

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

Adresses Mails utiles

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

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

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



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

Déclaration de Maladie

M23- N° 0044107

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6744

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Nom & Prénom : RIFFI Imale

Date de naissance : 01/01/1963

Adresse : 4 Rue Taouane CASA

Tél. : 0661391716

Total des frais engagés : 1999,52 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : DAGUER JANAL Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : CASA BLANCO Le : 15/01/24

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

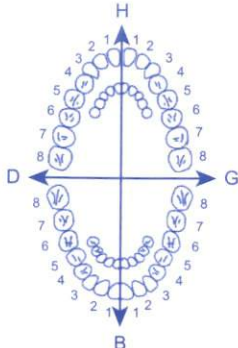
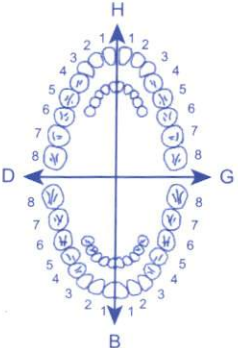
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

المملكة المغربية
Royaume du Maroc



الضمان الاجتماعي
taḥt taḥt taḥt
CNSS
Le devoir de vous protéger

BULLETIN DE SORTIE

0000782617 2 01/01/1959

COUMER

MAVAL MUPRAS

123003221

26/10/2023

N° d'entrée

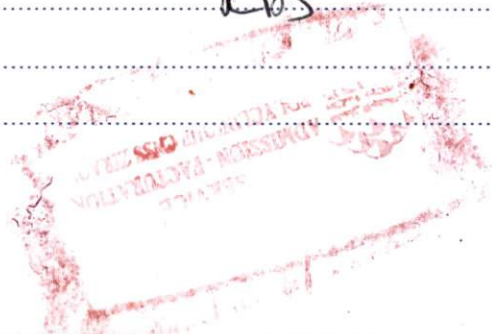
Service

مصحة
POLYCLINIQUE



الزيراوي
ZIRAOUI

Mr Dr. Mouad Jamal Le 28/10/23
Hospitalisé (e) du 21/10/23 au 28/10/23
pour (diagnostic) Infection urinaire
Traitement antibiothérapie
Observation du médecin LD



Le Médecin traitant

Dr. EL MOUZDAH MOUNSIF
Chirurgien Urologue
Tél: 091025262



**BILLET D'EXAMEN
DE RADIOLOGIE**

Nom du service médical
demandeur code

0000782617 2 01/01/1959
DAOUMER
JAMAL MUPRAS
123003221 26/10/2023
CHIRURGIE
SALLE LIT

NOM DU MALADE

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements clinique

Examen demande

troubles mineurs du
bas appareil urinaire
de RAN

→ échographie
vésico-prostatique
et rénale

Le médecin traitant

Dr. EL MOUZAHER MOUNSI
Chirurgien Urologue

Z =

PC =

K =

URGENT

RAPIDE NON URGENT

Biffer les mentions intiles

Total clichés =

Total posés =



مصلحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN

VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

ZIRAOUI

Home icon

Profile icon

Medical services icon

Documents icon

Settings icon

Download icon

Person icon

ACCUEIL > MES PRESTATIONS > ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

N° Immatriculation 106229761	Nom et prénom DAOUMER JAMAL	Date de naissance 25/05/1959	CNI/Passeport/Se B152164
---------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	-----------------------------

Assurance maladie obligatoire

N° dossier	Type de dossier	Date de dépôt	Agence de dépôt	Date des soins	Montant des soins (MAD)	Bénéficiaire
880319242	Demande de prise en charge	15/11/2023	SIEGE	23/11/2023	6500	DAOUMER JAMAL
128712433	Demande de remboursement du prestat	12/12/2023	RABAT YACOUB AL MANSOUR	23/11/2023	6500	DAOUMER JAMAL
91084732	Dossier de remboursement	26/12/2023	ZIRAQUI	28/10/2023	1999,59	DAOUMER JAMAL



