. La prise simultanée d'un médicament destiné à calmer la toux est donc illogique.

Ne pas prendre de médicament asséchant les sécrétions bronchiques durant la période de traitement.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS,

DASEN® 10 000 UI

Serrapeptase

40 Comprimés enrobés gastro-résistants



6 118000 181064

PPV :

EXP :

Lot N° :

47 00

DOLTRAM®

37,5 mg/325 mg

Tramadol/Paracétamol

Comprimé pelliculé, boîte de 20

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament:

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques; cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Composition :

Les substances actives sont:

Chlorhydrate de tramadol

Paracétamol

Pour un comprimé pelliculé:

Noyau: cellulose en poudre, amidon préagelatinisé

Pellicule: Opadray jaune, Cire de carnauba.

Liste des excipients à effet notoire : sans objet

Indications thérapeutiques :

DOLTRAM® est une association de 2 antalgiques

douleur.

DOLTRAM® est indiqué dans le traitement des douleurs

tramadol et de paracétamol est nécessaire.

DOLTRAM® est réservé à l'adulte et l'adolescent de plus de 12 ans.

Posologie :

Mode et voie d'administration.

Les comprimés sont destinés à la voie orale.

Les comprimés doivent être avalés tels quels avec de l'eau.

mâchés.

Durée du traitement.

Prenez toujours DOLTRAM® en respectant strictement la posologie.

médecin ou votre pharmacien.

Fréquence d'administration.

DOLTRAM® ne convient pas aux enfants de moins de 12 ans.

Sauf prescription contraire de votre médecin, la dose initiale est de 2 comprimés.

Des doses supplémentaires peuvent être administrées en fonction des besoins; se conformer à la prescription médicale.

L'intervalle entre les prises doit être au minimum de 6 heures.

Ne pas prendre plus de 8 comprimés de DOLTRAM® par jour.

Votre médecin peut augmenter le délai entre les prises:

- si vous avez plus de 75 ans; une maladie du rein; une maladie du foie.

Il est conseillé de prendre DOLTRAM® pour une durée la plus courte possible.

Contre-indications :

Ne prenez jamais DOLTRAM®, comprimé pelliculé:

- si vous avez eu une réaction allergique (par exemple: éruption cutanée, gonflement du visage, sifflement ou difficulté respiratoire) après avoir pris du tramadol ou du paracétamol ou tout autre composant de DOLTRAM®.

• en cas d'intoxication aiguë par l'alcool, par les somnifères, par d'autres médicaments contre la douleur ou des médicaments psychotropes (médicaments qui agissent sur l'humeur et les émotions).

• si vous prenez en même temps des inhibiteurs de la Monoamine Oxydase (médicaments utilisés pour le traitement de la dépression ou la maladie de Parkinson) ou si vous en avez pris au cours des deux semaines précédant le traitement par DOLTRAM®.

- si vous avez une maladie grave du foie.

- si vous avez une épilepsie non contrôlée par un traitement.

Effets indésirables :

Comme tous les médicaments, DOLTRAM®, comprimé pelliculé est susceptible d'avoir des effets indésirables.

Très Fréquents (plus de 1 patient sur 10):

- nausées, sensation de vertige, somnolence.

Fréquents (moins de 1 patient sur 10, mais plus de 1 patient sur 100):

- vomissements, digestion difficile (constipation, ballonnements, diarrhée), douleurs abdominales, sécheresse de la bouche, démangeaisons, sueurs, maux de tête, tremblements.

• confusion, troubles du sommeil, modifications de l'humeur (anxiété, nervosité, euphorie).

Peu Fréquents (moins de 1 patient sur 100, mais plus de 1 patient sur 1000):

• augmentation de la pression artérielle, troubles du rythme cardiaque, difficulté ou douleur lorsque vous urinez, réactions cutanées (éruptions, urticaire par exemple), picotements, engourdissements, sensations de fourmillement au niveau des membres, bourdonnements d'oreille, contractions musculaires involontaires, dépression, cauchemars, hallucinations, anémie, difficultés à avaler, sang dans les selles, frissons, bouffées de chaleur, douleurs dans la poitrine, gêne respiratoire.

Rares (moins de 1 patient sur 1000, mais plus de 1 patient sur 10000):

- convulsions, difficulté à coordonner les mouvements, dépendance médicamenteuse, troubles visuels, perte de conscience transitoire (syncope). Diminution du taux de sucre dans le sang (hypoglycémie).

Les effets indésirables suivants ont été rapportés chez les personnes prenant des médicaments contenant uniquement du tramadol ou du paracétamol. Contactez votre médecin si vous présentez l'un de ces effets pendant que vous prenez DOLTRAM®, comprimé pelliculé :

- sensation de faiblesse lorsque vous vous levez après être resté allongé ou assis, diminution de la fréquence cardiaque, modification de l'appétit, faiblesse musculaire, respiration ralentie ou affaiblie, modification de l'humeur, modification de l'activité, modification de la perception, aggravation d'un asthme existant.

