

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

- 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



Déclaration de Maladie
N° M21- 0021703

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00610 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Jouhad: Ali
Date de naissance : 01.01.1946
Adresse : Casablanca
Tél. : Total des frais engagés : 223.600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25 / 12 / 2023
Nom et prénom du malade : Oualiji Fatima Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Fracture de la cheville
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Déjà fourni 18/9/24
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 : 24 / 01 / 2024
Signature de l'adhérent(e) :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- | | |
|--|--|
| C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien | SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence |
| CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) | SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme |
| CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre | AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute |
| V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin | AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière |
| VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin | AP = Actes pratiqués par un orthophoniste |
| VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade | AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste |
| VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié | R-Z = Electro - Radiologie |
| PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie | B = Analyses |
| K = Actes de chirurgie et de spécialistes | |

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 à 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 traitement 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 remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- | | |
|--|-----------------------------------|
| - L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL | - L'ORTHOPEDIE |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM | - LA REEDUCATION |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS | - LES ACCOUCHEMENTS |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelonnages dans le temps. | - LES CURES THERMALES |
| | - LA CIRCONCISION |
| | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE |

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir 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 869602

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom :
Matricule : Fonction : Poste :
Adresse :
Tél. : Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *OUALIFI FAUZA* Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : *Fracture de l'humérus gauche*
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A *Casa* le *25.12.23* Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION 869602
Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :



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
25/12/23	G7		250 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PRINTEMPS A. LARAKI Res. Traite: Mansouria GSM: 06 64 86 16 74 Tel: 05 23 33 09 54	25/12/2023	43,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
03/01/2024 120.00 x 15 AMM = 1800 DH INPE: 06.50.54.298		AM PC	Kinésithérapeute Physiothérapeute Bt. Akid Allam 1 étage app. 02 - Casablanca Tél: 05 22 72 92 47 - Gsm: 06 79 77 24 06

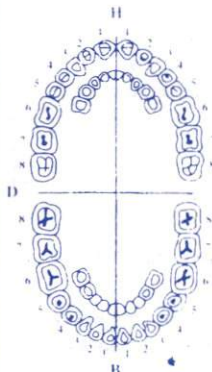
VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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"/>
				MONTANT 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> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	
25533412	21433552								
00000000	00000000								
00000000	00000000								
35533411	11433553								
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	MONTANT 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

Chirurgien Orthopédiste Traumatologue

- Chirurgie des maladies osseuses et Rhumatologiques
- Ostéoporose, PRP
- Chirurgie Prothétique - Arthroscopie
- Spécialiste en chirurgie de la main et du pied
- Diplômé de la Faculté de médecine de Paris-sorbonne
- Ancien Résident de S.O.S main Paris
- Ancien Médecin du CHU Ibn Rochd
- Ancien Interne de l'hôpital Robert Ballanger (Aulnay sous bois)
- Ancien Résident de l'hôpital Paul d'Egine (Champigny sur marne)
- Membre de la société française de Traumatologie Orthopédique



Date : 25/12/2023

اخصائي في جراحة المفاصل و العظام

- امراض المفاصل والعظام
 - هشاشة العظام - العلاج بالليازما
 - الجراحة العنقوصية - الجراحة بالمنظار
 - متخصص في جراحة اليد والقدم من كلية الطب
 الصوريون - باريس
 - طبيب سابق في مستشفيات اليد بباريس
 - طبيب سابق بمستشفى ابن رشد
 - طبيب سابق بمستشفى زروير باطونجي
 - طبيب سابق بمستشفى بول ديجون
 - عضو الجامعة الفرنسية لدراسة المفاصل والعظام

432

FATIMA OUALIJI - né(e) le : - (-)

Ordonnance

IBERMOX 15 MG Boite de 10 (Méloxicam)

1 cp /j si douleurs

Le :.....