- Accueil 🏠
- Ma carrière < 📅
- Ma famille < 👨‍👩‍👧
- Mes cotisations < 💰
- Mes prestations < 📄
- Mes droits < +
- Mes simulations < ✍️
- Mes attestations 📄
- Mes demandes ☰
- Mes téléchargements 📁
- Mes coordonnées < 👤

ACCUEIL > MES PRESTATIONS > ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

N° Immatriculation
106229761

Nom et prénom
DAOUMER JAMAL

Date de naissance
25/05/1959

CNI/Passeport/Séjour
8152164

Assurance maladie obligatoire

DÉTAIL AMO



Numéro de dossier	Montant Remboursé (MAD)	Situation	Date de situation	Motif	Mode de paiement
91084732	945	ACCORDE	05/01/2024		Virement assuré

Fermer

	Bénéficiaire	Détail
500	DAOUMER JAMAL	📄
500	DAOUMER JAMAL	📄
2,59	DAOUMER JAMAL	📄

0000782617 2 01/01/1959

JACQUER
AMAL MUPRAS
123003221
GOURGI
N° 10

26/10/2023

**OTE CONFIDENTIELLE
J MEDECIN TRAITANT**

... nous protéger

1) Date de la constatation de l'état de malade :

2) Renseignements cliniques sommaires :

Netten à aiguë
d'urine → Syndrome rénal

3) Traitement envisagé et actes :

Resection endoscopique

L202 ⇒ K120

2) Durée prévisible du traitement :

03 jours

A CASR LE 22/10/23

Signature

Dr. EL MAJZDAH MOUNIR
Chirurgien Urologue
INP: 091025262



مصحة الضبان
POLYCLINIQUE ADDAMAN

VOTRE SANTÉ. NOTRE PRIORITÉ

ZIRAOU

Compte rendu d'examen

0000782617 2 01/01/1959
DAOUMER
JAMAL MUPRAS
123003221 26/10/2023
CHIRURGIE
SALLE LIT

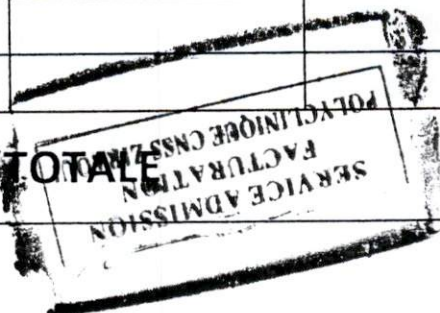
- petit hospitalisé pour infection urinaire compliquée de prostatite aiguë d'urine.
- cap : bilan biologique :
 - fonction rénale normale
 - signes d'infection urinaire
- mettre en antibiothérapie :
Trimoxon 2g/8 pld 48h
- suivi par voie orale.

Dr. EL MOUEDAMMOUSSI
Chirurgien Urologue
N°P: 091025262

POLYCLINIQUE DE LA SECURITE SOCIALE	ESTIMATION D'UN COUT D'UNE HOSPITALISATION	Direction Administration Bureau des admissions
--	---	---

Nom du médecin traitant	Dr EL Hachem Dahir Mousif
Nom du malade	DAOUTER JAMAL
Date de la consultation	26-10-2023
Service d'orientation	
Motif d'hospitalisation	voir le pli confidentiel

Frais de séjour		NOMBRE DE JOURS	P.U	ESTIMATION
Durée prévisible	Séjour normal	28	550	1100,00
	Soins intensifs			
	Réanimation			
Nature des prestations		COTATION	P.U	ESTIMATION
ACTES MEDICAUX				
ACTES CHIRURGICAUX				
ANESTHESIE				
SALLE D'OPERATION				
BIOLOGIE			1,10	550,00
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE		ECHOGR		200,00
PHARMACIE				149,59,00
SANG ET DERIVES				
ESTIMATION TOTALE				1999,59



N.B: Cet estimation n'est fournie qu'à titre indicatif et est susceptible de modifications

