

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6933 Société : man.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : LAMNAOUAR Abdelfaziz

Date de naissance : 29-11-58

Adresse : Les Terrasses d'ANTA A-B-C-TANIA

Tél. : 0662800924 Total des frais engagés : 1106,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/01/2019

Nom et prénom du malade : LATINAOUAR GHITA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : St Fehil

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

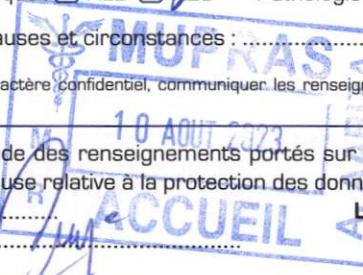
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 10/08/2013

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
28/07/23	CP	120		Dr. Bensghir Imad Omnipraticien INPE 091263491
29/07/23	K+P A			

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/07/2023	107,50

**INPE: 092022664**

**PHARMACIE EDEN ROCK**  
Dr. Hassan HABOUCHA  
4, Avenue Côte d'Emeraude résidence  
Majestic B.M-1 Ain Diab - Casablanca

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
	28/07/23	Bago AP	

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### 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

**ODF 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**



# وصفة ORDONNANCE

درب غلف

DERB GHALLEF

le 28/04/23

CANNABAR CHIC

79,70

11/04/23 Dr. Ghallef

S.i.

26,90

mg / 5 - 50

21/04/23 Dr. Ghallef

S.i.

69,00

mg / 5 - 50

21/04/23 Dr. Ghallef

S.i.



EXP :  
LOT N° :

14,50

4/ Muslim Dr. Ghallef

14,50

11/04/23 Dr. Ghallef

Dr. B.  
09126340

IXOR® 20 mg 28 comprimés effervescents

PPV 118DH50

EXP 02/2025

LOT 2N026 3

M.B.A

~~6/1~~ IXOR 20mg q (si)  
21.00 rep = j = + 14j

~~7/~~ Nuravit 200g

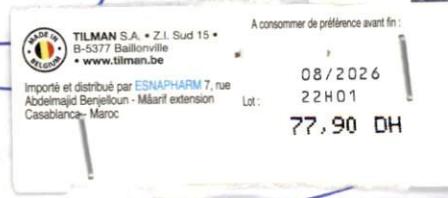
27.00

~~8/~~ PHARMACIE EDEN ROCK  
Dr. Hanan HABOUCHA  
4, Avenue Côté d'Embrasure résidence  
Majestic B.M-1 Ain Diab - Casa  
Tél.: 05 22 36 35 30

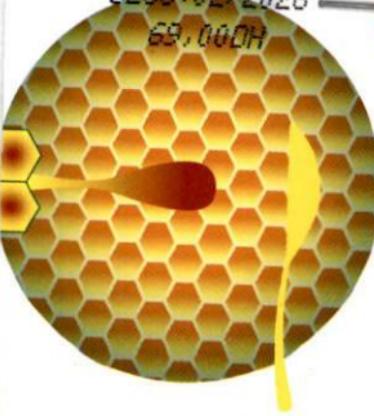
Hof. 50



PHARMACIE EDEN ROCK  
Dr. Hanan HABOUCHA  
4, Avenue Côté d'Embrasure résidence  
Majestic B.M-1 Ain Diab - Casa  
Tél.: 05 22 36 35 30



LOT: 230162  
DUO: 02/2026  
69,00DH



200 ml

# iVox sans conservateur

Deva  
pharmacie

les (le Thym, la Mauve et le Mélèze), d'huile essentielle qui apaise et soulage l'irritation de la gorge et renforce les défenses immunitaires.

Enroulement.

Enfant : une cuillère à café 2 à 4 fois par jour.

Dans tous les cas, se conformer à la prescription de votre médecin ou pharmacien.

**DociVox** sirop naturel est administré par voie orale.

Bien agiter le flacon avant chaque emploi.

#### PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Déconseillé aux personnes allergiques aux produits de la ruche ou à l'un des constituants
- Déconseillé chez la femme enceinte, allaitante et nourrisson.
- Le produit peut présenter un léger dépôt, des changements de couleur ou de goût qui sont attribuables aux caractères naturels des plantes; toutefois la qualité et l'efficacité du produit ne sont pas altérées.
- Après ouverture, à conserver au frais et à consommer dans un délai de 4 semaines.
- Tenir hors de la portée des enfants.

#### COMPOSITION :

Sirop de fructose; Arôme naturel de miel; Maltodextrine; Eau purifiée; Extrait de Propolis; Extrait aqueux de plantes obtenu à partir de feuille de Thym (*Thymus vulgaris*); Feuille de Mauve (*Malva sylvestris*); Extrait de Mélèze; Huile essentielle d'eucalyptus; Extrait de rocou; Caramel; Menthol; Acide citrique.

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.

Autorisation du Ministère de la Santé n° : DA 20171612029DMP/20UCAv1



Spray  
Voie orale

# DociVox<sup>®</sup> Spray gorge

Calme l'irritation et Soulage la douleur de la Gorge

Deva  
pharmacie

#### PROPRIÉTÉS :

Docivox Spray gorge offre l'avantage d'une application très ciblée. Il permet de tapisser directement la muqueuse oro-pharyngée pour un effet immédiat.

Docivox Spray gorge est doté d'un embout pulvérisateur directionnel qui facilite l'application du produit notamment sur les parties de l'oropharynx difficiles d'accès.

Docivox Spray gorge est à base d'actifs naturels ayant des actions antiseptiques, adoucissantes et calmantes.

Grace à ses propriétés, Docivox Spray gorge est un adjuant spécifique pour le traitement des états inflammatoires de la sphère oropharyngée provoqués par le froid, les allergènes, la fumée, la pollution, la poussière et autres agents externes.

Docivox Spray gorge permet un confort de la gorge irritée par soulagement des symptômes accompagnateurs tels qu'une sécheresse de la gorge, des picotements ou une difficulté à déglutir.

Docivox Spray gorge est un spray à base d'actifs naturels et sans conservateur.

PPV 79DH70  
PER 03/26  
LOT M617



ON :

de 3

#### **INDICATIONS :**

- 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 sâuge n'est pas recommandée.

#### **PRÉCAUTIONS 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 de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

#### **MODE D'ADMINISTRATION :**

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

#### **TABLEAU A (LISTE I).**



bottu s.a

82, Allée des Casuarinas – Ain Sébaa - Casablanca

S. Bachouchi – Pharmacien Responsable

Ajdir 12/20 101005

# Vita C1000®

PPU 26DH30

EXP 04/2026  
LOT 330367

(R)

elle contient des informations importantes pour vous.  
 Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice par votre médecin ou votre pharmacien.  
 - Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.  
 - Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.  
 - Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice.  
 - Vous deviez-vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

## Que contient cette notice

1. Qu'est-ce que VITA C 1000® Comprimés effervescents et VITA C 1000® SANS SUCRE Comprimés effervescents et dans quel cas sont-ils utilisés ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre VITA C 1000® Comprimés effervescents et VITA C 1000® SANS SUCRE Comprimés effervescents ?
3. Comment prendre VITA C 1000® Comprimés effervescents ou VITA C 1000® SANS SUCRE Comprimés effervescents ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver VITA C 1000® Comprimés effervescents et VITA C 1000® SANS SUCRE Comprimés effervescents ?
6. Informations supplémentaires

## 1 - QU'EST-CE QUE VITA C 1000® COMPRIMÉS EFFERVESCENTS ET VITA C 1000® SANS SUCRE COMPRIMÉS EFFERVESCENTS ET DANS QUELS CAS SONT-ILS UTILISÉS ?

- Classe pharmaco-thérapeutique ou le type d'activité  
 ACIDE ASCORBIQUE (VITAMINE C), NON ASSOCIEE - code ATC : A11GA01.

### Indications thérapeutiques

Ce médicament contient de la vitamine C. Il est indiqué dans les états de fatigue passagers de l'adulte et de l'enfant de plus de 15 ans. Vous deviez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 1 mois de traitement.