PHARMACIE PRINTEMPS
A. LARAKI
Res. Tel. n° 5 Mitoua Mousounia
GSM : 06 64 86 16 74
Tel : 05 23 33 09 54

Dr. Ouzf Mohamed Amine
Chirurgien Traumatologue
Rue 8 - 41 Avenue des
Célestins - Algiers
Tél : 5 22 87 33 57 / 06 61 67 14 41

Résidence Ryad Al Qods, angle Bd al Qods et Bd Haifa, 1^{er} étage n°6 Ain chock, Casablanca

إقامة رياض القدس، تقاطع شارع القدس وحيفاء، الطابق الأول رقم 6، عين الشق، الدار البيضاء

Tel : 05.22.87.33.57 GSM : 0661671441 E-mail : dr.ouzif@gmail.com

IBERMOX® 7,5 mg et 15 mg comprimés Méloxicam

Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'information à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Que contient cette notice :

1. Qu'est ce que **IBERMOX® 7,5 mg et 15 mg** comprimés et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre **IBERMOX® 7,5 mg et 15 mg** comprimés ?
3. Comment prendre **IBERMOX® 7,5 mg et 15 mg** comprimés ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver **IBERMOX® 7,5 mg et 15 mg** comprimés ?
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST CE QUE IBERMOX® 7,5 mg et 15 mg comprimés ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacologique :

Anti-inflammatoire non stéroïdiens (AINS), Code ATC : M01AC06

Indications thérapeutiques :

Ce médicament est un anti-inflammatoire non stéroïdien, indiqué chez l'adulte (plus de 15 ans) dans :

- Le traitement symptomatique au long cours de la polyarthrite rhumatoïde.
- Le traitement symptomatique au long cours de la spondylarthrite ankylosante.
- Le traitement symptomatique de courte durée des poussées aiguës d'arthrose.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE IBERMOX® 7,5 mg et 15 mg comprimés ?

Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament :

Sans objet.

Contre-indications :

Ne prenez jamais IBERMOX® 7,5 mg et 15 mg comprimés dans les cas suivants :

- Allergie (hypersensibilité) au méloxicam ou à l'un des constituants du comprimé (voir la liste des substances actives et des excipients en rubrique 6 "Informations supplémentaires"). Les signes d'une réaction allergique peuvent être une éruption cutanée, une difficulté à avaler ou à respirer, un gonflement des lèvres, du visage, de la gorge ou de la langue.

- Allergie à l'acide acétylsalicylique ou d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) : signes d'asthme (sifflement), de polypes nasaux (obstruction du nez), d'éruption cutanée ou de gonflement à l'administration de ce type de médicament,

- Ulcère de l'estomac ou du duodénum (intestin),

- Troisième trimestre de grossesse,

- Allaitement,

- Maladie grave du foie,

- Maladie grave des reins non dialysée,

- Antécédents d'hémorragie gastro-intestinale (saignements au niveau de l'estomac ou de

l'intestin) ou d'hémorragie vasculaire cérébrale (saignement au niveau du cerveau) ou atteinte d'un trouble hémorragique,

- Maladie grave du cœur,

- Âgé de moins de 15 ans.

Précautions d'emploi et mises en garde spéciales :

Faites attention avec IBERMOX® 7,5 mg et 15 mg comprimés.

AVANT LE TRAITEMENT, PREVENIR VOTRE MÉDECIN en cas :

- D'antécédents de maladies gastro-intestinales telles qu'une inflammation de l'estomac (gastrite), une inflammation de l'œsophage (œsophagite), un ulcère, une rectocolite hémorragique, maladie de Crohn,
- D'hypertension artérielle, de maladie du cœur, du foie ou du rein,
- De rétention de sodium et d'eau. Les signes peuvent être un gonflement des jambes ou des chevilles,

- D'augmentation du taux de potassium dans le sang (hyperkaliémie).
- D'asthme « bronchique ». Les signes peuvent être une respiration sifflante, un essoufflement, une oppression respiratoire et une toux,

- D'intervention chirurgicale récente,

- D'utilisation d'un contraceptif intra utérin (stérilet). L'administration de **IBERMOX® 7,5 mg et 15 mg** pourrait diminuer l'efficacité du stérilet,

- De deuxième trimestre de grossesse. **IBERMOX® 7,5 mg et 15 mg** ne doit pas être utilisé pendant cette période sauf cas d'absolute nécessité. Si nécessaire, le traitement utilisé doit l'être sur la durée la plus courte possible et avec la dose la plus faible possible.