DECOMPTE LABORATOIRE

N° de séjour123003221

NomDAOUMER

PrénomJAMAL MUPRAS

CODE	LIBELLE	ACTE	COEF	NBR	PRIX	TOTAL
HEM00005	Numération Formule (Globules rouges	B	80.00	1	1.10	88.00
BAC00001	Cytologie, culture, identification	B	90.00	1	1.10	99.00
HEM00024	Taux de prothrombine	B	40.00	1	1.10	44.00
HEM00017	Groupe ABO et Rhésus	B	60.00	1	1.10	66.00
BIO00012	Créatinine	B	30.00	1	1.10	33.00
ENZ00011	Transaminases O (TGO)	B	50.00	1	1.10	55.00
BIO00019	Glycémie	B	30.00	1	1.10	33.00
BIO00036	Urée	B	30.00	1	1.10	33.00
ENZ00012	Transaminases P (TGP)	B	50.00	1	1.10	55.00
HEM00027	Temps de céphaline kaolin (TCK)	B	40.00	1	1.10	44.00
TOTAL			500.00			550.00

SERVICE ADMISSION
FACTURATION
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUT

DECOMPTE

N° de séjour : 123003221

N° de séance : 202310260326

N° IPP : 0000782617 DAOUMER, Jamal Mupras

Né(e) le : 01/01/1959

UF de présence : 1015 CHIRURGIE
UF demandeur : 1015 CHIRURGIE
Date et heure : 26/10/2023 03:08
Intervenant : POLY POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI

UF	INTERVENANT	CDAM/TARIF	LET.CLE	TARIF	COEFF	COEF.T	MONTANT
5003	DR ELHASNAOUI	ECHOGRAPHIE	ECHOGR	200.00	1.00	1.00	200.00

Total : 200.00

DECOMPTE PHARMACIE FORFAIT

TOTAL

N° de séjour 123003221

Nom DAOUMER
Prénom JAMAL MUPRAS

CODE	LIBELLE	NOMBRE	PRIX	TOTAL
C301	CEFOTAXIME ISIO 1G	2.00	40.30	80.60
G040	GLUCOSE 5% SOL PERF 500 ML	1.00	13.10	13.10
O087	OMIZ 20 MG, GÉLULES	1.00	1.81	1.81
P067	PROFENID 2 ML 1 AMP INJECT IM	2.00	5.62	11.24
P304	P304PARACETAMOL NORMON 10MG/ML Solutio	2.00	15.02	30.04
S222	CHLORURE DE SODIUM 0.9% PRF 500ML	1.00	12.80	12.80
TOTAL				149.59

SERVICE ADMISSION
FACTURATION
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOU

LABO CNSS ZIRAOU

ID = DAOUMER JAMAL

ID2 =

SEQ = 3928

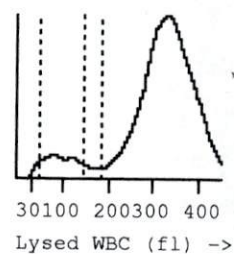
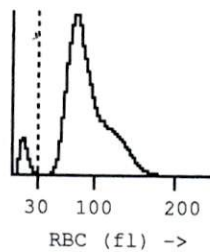
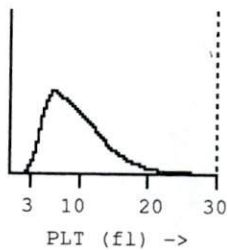
DATE= 26/10/2023

TIME= 08:25:10

BLOOD OT

Normal ranges

WBC = H	14.6	$10^9/l$	3.5	:	10.0
RBC =	4.31	$10^{12}/l$	3.50	:	5.50
HGB =	12.4HL	g/dl	11.5	:	16.5
HCT =	38.6	%	35.0	:	55.0
MCV =	89.6	fl	75.0	:	100.0
MCH =	28.8	pg	25.0	:	35.0
MCHC=	32.1	g/dl	31.0	:	38.0
PLT =	343	$10^9/l$	100	:	400
MPV =	9.8	fl	8.0	:	11.0
GRAN= H	13.1	$10^9/l$	1.2	:	8.0
LYM =	1.2	$10^9/l$	0.5	:	5.0
MID =	0.3	$10^9/l$	0.1	:	1.5
GRA%= H	89.6	%	35.0	:	80.0
MID%=	2.2	%	2.0	:	15.0
LYM%= L	8.2	%	15.0	:	50.0
LYM =	1.2	$10^9/l$	0.5	:	5.0