• dans de rares cas, une éruption cutanée, signe de réaction allergique, peut se développer avec un gonflement soudain du visage et du cou, des difficultés respiratoires ou une diminution de la pression artérielle et un évanouissement. Si vous êtes concernés, arrêtez votre traitement et consultez immédiatement votre médecin. Vous ne devez pas continuer de prendre ce médicament.

FPV 300DH08
PER 06/24
LOT K1705



37,50 mg

325,00 mg

magnésium.

lager votre

ciation de

tionnés, ni

nsultez votre



مركز الشفاء CLINIQUE CHIFA

Le 30/09/1432

M. Riad AGMANE



060002557

- Clinique CHIFA*
Lotissement Jeddah
BERRECHID - 0522 32 80 81
- CHO*
- Sous RA, A.D, T. ordinaire
 - G à la racine du MI gauche
 - l'exploration clinique à travers la plaie a objectivé une section totale du m gastrocnémien distal avec son gaine osseuse sans lésion vasculo-nerveuse ni osseuse
 - nous avons procédé à la réparation musculo-tendineuse au vicryl 4/0 par des points en X suivie d'une suture de l'aponévrose
 - GHP Sm DR
 - Pansement

Clinique CHIFA
7, Lotissement Jeddah
BERRECHID - 0522 32 80 81
DOCTEUR HIBA OTMANI
Traumatologie - Orthopédie

7, Lotissement Jeddah - Berrechid BP 308 - برشيد - تجزئة جدة - 7

Gsm : 06 61 14 32 05 / Tél./Fax: 06 07 10 46 49 Patente N°: 40720200 - CNSS N°: 2922682

Compte Bancaire : Agence Berrechid RIB N° 117621212115848620000510 - IF: 6101098

ICE: 001785613000068



مركز الشفاء CLINIQUE CHIFA

Berrechid le : 30/09/2021

FACTURE:N°P373/21



060002557

Nom et prénom: RIAHI AYMANE

Date d'entrée :30/09/2021

Date de sortie : 30/09/2021

INTITULE	JOUR	QTE	PU	MT
Chambre simple	1		400,00	400,00
Bloc opératoire				2 300,00
Sous Total Clinique				2 700,00
HONORAIRES				
DR HIBA				2 600,00
Dr EL OUASSI				700,00
Sous Total Honoraire				3 300,00
TOTAL				6 000,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:

SIX MILLE DHs

CLINIQUE CHIFA
Lotissement Jaddah
Berrechid
Tél: 06 07 10 46 49
Fax: 06 22 32 10 8

7, Lotissement Jaddah - Berrechid BP 308 - برشيد - تجزئة جدة - 7

Gsm :06 61 14 32 05 / Tél./Fax: 06 07 10 46 49 Patente N°: 40720200 - CNSS N°: 2922682

Compte Bancaire : Agence Berrechid RIB N° 117621212115848620000510 - IF: 6101098

ICE: 001785613000068



مركز الشفاء
CLINIQUE CHIFA

BERRECHID LE : 30/09/2021



060002557

NOTE D'HONORAIRES

- DR HIBA prie Mr : RIAHI AYMANE
- D'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente
suivant l'usage sa note d'honoraires
- S'élevant à la somme de deux mille six cent (2600.00) dirhams



7, Lotissement Jaddah - Berrechid BP 308 - برشيد - تجزئة جدة - 7

Gsm : 06 61 14 32 05 / Tél./Fax: 06 07 10 46 49 Patente N°: 40720200 - CNSS N°: 2922682

Compte Bancaire : Agence Berrechid RIB N° 117621212115848620000510 - IF: 6101098

ICE: 001785613000068



مركز الشفاء
CLINIQUE CHIFA

BERRECHID LE : 30/09/2021



060002557

NOTE D'HONORAIRES

- . DR B.EL OUASSI prie Mr : RIAHI AYMANE
- . D'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente
suivant l'usage sa note d'honoraires
- S'élevant à la somme de sept cent (700.00) dirhams

Clinique CHIFA
Lotissement Jaddah
Berrechid -
Tél : 0522 32 00 00
Dr. ELOUASSI Bahir
Spécialiste en Anesthésie Réanimation
E.L. Médecin du CHU Ibn sina Rabat

7, Lotissement Jaddah - Berrechid BP 308 - برشيد - تجزئة جدة - 7

Gsm : 06 61 14 32 05 / Tél./Fax: 06 07 10 46 49 Patente N°: 40720200 - CNSS N°: 2922682

Compte Bancaire : Agence Berrechid RIB N° 117621212115848620000510 - IF: 6101098

ICE: 001785613000068