

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.

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



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

Déclaration de Maladie
M23-008845

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000 92 07 Société : 17 2236
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Arche Chama
 Date de naissance : 07/06/1959
 Adresse : Hay Hamani Mazaga, rue 7 n°meuble 48
 Casablanca
 Tél. : 0677 62 26 55 Total des frais engagés : # 9501,7X Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 16 AOUT 2023
 Nom et prénom du malade : ARCHE CHAMA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA - Diabète
 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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
16 NOV 2022	C			IPNE : 091069666

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE POLYCLINIQUE Dr. T. Abdelaziz 58, rue My Thang, Hay Hassan Tél: 5577 ou 2144 - Cas	19.8.23	701.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

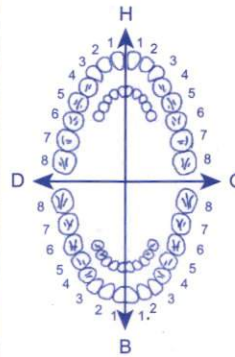
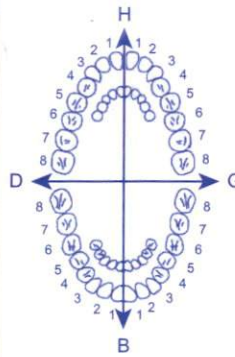
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saïd GZOUJI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف

خبير لدى المحاكم

Casablanca, le : 16 AOÛT 2023 : في الدار البيضاء،

- 1 - Cornuyl 5 x 3
92.00 x 14/16
- 2 - Locatop, 1 uelle
30.00 x 14/16
- 3 - KZik
2.00 x 14/16
- 4 - Clauk x 3
32.00 x 14/16
- 5 - Kalert 20
42.00 x 14/16
30.00
- 701.70

PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr. TIR Abdelaziz
58, Route Mly Thami Hay Hassani
Tél: 0522.90.21.87 - Cas

الدكتور سعيد الغزولي
طبيب محلف لدى المحاكم
(قرب مصحة الضمان الإجتماعي - مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء)
60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca
الهاتف: 05 22 90 70 88 - E-mail: drgzsa@gmail.com - INPE: 091069666 - IF: 51469500

60, طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الإجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 05 22.90.70.88 : الهاتف - E-mail : drgzsa@gmail.com - INPE : 091069666 - IF : 51469500

Clartec®

Loratadine

Formes et présentations :

- Comprimés : - Boîte de 30
- Boîte de 15
- Boîte de 10
- Sirops : - Boîte de 1 Flacon de 60 ml
- Boîte de 1 Flacon de 120 ml

Composition :

Comprimé :
Loratadine (DCI) 10 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé

Sirop :
Loratadine (DCI) 0,1 g
Excipients q.s.p 100 ml

Propriétés :

- Loratadine est un Antihistaminique sélectif d'action rapide et prolongée, compatible avec la voie orale, dénué d'effets secondaires aux doses thérapeutiques.

Indications :

- Traitement symptomatique de la rhinite (allergique, vasomotrice, chronique, etc.), de la rhinite apériodique, de l'urticaire (urticaire, ...).
- Traitement symptomatique des **urticaires** aiguës de l'enfant.

Contre-Indications :

L'hypersensibilité à ce médicament
Enfants de moins de 2 ans

Effets indésirables :

Bouche sèche, fatigue, somnolence et

Mise en garde et précautions :

- La loratadine franchissant la barrière placentaire, il est recommandé d'éviter de l'utiliser pendant la grossesse et l'allaitement.
- L'innocuité et l'efficacité de la Loratadine n'ont pas été étudiées chez les enfants de moins de 2 ans.

Posologie et Mode d'emploi :

Enfants de 2 à 12 ans :
Poids corporel > 30 kg : 10 mg de Clartec®
(de sirop)
Poids corporel ≤ 30 kg : 5 mg de Clartec®
(de sirop)

Adultes et enfants au dessus de 12 ans : 1 comprimé par jour, de préférence le matin au petit déjeuner.

