

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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](http://www.mupras.com)

AS1707

## Déclaration de Maladie : Nº S19-0050114

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **4638** Société : **R. A. M**

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **EL AMALI ABDELMAJED** Date de naissance : **08/12/1958**

Adresse : **09, Bd Driss Slaoui, lot Val d'Anfa - CASA**

Tél. : **0661541885** 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 : .....

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 : **CASABLANCA**

Le : **02/02/2023**

Signature de l'adhérent(e) : .....



### 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

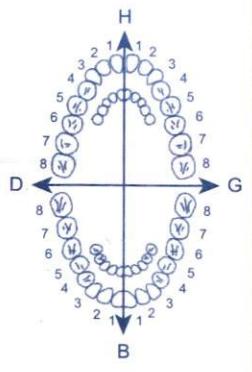
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |                         |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                 |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                 |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                 |                |                  |             | FIN D'EXECUTION         |
|                 |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                 |                |                  |             | DATE DU DEVIS           |
|                 |                |                  |             | DATE DE L'EXECUTION     |



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <br><b>الضمان الاجتماعي</b><br><b>CNSS</b>  | <b>البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري</b><br><b>Relevé périodique des prestations AMO</b> |  | <b>مديرية التأمين الصحي الإجباري</b><br><b>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</b><br>مرجع رقم : 610-2-06 |
|   | Emis à : <b>CASABLANCA</b><br>Le : <b>02/02/2023</b>   | أصدر ب :<br>بتاريخ :                       | Page <b>1 /1</b><br>الصفحة <b>المرسل إليه</b>  |
| Nº d'immatriculation <b>141642936</b><br>Règlements de la période<br>du : <b>20/12/2022</b> : من <b>من</b><br>au : <b>20/12/2022</b> : إلى <b>إلى</b> |  | <b>Destinataire</b><br><b>HIJAZI NADIA</b> |  |

Veuillez 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 استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

| رقم الملف                      | تاريخ العلاج  | العمليات | مهنيو الصحة                                    | مبلغ المصارييف               | التعريفة 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 |
| HIJAZI NADIA                   |               |          |  |                              |                    |         |          |                       |                         |                          |                   |
| 98027185                       | 22/11/2022    | C        | MEDECINE GENERALE                              | 200,00                       | 80,00              | 1,00    | 1,00     | 80,00                 | 70,00                   | 20/12/2022               | 56,00             |
| 98027185                       | 22/11/2022    | PH       | PHARMACIES D OFFICINES LABORATOIRES D ANALYSES | 1190,10                      | 0,00               | 1,00    | 17,00    | 0,00                  | 0,00                    | 20/12/2022               | 781,27            |
| 98027185                       | 22/11/2022    | B        |  | 1830,00                      | 1804,00            | 1640,00 | 1,00     | 1804,00               | 70,00                   | 20/12/2022               | 1262,80           |
| <b>Total remboursé</b>         |               |          |  | <b>مجموع مبلغ التعويض</b>    |                    |         |          |                       |                         |                          | <b>2100,07</b>    |
| <b>Total général remboursé</b> |               |          |  | <b>مبلغ التعويض الاجمالي</b> |                    |         |          |                       |                         |                          | <b>2100,07</b>    |

- 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



Le devoir de vous protéger

DIRECTION REGIONALE  
HMAS  
AGENCE ROCHES NOIRES

**ACCUSE DE RECEPTION MANUEL**

AMO     PV     UM-PRO     AF  
 RC     Autre : .....

N° CNSS: .....  
N° DOSSIER (s) : 098097185

Matricule Collaborateur :

هام جدا

Date : 30-11-22

للإطلاع على عدد الأيام الم المصرح بها  
و ل تتبع ملفاتكم الخاصة بالتعويضات  
الرجو الإتصال ب 080 20 30 100  
أو زيارة بوابة المؤمن له  
عبر الموقع [www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)  
أو تطبيق الهاتف الذكي MA CNSS



مركز الاتصال

080 200 7200

080 203 3333

للمزيد من المعلومات

|   |   |                       |   |
|---|---|-----------------------|---|
|  | <b>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</b><br><b>Feuille de Soins Maladie</b> |                       | مديرية التأمين الصحي الإجباري<br>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire |
| Le devoir de vous protéger  | * موافقة مسبقة<br>Entente préalable*                                    | * تنفيذ<br>Exécution* | مراجع رقم : Réf. 810-1-02<br>Réf. ANAM 1.2.01.01                              |