Les médicaments tels que **IBERMOX® 7,5 mg et 15 mg** pourraient augmenter le risque de crise cardiaque (« infarctus du myocarde ») ou d'accident vasculaire cérébral. Le risque est d'autant plus important que les doses utilisées sont élevées et la durée de traitement prolongée.

Ne pas dépasser les doses recommandées ni la durée de traitement.

Si vous avez des problèmes cardiaques, si vous avez eu un accident vasculaire cérébral ou si vous pensez avoir des facteurs de risques pour ce type de pathologie (par exemple en cas de pression artérielle élevée, de diabète, de taux de cholestérol élevé ou si vous fumez), veuillez en parler avec votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament contient un sucre appelé lactose. Si votre médecin vous a diagnostiqué une intolérance à certains sucres, consultez-le avant de prendre ce médicament.

EN CAS DE DOUTE, DEMANDEZ L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER **IBERMOX® 7,5 mg et 15 mg**. Ce médicament existe sous d'autres dosages ou d'autres formes pharmaceutiques qui peuvent être plus adaptés.

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : le méloxicam.

Vous ne devez pas prendre en même temps que ce médicament d'autres médicaments contenant des anti-inflammatoires non stéroïdiens et/ou de l'aspirine.

Lisez attentivement les notices des autres médicaments que vous prenez afin de vous assurer de l'absence d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et/ou de l'aspirine.

Prise ou utilisation d'autres médicaments : Veuillez indiquer à votre médecin ou à votre pharmacien si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, même s'il s'agit d'un médicament obtenu sans ordonnance (y compris les médicaments d'origine végétale

ou les compléments alimentaires).

IBERMOX® 7,5 mg et 15 mg peut en effet affecter la façon dont un médicament agit, de même que certains médicaments peuvent affecter l'action de **IBERMOX® 7,5 mg et 15 mg**. En particulier, signalez à votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez l'un des médicaments suivants :

- D'autres médicaments contre la douleur (antalgiques), en particulier d'autres AINS comme l'ibuprofène ou l'aspirine. Une administration simultanée de ces médicaments peut augmenter le risque d'ulcère ou de saignement de l'estomac,

- Des médicaments utilisés pour fluidifier le sang ou dissoudre les caillots sanguins tels que la warfarine ou l'héparine. Une administration simultanée de ces médicaments peut augmenter le risque de saignement de l'estomac. Si l'utilisation de ces médicaments est nécessaire, votre médecin peut être amené à contrôler votre coagulation sanguine par des tests biologiques.

- Du lithium, utilisé dans le traitement des troubles de l'humeur,

- Des diurétiques ou d'autres médicaments utilisés pour traiter l'hypertension artérielle ou l'insuffisance cardiaque. Ces médicaments comprennent les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) tel que le captopril et les bêta-bloquants tel que l'aténolol.

- De la ciclosporine, utilisée contre le rejet de greffe. Une administration simultanée peut augmenter le risque d'effets indésirables rénaux.

- Du méthotrexate, utilisé dans le traitement de certains cancers et d'autres pathologies comme la polyarthrite rhumatoïde.

- De la cholestyramine, utilisée pour diminuer le taux de cholestérol dans le sang.

- Des corticoïdes utilisés dans le traitement de certaines allergies et pathologies inflammatoires.

En cas de doute, demandez l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant de prendre **IBERMOX® 7,5 mg et 15 mg**.

Examens biologiques

Dans le cas d'une prise simultanée de **IBERMOX® 7,5 mg et 15 mg** et de l'un des produits mentionnés ci-dessus, votre médecin peut être amené à faire pratiquer des examens complémentaires, comprenant des examens sanguins et urinaires. En particulier, votre médecin peut vouloir réaliser ces examens si vous êtes âgé ou si vous avez des troubles rénaux.

Interactions avec les aliments et les boissons :

Sans objet.

