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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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

Déclaration de Maladie

N° W21-700323

108669

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10263 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SENBALI Mina

Date de naissance : 8/6/1968

Adresse : Siège CASA ANFA

Tél. 0661698886 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfan

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

MUPRAS
M R
ACCUEIL
21 MAR. 2022
H. HAKANI

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 don personnelles.

Fait à : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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)
SY = 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 kinsithérapeute
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 a 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.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel tratement 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 remi 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
EJOUR EN MAISON DE REPOS
ES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit actes répétés en plusieurs séances ou actes obaux comportant un ou plusieurs échelonnes ans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

s actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit évenir 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 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX / 05 22 91 26 52
TELEX / 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS MU 025675

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : SENBALI Mina
Matricule : 10263 Fonction : Agent commercial Poste : Billetterie
Adresse : Siége CASA - ANFA
Tél. : 0661698886 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : MINA SENBALI Age ☐☐ ☐☐ ☐☐
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : Affection respiratoire
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

AMRANI HENCHI SAIDA
umo-phtisiologue et Allergologue
Résidence Eldaoura, GH25A
RDC - CASABLANCA
Tél: 05 22 89 02 02

A .... ,le....../....../......
Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	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
PHARMACIE ALJ ALJ Md Abdelilah 379, Bd Abdelmoumen Casa Tél. 022	14. 02. 22	250DH
	14/02/22	285.20

Dr. [illegible] SAIDA
Pneumo-phtisiologue et Allergologue
Résidence [illegible] GH25A
RDC - CASABLANCA
Tél: 05 22 89 02 02

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
Dr. [illegible] SAIDA Pneumo-phtisiologue et Allergologue Résidence [illegible] GH25A RDC - CASABLANCA Tél: 05 22 89 02 02	14.02.22	RADIO THRAX	150DH
	14.02.22	B350	350DH

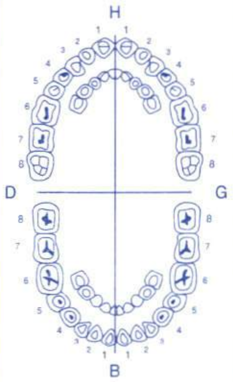
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Cœfficient
				

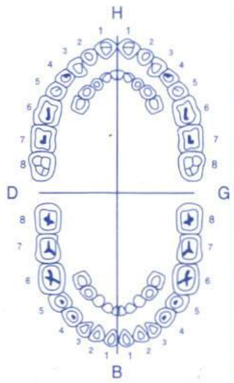
CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANT DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
D	25533412	21433552
	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553 G
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANT DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Docteur AMRANI HENCHI SAIDA
Pneumo - phtisiologue
Maladies Respiratoires et Allergiques
Asthme, Rhinite, Tuberculose

Adultes et Enfants

Ex Médecin au CHU Ibn Rochd
Et Hôpital Moulay Youssef

الدكتورة عمراني حنشي سعيدة
اختصاصية
في أمراض الجهاز التنفسي
الضيقة ، داء السل

كبار و أطفال

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد
و مستشفى مولاي يوسف

Casablanca, le 14. 02 2022 الدار البيضاء، في

Mlle SEQQATI Dina

48.50

① Celestpred doux

3 gg / matin et 2j x 5 j

87.70x2

② Azix 500

1 cp 1er j

1/2 cp /j x 4 j

③ Doliprane 1g

1 x 2 /j

④ Vit C

1 cp x 2/j

49.60

⑤ Dose fit

Sérum physio

PHARMACIE AL
ALI Md Abdelilah
279, Bd Abdelmoumen Casa
Tel 022 86 06 54

PPV:49,60 DH
LOT: 21F22
EXP: 06/2024

شارع أم الربيع – إقامة الفردوس – مجموعة هـ 25 أ – الطابق السفلي – الدار البيضاء – الهاتف : 02 02 89 22 05
Boulevard Oum Rabii, Résidence FIRDAOUS, Groupe H 25 A, Rez de chaussée - Casablanca - Tél.: 05 22 89 02 02

27,70

⑥ carbocystéine

1 gm, 3 fois

⑦ ventoline

2 puff × 4/j × 8 j

⑧ Foster

2 puff × 2/j, 3 mois

Dr. AMRANI HENCHI SAIDA
Pneumo-Phtisiologue & Allergologue
Residecne Firdaous, [illegible]
RDC - CASABLANCA
Tél : 05 22 89 02 02

ez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.
dez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
us avez d'autres questions, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharma-

médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable entionné dans cette notice, parlez en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
118001 090280