## 2 - QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE VITA C 1000® COMPRIMÉS EFFERVESCENTS ET VITA C 1000® SANS SUCRE COMPRIMÉS EFFERVESCENTS ?

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre VITA C 1000® comprimés effervescents.

### - Ne prenez jamais VITA C 1000® comprimés effervescents ou VITA C 1000® SANS SUCRE comprimés effervescents [Contre-indications]

- si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament
- si vous êtes atteint de phénylcétoneurie (maladie héréditaire dépeinte à la naissance), en raison de la présence d'aspartam (VITA C 1000® SANS SUCRE comprimés effervescents)
- si vous présentez une insuffisance rénale sévère (défaillance grave des fonctions du rein)
- si vous présentez ou avez présenté des calculs rénaux
- si vous avez des calculs d'oxalate de calcium (hyperoxalurie)
- si vous avez moins de 15 ans

### - Faites attention avec VITA C 1000® comprimés effervescents ou VITA C 1000® SANS SUCRE comprimés effervescents [Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi]

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre VITA C 1000® comprimés effervescents ou VITA C 1000® SANS SUCRE comprimés effervescents.

### \* VITA C 1000® SANS SUCRE comprimés effervescents et VITA C 1000® comprimés effervescents

- Si votre fatigue, accroît ou persiste après 1 mois de traitement ou si elle s'accompagne de manifestations inhabituelles, prenez l'avise de votre médecin ou de votre pharmacien.
- En raison d'un effet légèrement stimulant, il est souhaitable de ne pas prendre la vitamine C en fin de journée.

- Prendre en compte les apports en vitamines et minéraux issus d'autres sources, comme les médicaments, les aliments enrichis et les compléments alimentaires (risque de surdosage).

- La vitamine C augmente l'absorption du fer par votre organisme. En cas d'hémochromatose (maladie héréditaire se caractérisant par une surcharge en fer), adressez-vous à votre médecin car l'utilisation de ce médicament doit faire l'objet de précautions strictes.

- La vitamine C doit être utilisée avec prudence en cas de déficit en glucose 6-phosphatase déshydrogénase (maladie héréditaire des globules rouges), car des doses élevées en vitamine C (supérieure à 1 gramme par jour) favorisent le risque d'apparition d'une anémie hémolytique (destruction des globules rouges).

- La vitamine C peut fausser les résultats de certaines analyses biologiques, notamment de tests de contrôle du glucose sanguin et urinaire, avertissez votre médecin si des tests sont prévus.

### \* VITA C 1000® comprimés effervescents

- Ce médicament contient 307 mg de sodium par comprimé effervescent. A prendre en compte chez les patients contrôlant leur apport alimentaire en sodium.

- En raison de la présence de saccharose, ce médicament ne peut être administré chez les patients présentant une Intolérance au fructose, un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou un déficit en sucrase/isomaltase (maladies héréditaires rares).

- Ce médicament contient 441,5 mg de saccharose par comprimé effervescent donc il faut tenir compte dans la ration journalière en cas de régime pauvre en sucre ou de diabète.

- Ce médicament contient un agent colorant azoïque (Jaune orangé S E110) et peut provoquer des réactions allergiques.

### \* VITA C 1000® SANS SUCRE comprimés effervescents

- Ce médicament contient 377,3 mg de sodium par comprimé effervescent. A prendre en compte chez les patients contrôlant leur apport alimentaire en sodium.

- Ce médicament contient 2,24 mg d'aspartam par comprimé effervescent. L'aspartam contient une source de phénylalanine. Peut être dangereux pour les personnes atteintes de phénylcétoneurie (PCU), une maladie génétique rare caractérisée par l'accumulation de phénylalanine ne pouvant être éliminée correctement.

- Ce médicament contient un agent colorant azoïque (Jaune orangé S E110) et peut provoquer des réactions allergiques.

### - Enfants « et adolescents »

Sans objet.

### - Prises d'autres médicaments (Interactions avec d'autres médicaments)

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourrez prendre tout autre médicament.

- Ce médicament contient de la vitamine C. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées.

