

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'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-0018394

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9697 Société : 196191
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHAKOUR BUCHHA
Date de naissance : 20.10.65
Adresse : Jubaïrville
Tél. : 06.62.26.55.49 Total des frais engagés : 5406,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : Zineb Aziz 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 : 22 FEB 2024
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

MR ZIOUTI AZIZ

N°8 BD AIN TAOUJATE ETG 1

Royaume du Maroc



Accusé de Réception



090287129

CASABLANCA BOURGOGNE

CASABLANCA BOURGOGNE

20053

N° de Dossier :

84189115

Date et heure : 16/11/2023 11:32

Nom et prénom Assuré :

ZIOUTI AZIZ

Immatriculation :

93808931 / 090287129

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: ZIOUTI AZIZ

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90129

Valeur en Dirhams :

5.406,10

Nombre de pièces : 10

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE244

Nom Etablissement :



En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)



ZIOUTI AZIZ

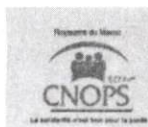
Droit Ouvert

04/03/1962 - B439477

📍 N°8 BD AIN TAOUJATE ETG 1 CASABLANCA BOURGOGNE (20053)

🏠 PAIERIE PRINCIPALE DE REMUNERATIONS

☎ 007 780 000 391 100 030 323 757



En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT **1**

📌 Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 1	-	08/01/2024	Virement	-	5 406,10	2 564,00	351,00	2 915,00
84189115	16/11/2023	Payé en : 53 jours		ZIOUTI AZIZ	5 406,10	2 564,00	351,00	2 915,00

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : ➤ Télécharger

☆☆☆☆☆



Instructions à suivre

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.);

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la Tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues est passible des sanctions légales et réglementaires. (Article 135 de la Loi 65-00);

Pour plus d'informations, visitez le site www.cnops.org.ma ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al Khalil, S.P 209- Rabat.

يجب تعبئة ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...).

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاضدية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل).

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفية الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية التي تنتمون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وإلراجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالمطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين إسمهم و رقم بطاقة تعريفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة الخليل ص.ب 209 الرباط.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري):

ملاحظات خاصة بالمؤمن له (ة)

الاسم العائلي والشخصي: **ELOUTI AZIZ**
N° Affiliation: **300931**
N° Immatriculation: **931 8108931**
N° CIN: **13439172**
رقم الانخراط:
رقم التسجيل:
رقم بطاقة التعريف الوطنية:

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ة):
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e): Conjoint ☐ زوج ☐ ابن ☐ بنت ☐

العنوان: **8, Bd Ain Taoujlate Ekoua 1**
Boulevard Hassan II Casablanca

إجمالي المصاريف (بالدرهم): **5406,10**
عدد الوثائق المرفقة: **10**
Montant des frais (Dhs):
Nombre de pièces jointes:

تصريح الطبيب المعالج Déclaration du médecin traitant

الاسم العائلي والشخصي: **ELOUTI AZIZ**
Date de naissance: **21/01/1972**
N° CIN: **13439172**
Sexe*: **مذكر** Masculin ☒ أنثى Féminin ☐
تاريخ الزيادة:
رقم بطاقة التعريف الوطنية:
الجنس*:

تحديث الطبيب المعالج Identification du médecin traitant

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE): **091253588**
الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة و مؤسسات العلاج

نوع العلاجات: **091253588**
تم تقديم الظرف المغلق*: **oui** ☐ non ☐
Date de grossesse: **09/12/2011**
Date prévue d'accouchement: **09/12/2011**
Date d'hospitalisation: **09/12/2011**
Date d'accident: **09/12/2011**
Causes: **09/12/2011**
تاريخ الحمل:
التاريخ المرتقب للولادة:
تاريخ الاستشفاء:
تاريخ الحادث:
أسباب الحادث:

حرب: **09/12/2011**
في: **09/12/2011**
أشهر بصحة
كل ما ذكر أعلاه
تدلى على الشرف
مصادقة على المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
أشهر بصحة
كل ما ذكر أعلاه
تدلى على الشرف
مصادقة على المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
أشهر بصحة
كل ما ذكر أعلاه
تدلى على الشرف
مصادقة على المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

* Cocher la mention utile pour chaque case
وضع علامة في الخانة المناسبة
وضع علامة في الخانة المناسبة

توقيع وطابع التعاضدية
Cachet et signature de la mutuelle

تاريخ الإيداع: **09/12/2011**
Date de dépôt du dossier:

إشهاد بصحة
كل ما ذكر أعلاه
تدلى على الشرف
مصادقة على المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.