CARDIOASPIRINI

100 mg, comprimés gastro-résistants

cette notice :

est ce que CardioAspirine 100 mg et dans quel cas est-il utilisé ?
elles sont les informations nécessaires à connaître avant de prendre CardioAspirine 100 mg ?
mment prendre CardioAspirine 100 mg ?
els sont les effets indésirables éventuels ?
mment conserver CardioAspirine 100 mg ?
rmations supplémentaires

'EST CE QUE CARDIOASPIRINE 100 MG ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

Aspirine contient comme principe actif l'acide acétylsalicylique. Ce dernier inhibe, à doses réduites 'agrégation des plaquettes sanguines. Grâce à un enrobage résistant à l'acidité gastrique, le

AZIX®

Azithromycine

COMPOSITION ET PRESENTATION :

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 3

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitement des infections dues aux germes sensibles telles que :

- infections respiratoires hautes : otite moyenne, sinusite, angine et pharyngite;
- infections respiratoires basses (y compris bronchite et pneumonie);
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydia trachomatis).

CONTRE –INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.
- Insuffisance hépatique sévère.

MISE EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison ...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestation allergique survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :

Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.
- Manifestations allergiques ; prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise pa

MODE D'ADM

Azix peut être

TABLEAU A (

PPV 79DH70
PER 01/25
LOT L107

sablanca

nsable

Ajdir 12/20 101005

Azix®

Azithromycine

COMPOSITION ET PRESENTATION :
Comprimé 500 mg sécable, boîte de 3

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :
Traitement des infections dues aux germes sensibles telles que :
- infections respiratoires hautes : otite moyenne, sinusite, angine et pharyngite;
- infections respiratoires basses (y compris bronchite et pneumonie);
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydia trachomatis).

CONTRE –INDICATIONS :
- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.
- Insuffisance hépatique sévère.

MISE EN GARDE :
- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison ...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestation allergique survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :
- Prévenir le médecin traitant en cas de :
Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

EFFETS INDESIRABLES :
- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.
- Manifestations allergiques ; prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

POSOLOGIE :
Se conformer à la prescription médicale.
Adulte et enfant kg : 500 mg par jour. 1 comprimé de 500 mg
en une prise pa

MODE D'ADM
Azix peut être

TABLEAU A (

PPV 79DH70
PER 01/25
LOT L107

sablanca
nsable

Ajdir 12/20 101005

Cotipred® 20 mg

Prednisolone

COMPOSITION :

Prednisolone (Sous forme de métasulfobenzoate sodique) exprimé
en base.. 20 mg
Excipient q.s.p.................................1 comprimé.
Excipients à effet notoire : lactose, sorbitol (contenu dans l'arôme orange-pamplemousse)

PRESENTATION :

Boîte de 20 comprimés **solubles effervescents** avec barre de cassure.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

CONTRE-INDICATIONS :

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :
- la plupart des infections, - certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona), - certains troubles mentaux non traités, - vaccination par des vaccins vivants, - allergie à l'un des constituants.

Ce médicament ***NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE***, sauf avis contraire de votre médecin, en association avec des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque (cf. Interactions médicamenteuses et autres interactions).

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

MISES EN GARDE SPECIALES :

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'ulcère digestif, de maladie du côlon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment antécédents de tuberculose), d'insuffisance hépatique, d'insuffisance rénale, d'ostéoporose et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire).

Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicales, subtropicales ou le sud de l'Europe, en raison de maladies parasitaires.

PENDANT LE TRAITEMENT :

Eviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou de rougeole.

En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

Sous traitement et au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement, prévenir le médecin de la prise de corticoïde, en cas d'intervention chirurgicale ou de situation de stress (fièvre, maladie).

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Pendant le traitement, votre médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, en particulier pauvre en sel. Tenir compte de la teneur en sodium (51 mg par comprimé).

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

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSE :

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES IN JRS MEDICAMENTS IL
FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEME T EN COURS A VOTRE
MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN pouvant donner certains
troubles du rythme cardiaque : astémi njection intra-veineuse,
halofantrine, pentamidine, sparfloxacine

PPV :48DH50
PER : 03-23
LOT : J726

GROSSESSE - ALLAITEMENT :

GROSSESSE : Ce médicament ne sera la grossesse qu'en cas de nécessité.
Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre ce traitement.