Vu l'absence de données suffisantes, la prudence est requise chez les patients atteints d'insuffisance hépatique très sévère.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Conserver à l'abri de l'humidité

Liste II

LOT : 6372

UT. AV : 03-25

P.P.V : 22 DH 00

LOT : 9211

PER : 05-25

P.P.V : 22 DH 00

LOT : 3159

PER : 03 - 26

P.P.V : 32 DH 00

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 réaction indésirable survenue lors de traitements par les antibiotiques.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association avec d'autres médicaments 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 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 Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

LOCATOP® 0,1 %

Désonide 0,1%
Crème Usage local

LOT : 23E011
PER.: 03 2026

LOCATOP 0,1%
CREME T30G

P.P.V : 30DH00



■ IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Dénomination : LOCATOP® 0,1 %, crème

Composition qualitative / composition quantitative :

Désonide 0,1000 g

Vaseline, paraffine liquide, alcool cétylstéarylique et
éther cétoatéarylique de macrogol 1000

(EMULGADE 1000 NI), gallate de propyle, édétate
de sodium, acide sorbique, eau purifiée.

Pour 100 g.

Forme pharmaceutique : Crème, tube de 30 g.

Classe pharmaco-thérapeutique :

GLUCOCORTICOIDE TOPIQUE (D: Dermatologie)

■ DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT :

Ce médicament est préconisé dans certaines
maladies de peau comme l'eczéma de contact, la
dermatite atopique, le psoriasis, mais votre médecin
peut le prescrire dans d'autres cas.

■ ATTENTION !

Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament :

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas

كوفرسيل® 5 ملغ

بيراندوبريل أرجينين ، حبات ملبسة قابلة للسكر

اقرأ بدقة هذه النشرة قبل أن تأخذ هذا الدواء. لأنها تحتوي على معلومات هامة لك.

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاجها لتستند إليها من جديد.
- إذا كانت لديك أسئلة أخرى اسأل الطبيب أو الصيدلاني أو الممرض(ة).
- لقد وُصف هذا الدواء لك شخصياً. فلا يجوز إطلاقاً إعطاؤه لشخص آخر، حتى وإن كانت الأعراض متشابهة، فقد تلحق به الضرر.
- إذا شعرت بأي آثار جانبية تكلم مع الطبيب أو الصيدلاني أو الممرض(ة).
- هذا ينطبق أيضاً على جميع الآثار الجانبية التي قد تحدث لك في هذه النشرة (أنظر إلى مقطع 4 - ملاحظات مهمة).

كوفرسيل 5 ملغ، حبات ملبسة قابلة للسكر مع الطعام والشراب
تُستحسن أخذ كوفرسيل 5 ملغ، حبات ملبسة قابلة للسكر قبل وجبة الطعام.

العمل والراحة
إذا كنت حاملاً أو مرضعاً، أو تعتقدن أنك حامل أو تخططين للإنجاب، عليك باستشارة الطبيب أو الصيدلاني قبل تعاطي هذا الدواء.

الحمل
من المهم أن تعلمي طبيبكِ إن كنت تظنين أنك حامل (أو إن كنت تتوقّعين الحمل)، فقد يطلب منك طبيبك التوقف عن أخذ كوفرسيل 5 ملغ حبات ملبسة قابلة للسكر قبل وقوع الحمل أو بمجرد ظهوره، كما سيصف لك دواءً آخر بدلاً من كوفرسيل 5 ملغ حبات ملبسة قابلة للسكر.

لا ينصح بأخذ كوفرسيل 5 ملغ حبات ملبسة قابلة للسكر في بداية الحمل، كما يُحظر أخذه قطعياً بعد الشهر الثالث من الحمل، حيث أنه يُشكل خطراً على الجنين.

الرضاعة
أعلمي طبيبكِ إن كنت ترضعين أو علي وشك الإرضاع.
لا يجوز استعمال كوفرسيل 5 ملغ حبات ملبسة قابلة للسكر لدى المرأة المرضع، فإن كنت مصرة على الإرضاع، فسوف يمتار لك طبيبك علاجاً آخر، وخاصة إن كان طفلك حديث الولادة أو إن كانت ولادته مبكرة.

قيادة السيارات واستعمال الآليات
إن كوفرسيل 5 ملغ، حبات ملبسة قابلة للسكر لا يؤثر على اليقظة، لكن قد يظهر إحساس بالدوار أو بالتعب لدى بعض المرضى نتيجة انخفاض الضغط الشرياني. لذا فقد تقل القدرة على قيادة السيارات أو العمل على الآلات.