وصف العمليات المجراة

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NCAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب Signature et Cachet du médecin traitant
26-10-23				400DH	
			4 Anesthésie		
2/11/23		CPA		250dh	
2/11/23		ZCC		100dh	
03/11/23				2600.00	

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	موقع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
26/10/23	33610 INP: <input type="text"/> INPE: 092016815	 PHARMACIE DE BOURGOGNE BERRADA TAZI Halima 341 Bd Zerkoun - Casablanca Tél: 05 22 27 73 44
	INP: <input type="text"/>	
	INP: <input type="text"/>	

عمليات الاحياء، الأشعة والصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع ومطابق طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
28/11/23	B15P			1200	
INP : 0934444444					
INP : 4444444444					
INP : 4444444444					

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					

CLINIQUE ZARHOUN



مصحة زرهون

Docteur HAMDANI Fouad

PHARMACIE DE BOURGOGNE
BERRADA TAZI
341, Bd. Zerkoun - Casablanca
Tél. 05 22 27 73 44

ORDONNANCE

Casablanca le : 26/10/13

امراض الجهاز الهضمي
وامراض الكبد
GASTRO-ENTEROLOGIE
HEPATOLOGIE

- الفحص بالمنظار
- Endoscopie Digestive
- تنظير المعدة
- Fibroscopie
- تنظير القولون
- Coloscopie

امراض وجراحة الشرج
PROCTOLOGIE
MEDICO-CHIRURGICALE

- البواسير
- Hemorroides
- الناسور الشرجي
- Fistule anale
- الشق الشرجي
- Fissure anale

- الجراحة العامة والمنظارية
- CHIRURGIE GÉNÉRALE
- COELIO-CHIRURGIE

7380

Forlax

13 LV 1 sachet x 2 / 15 j

Moridil
1730

1 sachet x 2 / 15 j

1 sachet x 2 / 15 j

maphar
Boulevard Amine n°6
Quartier Industriel Sid Berrada Casablanca - Maroc
FORLAX 10G SAC B20
P.P.V. : 73,50 DH
6118001181193

PHARMACIE DE BOURGOGNE
BERRADA TAZI
341, Bd. Zerkoun - Casablanca
Tél. 05 22 27 73 44

MORIDIL
Crème - Tube de 20 g
P.P.V.: 13,20 Dh
6118000191674

MORIDIL
Suppositoires - Boîte de 12
P.P.V.: 17,30 Dh
6118000191681

34 زقة زرهون (رئيس سابقا) - مرس السلطان - 21000 الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 27 27 11 - الفاكس : 05 22 27 80 75
34 Rue Zarhoun (Ex. Reims) Mers-Sultan - 21000 Casablanca - Tél : 05 22 27 84 06 - 05 22 27 27 11 - Fax : 0522.27.80.75
Email : clinique.zerhoun@gmail.com - I.F. : 402049307 - PATENTE : 34303192 - CNSS : 1617094 - ICE : 001752560000002

- Chymol 1000

1 cp / 10 heures

8990

- Vein up (gélules)

14221 1 gel x 2 / 1 / 20

* Fortrans (heparato r lobye)

33610

VEIN UP
LOT : 155240N
DLUO : 05/2024
PPC : 89.90 DH
PHARMA CONNECT

maphar ☒
Boulevard Adama n°6
Zarier Industriel Sid Bernoulli Casablanca - Maroc
FORTTRANS SAC B4
P.P.V. : 142,20 DH
6118001181209

Docteur HAMDANI Fouad
Spécialiste en Proctologie
Clinique Zerkouni - Rue Zerkouni - Casa

فوق بورفور
PHARMACIE DE BOURGOGNE
BERRADA TAZI Halima
341, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél : 05.22 27 73 44

CLINIQUE ZARHOUN



مصحة زرهون

Dr.....

ORDONNANCE

Casablanca, le : 26.10.23.

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur D^r HAMIDANI FOUAD.
prie M^r ZIOUTI AZIZ.

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués

et lui présente, suivant l'usage sa note d'honoraires

pour 3. + Ansigne

s'élevant à la somme de 40000 DHS

Docteur HAMIDANI Fouad
Méd. An. Spécialité
Généraliste - Proctologie
Clinique Zarhoun - Rue Zarhoun - Casa



Docteur HAMDANI Fouad

ORDONNANCE

Casablanca le : 26/10/23

امراض الجهاز الهضمي
وامراض الكبد
GASTRO-ENTEROLOGIE
HEPATOLOGIE

- الفحص بالمنظار
- Endoscopie Digestive
- تنظير المعدة
- Fibroscopie
- تنظير القولون
- Coloscopie

امراض وجراحة الشرج
PROCTOLOGIE
MEDICO-CHIRURGICALE

- البواسير
- Hemorroides
- الناسور الشرجي
- Fistule anale
- الشق الشرجي
- Fissure anale

- الجراحة العامة والمنظارية
- CHIRURGIE GÉNÉRALE
- COELIO-CHIRURGIE

Mr Zinzi AZIZ

- NFS - pH - G - F - TP

- T Ue - Gp - Wichter

- PSA - TG o - TG p

- Cc F - Ac urique - TSH

- V. T. D - Ch. F - TC. D

Dr Hicham O. Zarhoun
Gastro-Enterologue
Proctologue
Clinique Zarhoun - Casablanca

Docteur HAMDANI Fouad
Gastro-Enterologue - Proctologue
Clinique Zarhoun - Rue Zarhoun - Casa

CLINIQUE ZARHOUN



مصحة زرهون

Dr.....