N° Dossier : 0661144206 خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : H1 JAZI NADIA الإسم العائلي والشخصي :  
N° Immatriculation : 11416421936 رقم التسجيل :  
N° CIN : 111111111111 رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Lien de parente du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* علاقه القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) \*  
Conjoint  زوج  Enfant  ابن  
Adresse : 9 BD DRISS SLLOUI - LOT A N BOLOUS العنوان :  
Montant des frais : درهم 313640 Dhs مبلغ المصروف :  
Nombre de pièces jointes : تصريح الطبيب المعالج  
Déclaration du médecin traitant  
Bénéficiaire de soins H1 JAZI Nadia المستفيد من العلاجات  
Nom et prénom : H1 JAZI Nadia الإسم العائلي والشخصي :  
Date de naissance : 1966-01-1966 تاريخ الإزدياد :  
N° CIN : 111111111111 رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Sexe\* : M  ذكر F  أنثى الجنس : \*  
INPE et code à barres \*\* الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر\*\*  

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| Médecin traitant<br>الطبيب المعالج | Etablissement de soins<br>المؤسسة العلاجية |
| 1091088006                         | 111111111111                               |

نوع العلاجات \*

|  |                                  |                                    |                                |                                   |                                 |  |
|--|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--|
| Hospitalisation <input type="checkbox"/> | استشفاء <input type="checkbox"/> | Maternité <input type="checkbox"/> | أمومة <input type="checkbox"/> | Accident <input type="checkbox"/> | Hadath <input type="checkbox"/> | Maladie <input checked="" type="checkbox"/> مرض <input type="checkbox"/> |
|--|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--|

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous  
Fait à : Casablanca : b  
Le : 19/11/2021 : b  
ني :  
توقيع المؤمن له  
Signature de l'assuré(e)

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
Fait à : Casablanca : b  
Le : 21/11/2021 : b  
ني :  
توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

\* Cocher la mention utile pour chaque case  
\*\* Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.

060 203 3333 : CNSS-Place de DAKAR-Casablanca BP. 2186 Casa Gare Téléphone : 060 203 3333

| Description des actes effectués  |                                |   |                                    |   | وصف العمليات المجرأة   |
|----------------------------------|--------------------------------|---|------------------------------------|---|--|
| تاريخ العمليات<br>Date des actes | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé +<br>cotation NGAP | المبلغ المفoter<br>Montant facturé | توقيع وطابع الطبيب المعالج<br>Signature et cachet du Médecin traitant   |  |
| 22.11.2022                       |                                | C   | 2000                               | <p>Dr Anne LARROW<br/>Médecin Généraliste et Urgence<br/>645, Rue Casabianca - 05 22 22 22 22</p>  |  |
| INPE et code à Barres            |                                |   |                                    |   | <p>Au rejeté de l'ordre<br/>Exclusivement protégé.<br/>pour des raisons de sécurité.<br/>Chute sur le genou droit.<br/>avec fracture<br/>et hématoïde.</p> |

CIM-10

| Actes Paramédicaux               |                                |   |                              |                                   |   | عمليات المساعدين الطبيين |
|----------------------------------|--------------------------------|---|------------------------------|-----------------------------------|---|--------------------------|
| تاريخ العمليات<br>Date des actes | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé +<br>cotation NGAP | عدد العمليات<br>Nbre d'actes | المبلغ المفوتر<br>Montant facturé | توقيع وطابع المساعد الطبي<br>Signature et Cachet du Paramédical |                          |
| INPE et code à Barres            |                                |   |                              |                                   |   |                          |
|                                  |                                |   |                              |                                   |   |                          |