### - Aliments et boissons (Interactions avec les aliments et les boissons)

Prendre en compte les apports en vitamines et minéraux issus des aliments enrichis et des compléments alimentaires.

### - Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement - Fertilité

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

### Grossesse

Par mesure de précaution, il est préférable d'éviter l'utilisation de la vitamine C, pendant la grossesse.

### Allaitement

La vitamine C passe dans le lait maternel. Il n'existe pas de données suffisantes sur les effets de la vitamine C chez les nouveau-nés/nourrissons. Par conséquent, il est préférable d'éviter l'utilisation de la vitamine C, pendant l'allaitement.

## Fertilité

Il n'existe pas de données suffisantes sur l'effet de la vitamine C sur la fertilité humaine.

## Effets sur l'aptitude à la conduite

VITA C 1000® comprimés effervescents n'a aucun effet sur l'aptitude à la conduite d'un véhicule ou à utiliser des machines.

## - Effets à l'égard des autres médicaments

VITA C 1000® comprimés effervescents contiennent 307 mg de sodium et 441,5 mg de saccharose. Colorant azoïque jaune orangé S.

## VITA C 1000® SANS SUCRE

Sodium : 377,3 mg par comprimé. Saccharose : 441,5 mg par comprimé. Colorant azoïque jaune orangé S.

## 3 - COMMENT PRENDRE VITA C 1000® SANS SUCRE

- Posologie, mode et administration et durée de traitement  
 Veillez à toujours prendre ce médicament dans les conditions recommandées de cette notice ou les indications de votre médecin ou pharmacien.

### Posologie

**RESERVER À L'ADULTE ET À L'ENFANT**  
 La dose recommandée est de 1 comprimé.

**Mode et méthode d'administration**  
 Voile orale.  
 Le comprimé effervescent doit être dissous dans l'eau.

### Durée de traitement

La durée de traitement est limitée.

### « La barre de cassure n'est pas de la cassure ! »

- Si vous avez pris plus de VITA C 1000® SANS SUCRE comprimés effervescents, ne prenez pas d'autre médicament. Les symptômes généraux d'un surdosage sont la diarrhée, la douleur abdominale et les troubles digestifs tels que vomissements.

La consommation chronique de doses supérieures à celles recommandées peut aggraver une surcharge en sodium chez les patients atteints d'hémochromatose. A doses supérieures à 1 g/jour en vitamine C, les symptômes généraux d'un surdosage sont la diarrhée, la douleur abdominale et les troubles digestifs tels que vomissements. Ces symptômes apparaissent, consommation chronique de doses supérieures à celles recommandées.

- Si vous oubliez de prendre VITA C 1000® SANS SUCRE comprimés effervescents, ne prenez pas d'autre médicament. Ne prenez pas de dose double pour compenser une prise oubliée de prendre.

- Si vous arrêtez de prendre VITA C 1000® SANS SUCRE comprimés effervescents, ne prenez pas d'autre médicament. Si vous avez oublié de prendre VITA C 1000® SANS SUCRE comprimés effervescents, ne prenez pas d'autre médicament.

- Si vous avez oublié de prendre VITA C 1000® SANS SUCRE comprimés effervescents, ne prenez pas d'autre médicament.

- Si vous avez oublié de prendre VITA C 1000® SANS SUCRE comprimés effervescents, ne prenez pas d'autre médicament.

- Si vous avez oublié de prendre VITA C 1000® SANS SUCRE comprimés effervescents, ne prenez pas d'autre médicament.

Comme tous les médicaments, certains peuvent entraîner des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas toujours.

## 4 - QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ?

Les effets indésirables peuvent varier d'un patient à l'autre. Ils peuvent être légers ou graves, mais peuvent également être bénins. Si vous avez des effets indésirables, contactez votre médecin ou pharmacien.