Docteur AMRANI HENCHI SAIDA

Pneumo - phtisiologue
Maladies Respiratoires et Allergiques

Asthme, Rhinite, Tuberculose
Bilan Allergologique
et explorations respiratoires

Adultes et Enfants

Ex Médecin au CHU Ibn Rochd
Et Hôpital Moulay Youssef

الدكتورة عمراني حنشي سعيدة
اختصاصية
في أمراض الجهاز التنفسي
الضيقة ، داء السل
تحليلات الحساسية والتنفس

كبار و أطفال

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد
و مستشفى مولاي يوسف

Casablanca, le : 14. 02. 2022
Nom & Prénom : SEGRBALI Mina

TELETHORAX

Interprétation :

☑ Pas d'anomalie Parenchymateuse

☑ Pas d'anomalie mediastinale ni

Squelettique

☑ Culs de sacs libres

☑ Silhouette cardiaque normale

Honoraires : Z12

Dr. AMRANI HENCHI SAIDA
Pneumo-Phtisiologue et Allergologue
Résidence Firdaous, GH25A
RDC - CASABLANCA
05 22 89 02 02

شارع أم الربيع – إقامة الفردوس – مجموعة هـ 25أ – الطابق السفلي – الدار البيضاء – الهاتف : 02 02 89 22 05

Boulevard Oum Rabii, Résidence FIRDAOUS, Groupe H 25 A, Rez de chaussée - Casablanca - Tél.: 05 22 89 02 02

Docteur AMRANI HENCHI SAIDA
Pneumo - phtisiologue
Maladies Respiratoires et Allergiques
Asthme, Rhinite, Tuberculose

Adultes et Enfants

Ex Médecin au CHU Ibn Rochd
Et Hôpital Moulay Youssef

الدكتورة عمراني حنشي سعيدة
اختصاصية
في أمراض الجهاز التنفسي
الضيقة ، داء السل

كبار و أطفال

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد
و مستشفى مولاي يوسف

Casablanca, le 14-02-2022 الدار البيضاء، في

FACTURE

Nom & Prénom : BENBALi Mina

Consultation : 250 DH

Radio Thorax : 150 DH

EF Resp :

Tests Cutanés :

Nébilisation :

Total : 400 DH

AMRANI HENCHI SAIDA
neumo-Phtislologue et Allergologue
Résidecne Firdaous, GH25A
RDC - CASABLANCA
Tél : 05 22 89 02 02

Docteur AMRANI HENCHI SAIDA
Pneumo - phtisiologue
Maladies Respiratoires et Allergiques
Asthme, Rhinite, Tuberculose

Adultes et Enfants

Ex Médecin au CHU Ibn Rochd
Et Hôpital Moulay Youssef

الدكتورة عمراني حنشي سعيدة
اختصاصية
في أمراض الجهاز التنفسي
الضيقة ، داء السل

كبار و أطفال

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد
و مستشفى مولاي يوسف

Casablanca, le 14,02,2024 الدار البيضاء، في

Mlle SANBALI Mina

PCR covid 19

Dr. AMRANI HENCHI SAIDA
Pneumo-Phtisiologue et Allergologue
Résidence Firdaous, GH25A
RDC - CASABLANCA
Tél : 05 22 89 02 02

شارع أم الربيع – إقامة الفردوس – مجموعة هـ 25 أ – الطابق السفلي – الدارالبيضاء – الهاتف : 02 02 89 22 05
Boulevard Oum Rabii, Résidence FIRDAOUS, Groupe H 25 A, Rez de chaussée - Casablanca - Tél.: 05 22 89 02 02

LIAB

المختبر الدولي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES

Casablanca le, 14-02-2022

FACTURE N° 000236663

Nom, Prénom du patient : Mme MINA SENBALI
Date de l'examen : 14-02-2022
Type d'examen : Examen biologique
Demande N° : 2202140182
Médecin demandeur :

Récapitulatif des analyses

CN	*Analyse*	*Val*	*Clefs*
	Test de dépistage E–Gene et de confirmation de Coronavirus–RdRP–Gene	–	HN

Total des BHN : 350
Montant total en chiffre : 350DHS
Montant Total en lettres : trois cent cinquante dirham

Opération bénéficiant de l'exonération à la TVA sans bénéfice du droit déduction conformément à l'article 91–VI–1° du Code Général des Impôts.

LIAB