DR. ABBADI SOUHEIL NAIMAT
DECEMBER 2023
POLYCLONAL



Casablanca, le 26/10/2023

NOM ET PRENOM

DAOUMER JAMAL

SERVICE

CHIR

HEMOSTASE

	Témoin	Patient	%	INR	Valeurs normales
Taux de prothrombine	10s à 14	12,6s	93%	1,05	70à 100%
Temps de céphaline activée	25 à 38s	28s			

DR. ABOUL SOUHEIR NAIMAT
MÉDECIN BIOLOGISTE
POLYCLINIQUE ADDAMAN ZIRAOU



الضمان الاجتماعي

+oIXO%+o + loE%+

CNSS

Le devoir de vous protéger

Service Laboratoire

Nom du patient:

ID patient:

DAOUMER JAMAL

Dte Naiss.:

Âge:

Sexe:

Observations:

Techniques	Type	Résultat	Unité	AVIS	Plages de réf.	Date
Glycémie a jeun	SER	0,90	g/L		0,70 - 1,10	26/10/2023 08:23
UREE	SER	0,20	g/L		0,15 - 0,45	26/10/2023 08:20
CREATININE	SER	9	mg/L		7 - 14	26/10/2023 08:20
AST-GOT	SER	16	U/L		0 - 41	26/10/2023 08:23
ALT-GPT	SER	8	U/L		0 - 41	26/10/2023 08:23



DR. ABDOUL SOLIHEUR NAIMAT

MEDICIN BIOLOGISTE

POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOU



مصحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN



Casablanca, le 27/10/2023

NOM ET PRENOM

DAOUMER JAMAL

SERVICE

CHIR

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Prélèvement Le 26/10/2023

Examen Macroscopique.

Aspect : LEGEREMENT TROUBLE

Couleur : JAUNE

Culot : MOYEN

Examen Direct (Cytologie).

Cellules Epithéliales : RARES

Leucocytes : ASSEZ NOMBREUX

Hématies : ASSEZ NOMBREUX

Cylindres : ABSENCE

Cristaux : ABSENCE

Coloration de Gram : NEGATIF

Numération de Germes : $< 10^5$

Culture sur Milieux Usuels et Spécifiques : NEGATIVE

DR. ABBOL SOUHEIR NAIMAT
MICROBIOLOGISTE
POLYCLINIQUE ADDAMAN ZIRAOU

SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie - Mammographie - Echographie - Doppler Couleur
Echographie Cardiaque - Scanner Multibarettes

COMPTE RENDU

Casablanca, le 26/10/2023

NOM : Mr DAOUMER JAMAL

MEDECIN DEMANDEUR : Dr .

EXAMEN : Echographie rénale et vésicale.

Echographie rénale :

- Reins de taille et de situation normales, de contours réguliers, avec une bonne couverture parenchymateuse et sans dilatation des cavités rénales ni obstacle lithiasique visible.

Echographie vésicale :

- Vessie de lutt multi diverticulaire et à contenu finement échogène évoquant une infection urinaire associée.
- Prostate augmentée de taille et hétérogène son poids est estimé à 76g.
- Cul de sac de Douglas libre.
- Résidu post-mictionnel non mesuré, malade sondé.