28/07/26

BILLET D'EXAMEN  
DE RADIOLOGIE

Nom du service médical  
demandeur code

مصحة  
POLYCLINIQUE  
درب غلاف  
DERB GHALLEF

NOM DU MALADE

LATINA AUSAR CHITA

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements clinique

Douleur thoracal  
diffuse + Vertebral  
+ fièvre



Examen demandé

Réthorophtie  
Médiastin

Le médecin traitant

Z =

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

Dr. Bensghir Imad  
Omnieraticien  
INPE:091263491

Biffer les mentions intuiles

Total clichés =

Total posés =

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef

Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux

20100 CASABLANCA

Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020

INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 1402254 N° SEJOUR : 230073529

**FACTURE N° 2305021219**

DATE D'ENTREE : 29/07/2023 DATE DE SORTIE : 29/07/2023

ASSURE :

MALADE : LAMNAOUAR,Ghita

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1:

REF. PC 2 :

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

LAMNAOUAR,Ghita

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
AUTRES ACTES COTES EN K										
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE	K	5.00	22.50	112.50					0.00	112.50
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX										
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	2.00	7.50	15.00					0.00	15.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				38.29					0.00	38.29
FOURNITURES MEDICALES				14.05					0.00	14.05

Intervenant : M0100016 DR BENSGHIR IMAD	TOTAUX :	179.84							179.84
---	----------	--------	--	--	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT SOIXANTE DIX-NEUF DHS ET QUATRE-VINGT QUATRE CENTIMES

PLAFOND PC :				ACOMPTE:	
--------------	--	--	--	----------	--

REMISE :	0.00	REGLE:	179.84	AVOIR :	
----------	------	--------	--------	---------	--

RESTE DU:	0.00				
-----------	------	--	--	--	--

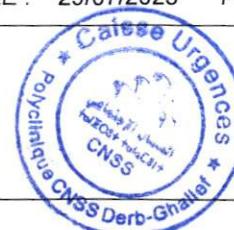
DATE FACTURE : 29/07/2023 EDITEE LE : 29/07/2023 PAR: SAAD

ACCIDENT DE TRAVAIL :

VISA

N° DE POLICE :

DATE AT :



Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef

BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA

N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31



N° IPP : 1402245	N° SEJOUR : 230073518	<b>FACTURE N° 2305021211</b>				DATE D'ENTREE : 28/07/2023		DATE DE SORTIE : 28/07/2023				
ASSURE :												
MALADE : LAMNAOUAR,Ghita		UF: 5002 URGENCES				DESTINATAIRE : LAMNAOUAR,Ghita						
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :										
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :										
TIERS PAYANT 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :										
REF. PC 1 : REF. PC 2 :		NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
							% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
<b>CONSULTATION DE MEDECIN.</b> CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F		CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00	

Intervenant : M0100016 DR BENSGHIR IMAD			TOTAUX :	120.00						120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
CENT VINGT DHS			REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
			RESTE DU:	120.00						
DATE FACTURE : 28/07/2023 EDITEE LE : 28/07/2023 PAR: SAAD			ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA			N° DE POLICE : DATE AT :							
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef							
			BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA							
			N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31							



POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef  
 Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux  
 20100 CASABLANCA  
 Tél: 0522-863021/27 Fax: 0522-864205 RDV: 0522-863020  
 INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	1402245	N° SEJOUR :	230073517	<b>FACTURE N° 2303028275</b>				DATE D'ENTREE :	28/07/2023	DATE DE SORTIE :	28/07/2023
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE : LAMNAOUAR, Ghita				UF: 5003 RADIOLOGIE				LAMNAOUAR, Ghita			
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S. :							
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE		
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE ECHOGRAPHIE ABDOMINALE - PELVIENNE	ECHOAP	1.00	400.00	400.00					0.00	400.00	

Intervenant : 01072019 DR HASSEN SAMAH RADIOLOGUE				TOTAUX :	400.00						400.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
QUATRE CENTS DHS				REMISE :	0.00	REGLE :	400.00			AVOIR:	
				RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 28/07/2023 EDITEE LE : 28/07/2023 PAR: SAAD				<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>							
VISA				N° DE POLICE :				DATE AT :			
				Règlement à effectuer à l'ordre de :				POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef			
				BANQUE :				BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
				N° compte bancaire :				011 780 0000 70 210 00 60 028 31			