يحتوي كوفرسيل 5 ملغ، حبات ملبسة قابلة للسكر على سكر الحليب (اللاكتوز)
في حالة أعمالك طبيبك بأن جسمك لا يتقبل بعض أنواع السكر، عليك بمراجعتك قبل أخذ هذا الدواء.

يحتوي كوفرسيل 5 ملغ، حبات ملبسة قابلة للسكر على الصوديوم
يحتوي كوفرسيل 5 ملغ حبات ملبسة قابلة للسكر على أقل من 1 ممول (23 ملغ) من الصوديوم في كل حبة، ولذا يمكن اعتباره خالٍ من الصوديوم.

3. كيف يؤخذ كوفرسيل 5 ملغ، حبات ملبسة قابلة للسكر؟
عليك دائماً الالتزام بتناول هذا الدواء بالطريقة التي وصفها لك طبيبك، فإن لم تكن متأكدًا، عليك باستشارة طبيبك.
تتبع الجرعة مع كأس من الماء، وتُستحسن أخذه يومياً في نفس الموعداء في الصباح قبل وجبة الإفطار.

إن طبيبك هو الذي يقرّر مقدار الجرعة المناسبة لوضعك.
يراجع مقدار الجرعة للموصى بها كالآتي:

ارتفاع الضغط الشرياني: إن الجرعة الإعتيادية في بداية العلاج وجرعة الوفاية عبارة عن 5 ملغ في اليوم. إن تطلب الأمر، يمكن رفع هذه الجرعة، بعد شهر من العلاج، إلى 10 ملغ في اليوم وهي الجرعة القصوى للمشار إليها لعلاج ارتفاع الضغط الشرياني.

إن بلغت أو تجاوزت 65 سنة من العمر، تكون الجرعة الإعتيادية في بداية العلاج عبارة عن 2.5 ملغ في اليوم، يمكن رفعها، بعد شهر من العلاج، إلى 5 ملغ، ثم إلى 10 ملغ في اليوم إن تطلب الأمر.

القصور القلبي: الجرعة الإعتيادية في بداية العلاج عبارة عن 2.5 ملغ في اليوم. إن تطلب الأمر، يمكن رفعها، بعد أسبوعين من العلاج، إلى 5 ملغ في اليوم وهي الجرعة القصوى للموصى بها لعلاج القصور القلبي.

مرض الشريان التاجي: للثلاث الجرعة الإعتيادية في بداية العلاج عبارة عن 5 ملغ في اليوم. يمكن رفعها، بعد أسبوعين من العلاج، إلى 10 ملغ في اليوم وهي الجرعة القصوى للمشار إليها في هذه الحالة.

إن بلغت أو تجاوزت 65 سنة من العمر، تكون الجرعة الإعتيادية في بداية العلاج عبارة عن 2.5 ملغ في اليوم، يمكن رفعها، بعد أسبوعين من العلاج، إلى 5 ملغ، ثم إلى 10 ملغ في اليوم الأسبوع التالي.

الأطفال والمراهقين
لا ينصح باستعمال بيراندوبريل للدوربين للأطفال والمراهقين.

في حالة أذنت كوفرسيل 5 ملغ، حبات ملبسة قابلة للسكر أكثر من اللازم
استشر طبيبك أو الصيدلاني أو أذهب فوراً إلى المستشفى الأقرب لك. أكثر ما يمكن أن يحدث في حالة الإفراط بالجرعة، هو انخفاض الضغط الشرياني، وقد يكون هذا مصحوباً بالدوار أو الإغماء. في هذه الحالة عليك بالتبذّر مع رفع الساقين للأعلى.

في حالة نسيت أخذ كوفرسيل 5 ملغ، حبات ملبسة قابلة للسكر
من المهم جداً أخذ الدواء يومياً وفقاً لفعالية العلاج تكمن في انتظامه، في حالة نسيت أخذ كوفرسيل 5 ملغ، حبات ملبسة قابلة للسكر، خذ الدواء كالعادة في اليوم التالي.

لا يجوز على الإطلاق مضاعفة الجرعة تعويضاً عن السهو.