Interactions avec les produits de phytothérapie ou thérapies alternatives :

Sans objet.

Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement :

NE PRENEZ PAS CE MÉDICAMENT :

- Au cours du dernier trimestre de grossesse,

- En cas d'allaitement.

Avant de prendre ce médicament, veuillez indiquer à votre médecin :

- Si vous êtes enceinte,

- Si vous envisagez une grossesse. Il peut être plus difficile de tomber enceinte en cas de prise de **IBERMOX® 7,5 mg et 15 mg**. Veuillez indiquer à votre médecin si vous avez des difficultés pour tomber enceinte.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

Sportifs

Sans objet.

Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines :



- Chirurgie des maladies osseuses et Rhumatologiques
- Ostéoporose, PRP
- Chirurgie Prothétique - Arthroscopie
- Spécialiste en chirurgie de la main et du pied
- Diplômé de la Faculté de médecine de Paris-sorbonne
- Ancien Résident de S.O.S main Paris
- Ancien Médecin du CHU Ibn Rochd
- Ancien Interne de l'hôpital Robert Ballanger (Aulnay sous bois)
- Ancien Résident de l'hôpital Paul d'Egine (Champigny sur marne)
- Membre de la société française de Traumatologie



Date : 25/12/2023

- امراض المفاصل و العظام
- هشاشة العظام - العلاج بالبلازما
- الجراحة الترميمية - الجراحة بالمنظار
- متخصص في جراحة اليد والقدم من كلية الطب
- الصوروبون - باريس
- طبيب سابق في مستشفيات اليد بباريس
- طبيب سابق بمستشفى ابن رشد
- طبيب سابق بمستشفى روبرت بالونجي
- طبيب سابق بمستشفى بول ديجين
- عضو بالجامعة الفرنسية لجراحة المفاصل و العظام

FATIMA OUALIJI - né(e) le : - ()
Ordonnance

Lettre de Kiné

Le :

présente :

fracture du 5ème métatarsien du pied gauche

faire 15 séances de kiné a raison de 3 par semaine

Dr. OUZIF Mohamed Amine
Chirurgien Orthopédiste Traumatologue
Rég. Méd. Maroc - 1441
Bd Haifa 1er Etage - Angle Bd al Qods
Tél : 05.22.87.33.57 GSM : 0661671441

Hind EL KOULFI

Kinésithérapeute D.H.E.K
Rééducation fonctionnelle
Motrice et Respiratoire
Physiothérapie



هند الكلفي

دبلوم المدرسة العليا للترويض الطبي
أخصائية في الطب الجسماني
و العلاج الفيزيائي
حاصلة على دبلوم تخصص
ترويض تنفسي للأطفال و الكبار
دبلوم في الحجامة الطبية

Devis

Sur Rendez-vous

Casablanca, le 03/10/2024

Mme. Hind EL KOULFI
Kinésithérapeute D.H.E.K
43, Bd Akid Allam 1 étage app. 02 - Casablanca
Tél : 05 22 72 92 47 - Gsm : 06 79 77 24 06

Je soussignée **Mme Hind EL KOULFI**, Certifie que
Mr. Ouafiq Fatima nécessite **15** séances de
rééducation **du pied gauche** sur indication du
Docteur

et ceci à raison de **120.00** dirhams la séance

Total : **120.00 x 15 AMM = 1800 DH**

Soit : **120.00 x 15 AMM = 1800 DH**

Mme. Hind EL KOULFI
Kinésithérapeute D.H.E.K
43, Bd Akid Allam 1 étage app. 02 - Casablanca
Tél : 05 22 72 92 47 - Gsm : 06 79 77 24 06

43, شارع عقيد العلام قرب (banque populaire) الطابق الأول شقة رقم 02 بورنازيل البيضاء
43, Bd Akid Allam 1 étage app 02 Casablanca - Tél.: 06 79 77 24 06 / 05 22 72 92 47

E-mail : hindelkoufi@hotmail.fr - N° de Patente : 32796220 - 40227390

N° CNSS : 8633548 - ICE : 0004 86219 000070