Dr K. EL HASNAQUI





25/10/2023

GROUPE SANGUIN ET FACTEUR RHESUS

CARTE DE GROUPE(Receveur)

PREMIERE DETERMINATION

Nom et adresse du Laboratoire

Photo

Médecin prescripteur :

N° et date
d'examen

Détermination ABO

Détermination Rh

Vignette

REF	A/A	POS/POS	
CHIR	DAOUMER JAMAL		

Attention : les résultats figurant ci-dessus ne doivent être considérés comme définitifs qu'après une deuxième détermination effectuée sur un second prélèvement(Circ.Minist.du 15-12-65)

DEUXIEME DETERMINATION

Nom et adresse du Laboratoire

Médecin

N° et date
d'examen

Détermination ABO

Détermination Rh

Vignette

		Nom Prénom	



DR. ANBANDI BOUHER NAIMAT

MÉDECIN GÉNÉRALISTE

POLYCLINIQUE ADDAMAN



مصحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN

VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

ZIRAOU



**BILLET D'EXAMEN
DE RADIOLOGIE**

Nom du service médical
demandeur code

0000782617 2 01/01/1959
DAOUMER
JAMAL MUPRAS
123003221
CHIRURGIE
SALLE LIT

NOM DU MALADE

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements clinique

troubles mineurs du
bas appareil urinaire
de RAV

Examen demande

échographie
vessie - prostate
et canal

Le médecin traitant

DR. EL MOUTAZAHIR MOUNSIF

Chirurgien Urologue

Z =

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

NON-URGENT

Biffer les mentions inutiles

Total clichés =

Total posés =

مصحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN

VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

ZIRAQI

BUE AKNOUI BD. ZIRAQI BOURGOGNE - CASABLANCA

15 1402058 - CNSS : 1793307



BULLETIN DE SORTIE

0000782617 2 01/01/1959
DOUMER
AMAL MUPRAS
122003221
26/10/2023



Le 28/10/23

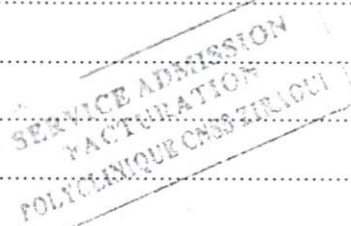
Mr Mounir Zamel

Hospitalisé (e) du 21/10/23 au 28/10/23

pour (diagnostic) Infection urinaire

Traitement antibiotique

Observation du médecin LPS



Le Médecin traitant
Dr. EL MOUZOUZ MOUNSI
Chirurgien Urologue
Tél: 097025262

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU
 Boulevard ZIRAOU 20000 CASABLANCA
 Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91
 INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058




N° IPP : 782617		N° SEJOUR : 123003221		FACTURE N° 2301009706		DATE D'ENTREE : 26/10/2023		DATE DE SORTIE : 28/10/2023		
ASSURE :				N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : DAOUMER, Jamal Mupras 4 RUE TAOUNATE ETG 2 APT 5 CASA CASABLANCA CENTRE DE TRI				
MALADE : DAOUMER, Jamal Mupras										
NOM JEUNE FILLE :										
TIERS PAYANT 1 :										
TIERS PAYANT 2 :										
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
ACTES DE CHIRURGIE ET D'ANESTHESIE HOSPITALISATION EN MEDECINE	SEJMED	2.00	550.00	1100.00					0.00	1100.00
ACTES DE BIOLOGIE ACTES DE BIOLOGIE	BDEP	500.00	1.10	550.00					0.00	550.00
ACTES DE RADIOLOGIE ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				149.59					0.00	149.59

Total à reporter				1999.59		0.00		0.00		1999.59
------------------	--	--	--	---------	--	------	--	------	--	---------

N° IPP : 782617		N° SEJOUR : 123003221		FACTURE N° 2301009706		DATE D'ENTREE: 26/10/2023		DATE DE SORTIE: 28/10/2023	
-----------------	--	-----------------------	--	-----------------------	--	---------------------------	--	----------------------------	--

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT
Report page précédente				1999.59		0.00		0.00		1999.59
TOTAUX :					1999.59					1999.59

Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE NEUF CENT QUATRE-VINGT DIX-NEUF DHS ET CINQUANTE NEUF CENT MES	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :		0.00	REGLE :		1999.59	AVOIR :	
	RESTE DU:		0.00					

DATE FACTURE : 30/10/2023	EDITEE LE : 25/12/2023	PAR: HOUMAD	ACCIDENT DE TRAVAIL :
VISA			N° DE POLICE :
			DATE AT :
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54