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

| Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie |                                |   |                                      |   | العمليات الإحياء، الأشعة والصور |
|---|--------------------------------|---|--------------------------------------|---|---------------------------------|
| تاريخ العمليات<br>Date des actes          | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé +<br>cotation<br>NGAP/NABM | المبلغ المفوتر<br>Montant<br>facturé | توقيع طبيب الأشعة أو الإحيائي<br>Signature et Cachet du Radiologue ou<br>Biologiste   |                                 |
| 24/11/22                                  | B<br>1640                      |   | 1830,00دhs                           | <p>Laboratoire de Biologie<br/>médicale AL HAMD<br/>Dr. Rabah El Hamed Farah Salam, Biologiste<br/>Résidence Al Hamd, Immeuble N° 10, El Ouardi, Casablanca</p> |                                 |
| INPE et code à Barres<br>093061372        |                                |   |                                      |   |                                 |
|   |                                |   |                                      |   |                                 |
| INPE et code à Barres<br>1111111111111111 |                                |   |                                      |   |                                 |

| Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire |               |          |            |
|---|---------------|----------|------------|
| Nature de la prestation   | Prix Unitaire | Quantité | Prix Total |
|   |               |          |            |

LABORATOIRE

Al Hamd

# الطب البيطري

# LABORATOIRE AL HAMD DE BIOLOGIE MEDICALE

الدكتورة رباب الصياد

Docteur Rabab ESSAYADE

Médecin Spécialiste en Biologie Médicale

Diplômée de la Faculté de Médecin de Casablanca

DU Assurance Qualité en Biologie  
Médicale de l'université PARIS V  
DU Hygiène Hospitalière et de Lutte  
contre les Infections Nosocomiales

TOTAL DOSSIER : 1830.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille huit cent trente dirhams

NB : Le laboratoire ne peut en aucun cas modifier la date de la facture. De ce fait, prière de respecter le délai de dépôt de vos dossiers médicaux auprès des organismes d'assurance.

Laboratoire de Biologie  
médicale AL HAMD  
Dr. Rabab ESSAYADE  
Résidence Al Hamd Immeuble D N°1  
Farah Salam, El ouffa Casablanca

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

Résidence Al Hamd, Immeuble D, Appt N°1, 1er étage, Farah Salam, El ouffa - Casablanca

Tél : 05 22 93 95 03 / GSM : 06 62 503 305 - Tél / Fax : 05 22 93 95 01

E-mail : laboalhamd.labm@gmail.com - IF : 18797235 - ICE : 001702411000002



# مختبر الحمد للتحاليل الطبية

## LABORATOIRE AL HAMD DE BIOLOGIE MEDICALE

الدكتورة رباب الصياد

**Docteur Rabab ESSAYADE**

Médecin Spécialiste en Biologie Médicale

Diplômée de la Faculté de Médecin de Casablanca

DU Assurance Qualité en Biologie  
Médicale de l'université PARIS V  
DU Hygiène Hospitalière et de Lutte  
contre les Infections Nosocomiales

**FACTURE N : 221100372**

INPE : 093061372

Casablanca le 24-11-2022

**Mme Nadia HIJAZI**

Date de l'examen : 24-11-2022

Analyses :

### Récapitulatif des analyses

| CN   | Analyse                               | Val   | Clefs |
|------|---------------------------------------|-------|-------|
| 9105 | Prélèvement sanguin                   | E11.5 | E     |
| PA   | Prélèvement autre                     | E11.5 | E     |
|      | ALAT (Transaminase GPT)               | B50   | B     |
|      | ASAT (transaminase GOT)               | B50   | B     |
|      | Calcium                               | B30   | B     |
|      | Cholestérol total                     | B30   | B     |
|      | Chlore                                | B30   | B     |
|      | Créatinine                            | B30   | B     |
|      | Glycémie à jeun                       | B30   | B     |
|      | Cholestérol HDL                       | B50   | B     |
|      | Potassium                             | B30   | B     |
|      | LDL calculé                           | B50   | B     |
|      | Sodium                                | B30   | B     |
|      | Protéines totales                     | B30   | B     |
|      | Bicarbonates – réserve alcaline – CO2 | B40   | B     |
|      | Triglycérides                         | B60   | B     |
|      | 25 OH-Vitamine D total (D2+D3)        | B450  | B     |
|      | Numeration Formule Sanguine NFS       | B80   | B     |
|      | Parasitologie des selles              | B40   | B     |
| 0163 | TSH                                   | B250  | B     |
| 0255 | Coproculture + identification:        | B100  | B     |
| 0370 | CRP                                   | B100  | B     |
|      | Parasitologie des selles              | B40   | B     |
|      | Parasitologie des selles              | B40   | B     |