في حالة التوقف عن أخذ كوفرسيل 5 ملغ، حبات ملبسة قابلة للسكر
يشكل عامك إن العلاج بواسطة كوفرسيل 5 ملغ حبات ملبسة قابلة للسكر، علاج طويل الأمد ينبغي عليك أن تستشير الطبيب قبل التوقف عن أخذه.

إن تسألتي بخصوص استعمال هذا الدواء، عليك باستشارة طبيبك أو الصيدلاني.

4. ما هي الآثار الجانبية المحتملة؟
كما في الحالة مع كافة الأدوية، قد تنتج عن هذا الدواء آثار جانبية.

الآثار الجانبية المحتملة هي:

• يستعمل؟
• حبات ملبسة قابلة للسكر؟

• في أية حالة يستعمل؟
• سيرة تحويل الأجيوتستين (IEC) بدون توليفات.

• كود 099A04: ATC
• كوفرسيل 5 ملغ حبات ملبسة قابلة للسكر، هو عبارة عن مثبط لخميرة تحويل (IEC). وهو يعمل على توسيع الأوعية الدموية مسهلاً بهذا عمل القلب في ضخ الدم عبرها.

• يستعمل كوفرسيل 5 ملغ، حبات ملبسة قابلة للسكر:
• في علاج ارتفاع الضغط الشرياني.

• في حالة القصور القلبي (أي في حالة عدم تمكن القلب من ضخ الكمية الكافية من الدم التي يحتاجها الجسم).

• يابن مرض الشريان التاجي
• من قبل بسكتة قلبية، وأو
• إن التي قد القلب بالدم.
• حبات ملبسة قابلة للسكر؟

• الأفرى التي يحتوي عليها
• ف مشتقات خميرة تحويل

• في اللسان، أو في الحنجرة،
• الأجيوتستين (IEC)، أو إن
• (أي ظهور دمة وعائية).
• رسول 5 ملغ، حبات ملبسة

• إذا كنت مصاباً بداء السكري أو بالقلل الكولي وتتشلى علاجاً خافضاً لضغط الدم يحتوي على الأيسكرين (Taliskren).

• إن كنت خاضعاً لتصفية الدم أو لديك طريقة أخرى لتصفية الدم، يمكن أن لا يتلائم كوفرسيل مع الالآت المستعملة.

• إن كنت تشكو من قصور كولي مع انخفاض تدفق الدم إلى الكلي (تضيق الشريان الكولي أي الشريان الكلوي).

• إذا كنت تشكو من انخفاض ضغط الدم، يمكن أن لا يتلائم كوفرسيل مع الالآت المستعملة.

• إن كنت تشكو من قصور كولي مع انخفاض تدفق الدم إلى الكلي (تضيق الشريان الكلوي أي الشريان الكلوي).

• إذا كنت تشكو من انخفاض ضغط الدم، يمكن أن لا يتلائم كوفرسيل مع الالآت المستعملة.

• إن كنت تشكو من قصور كولي مع انخفاض تدفق الدم إلى الكلي (تضيق الشريان الكلوي أي الشريان الكلوي).

• إذا كنت تشكو من انخفاض ضغط الدم، يمكن أن لا يتلائم كوفرسيل مع الالآت المستعملة.

• إن كنت تشكو من قصور كولي مع انخفاض تدفق الدم إلى الكلي (تضيق الشريان الكلوي أي الشريان الكلوي).

• إذا كنت تشكو من انخفاض ضغط الدم، يمكن أن لا يتلائم كوفرسيل مع الالآت المستعملة.

• إن كنت تشكو من قصور كولي مع انخفاض تدفق الدم إلى الكلي (تضيق الشريان الكلوي أي الشريان الكلوي).

• إذا كنت تشكو من انخفاض ضغط الدم، يمكن أن لا يتلائم كوفرسيل مع الالآت المستعملة.

• إن كنت تشكو من قصور كولي مع انخفاض تدفق الدم إلى الكلي (تضيق الشريان الكلوي أي الشريان الكلوي).

☒ valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

HACHE CHATA

Présente

HTA - Allergie

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

*الشيخوخة
الذكورة
طبيب
60، لريق مولاي التمام
(قرب مستشفى في الحي الحسني)
مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء
2 90 97 66 - 077 90 71 55*