Total des B : 1640

Laboratoire de Biologie  
médicale AL HAMD  
Dr Rabab ESSAYADE  
Résidence Al Hamd, Immeuble D N°1  
Salam, El Oulfa - Casablanca

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

Résidence Al Hamd, Immeuble D, Appartement N°1, 1er étage, Farah Salam, El Oulfa - Casablanca

Tel : 05 22 93 05 03 / GSM : 06 62 503 305 - Tel / Fax : 05 22 93 95 01

dr. lacroix@Hotmail.com 0662818632

Docteur Anne Lacroix Bensaid

Médecin Généraliste - Urgentiste

Diplômée de la Faculté Necker de Paris

Consultation sur rendez-vous

Visite à Domicile

Tél. : 05 22 29 91 23

الدكتورة آن لكرول بنسعيد

الطب العام - المستعجلات

خريجة كلية نيكار بباريس

زيارة بالموعد

فحص منزلي

الهاتف : 05 22 29 91 23

الدار البيضاء، هي Casablanca, le 22 Nov 2022

H<sup>me</sup> Nadia HIJAZI

- transaminases

- TSH

- NFS - CRP

- iono

Laboratoire de Biologie  
Dr. Rahab HASSAYADE  
Fakultas ILMIAH Ummah Imparhan  
Rue Dr. Hassan II, Casablanca

glycémie  
creatinémie

- Vitamine D

- cholestrol, LDL

Triglycéridé - HDL chole

- coproscopie Examen Péris rectal



Docteur Anne LACROIX-BENSAID  
Médecin Généraliste et Urgentiste  
645 Rue de Goulimima - 1er étage  
Casablanca - Tel. 05 22 29 91 23

زنقة گلمية - حي بورگون - الطابق الأول - الدار البيضاء 645

645, Rue de Goulimima - Quartier Bourgogne - 1er étage - CASABLANCA 20040

CNSS : 6633342 - Patente : 35405862 - I.G.R. : 401-07-167 - INP : 091 088 096

N°ordre : 078 / 03 - ICE : 001939188000002

Docteur Anne Lacroix Bensaid

Médecin Généraliste - Urgentiste

Diplômée de la Faculté Necker de Paris

Consultation sur rendez-vous

Visite à Domicile

Tél. : 05 22 29 91 23

Casablanca, le 22 Nov 2022

الدكتورة آن لاكروى بنسعيد

الطب العام - المستعجلات

خريجة كلية نيكير بباريس

زيارة بالموعد

شخص منزلي

الهاتف : 05 22 29 91 23

الدار البيضاء، في

PHARMACIE CLINIQUE ANDALOUSS

19, Av. Driss Sbaa - lot. Val d'Anfa

Casablanca - Tél. 05 22 39 79 47

0018 0015 0016

30,00 Nadia HUTAR  
Rhinallhol 10 flacon (cas x 2) /  
2x 79,70 ERYTHROMAX 1cp/j (6 jours) /  
42,60 MOBIC 7,5 1cp/j (3 jours) /  
36,70 ANXIOL 1/2 cp/j en lessive pendant (sept jours)  
6x 83,70 (7 jours)  
37,68 DEROXAT 20 1cp/j (trois mois)  
99,00 PROSACIC pommade 1appx 2/j  
- Magmine 300 1cp/j une bouteille  
+ 140,00 + 99,00 OEDES 20 1gel/j (3 mois)  
36,70 SICAPLAST en flacon  
- DICYNDONE 1cpx3/j une boîte  
99,20 - CODOPRANE 1cp/j lessive (7 jours)

110640 زنة كلوبية - حي بورگون - الطابق الأول - الدار البيضاء 645

645, Rue de Goulimma - Quartier Bourgogne - 1er étage - CASABLANCA 20040

CNSS : 6633342 - Patente : 35405862 - I.G.R. : 401-07-167 - INP : 091 088 096

N°ordre : 078 / 03 - ICE : 001939188000002

Docteur Anne LACROIX BENSAYD  
Médecin Généraliste et Urgentiste  
Casablanca - Tél. 05 22 29 91 23  
645, Rue de Goulimma - 1er étage