ORDONNANCE

Casablanca, le : 02/ 11/ 2022

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur M. Loua.

prie M^r Ziouti AZIZ

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués

et lui présente, suivant l'usage sa note d'honoraires

pour Anesthésie Générale

s'élevant à la somme de 250.00 DHS

Dr. YOUSSEF NILOU
Anesthésie-Réanimation
Clinique Zarhoun

CLINIQUE ZARHOUN



مصحة زرهون

Dr.....

ORDONNANCE

Casablanca, le : 09/11/2023

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur H. ANDANI

prie M^r Ziouti ABZ

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués

et lui présente, suivant l'usage sa note d'honoraires

pour calos copie

s'élevant à la somme de 130000 DHS

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

394, Boulevard Zerktouni – Résidence le Casablanca – Bourgogne – CASABLANCA
Tél : 0522 27 48 96 – Fax : 0522 27 49 13 – Patente : 35404878 – INP : 093001006
CNSS : 6368949 IF : 51786580 – ICE : 002982351000006

FACTURE N° : 231001078

Casablanca le 27-10-2023

Mr ZIOUTI Aziz

Date de l'examen : 27-10-2023

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E15
0100	Acide urique	B30
0111	Créatinine	B30
0106	Cholestérol total	B30
0141	Gamma glutamyl transférase (GGT)	B50
0118	Glycémie	B30
0229	Groupe ABO Rhésus	B60
0216	Numération formule	B80
0361	PSA	B300
0239	Temps de céphaline: TCK	B40
0134	Triglycérides	B60
0146	Transaminases O (TGO)	B50
0147	Transaminases P (TGP)	B50
0236	Taux de prothrombine	B40
0164	TSH us	B250
0439	Vitamine D	B450
	Groupe Sanguin Double saisie	B0

Total des B : 1550

TOTAL DOSSIER : 1720.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille sept cent vingt dirhams .

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA
Dr Hicham CHAZZARI TOUHAMI
Biologiste
394, Bd. Zerktouni - Casablanca
Tél: 05 22 27 48 96 - Fax: 05 22 27 49 13



C O L O S C O P I E

CLINIQUE ZARHOUN

NOM ET PRENOM : MR ZIOUTI AZIZ .

DATE : 02.11.2023.

PREMIDICATION : Anesthésie général DR MILOUDI .

MOTIF : Rectorragies .

PREPARATION : Satisfaisante au fortrans .

COMPTE RENDU : Progression faite jusqu'au bas fond coecal objective
une lésion angiodysplasique millimétrique du sigmoïde, Le reste
de la muqueuse parait normal ; au retrait de l'appareil on note
des hémorroïdes congestives .

CONCLUSION :
- lésion angiodysplasique .
- Anite hémorroïdaire .

Signé. DR . HAMDANI .

Clinique ZARHOUN, 34, Rue ZARHOUN, Ex Reims (Mers Sultan) CASABLANCA.
Tel : 022.27.27.11 ; 022.27.84.06 ; Fax : 022.27.80.75.

CLINIQUE ZARHOUN

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

DATE D'ENTREE 02/11/23 HEURE 8h00

NOM ET PRENOM DU PATIENT M^r Zouiti Aziz

N° CIN DU PATIENT OU TUTEUR

ADRESSE -----

TELEPHONE -----

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE-----

MEDECIN TRAITANT Dr. HAMDANI

MOTIF D'HOSPITALISATION

AFFILIATION D'UNE COUVERTURE MALADIE

ATTENTION

En cas de fausse de déclaration , la clinique ne remplira pas de dossier de déclaration de maladie l'attentions d'un organisme d'assurance de maladie

Partie réservée au admission des patients affiliés une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré-----lien parenté

Organisme assureur -----

Mode de paiement -----payant -----prise en charge

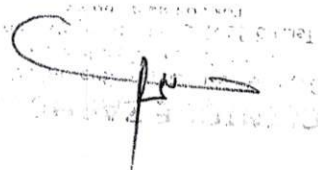
nom et prénom signature

Partie à compléter à la sortie

DATE DE SORTIE 02/11/2023 HEURE 17h00

DUREE D'HOSPITALISATION-----

NOM ET PRENOM



CLINIQUE ZERHOUN



مصحة زرهون

CLINIQUE ZARHOUN

Casablanca 02 NOVEMBRE 2023

MEDECIN TRAITANT : DR HAMDANI
MEDECIN ANESTHESISTE : DR MILOUDI

FACTURE N 72711/2023

IDENTIFIANT COMMUN 001752560000002

NOMS : MR ZIOUTI
ENOM : AZIZ

DATE DENTREE 02/11/2023
DATE DE SORTIE 02/11/2023

FORFAITS CLINIQUE

COLOSCOPIE

PART CLINIQUE 1050.00DH

HONORAIRES MEDECINS

HONORAIRES DR HAMDANI 1300.00DH
HONORAIRES DR MILOUDI 250.00DH

TOTAL HONORAIRES 1550.00DH

TOTAL GENERAL 2600.00DH

DEUX MILLE SIX CENT DIRHAMS 00CTS

MODE DE REGLEMENT PAR CHEQUE

CLINIQUE ZARHOUN

31, Boulevard de la Liberté (à l'angle de Reims)

Casablanca - Maroc

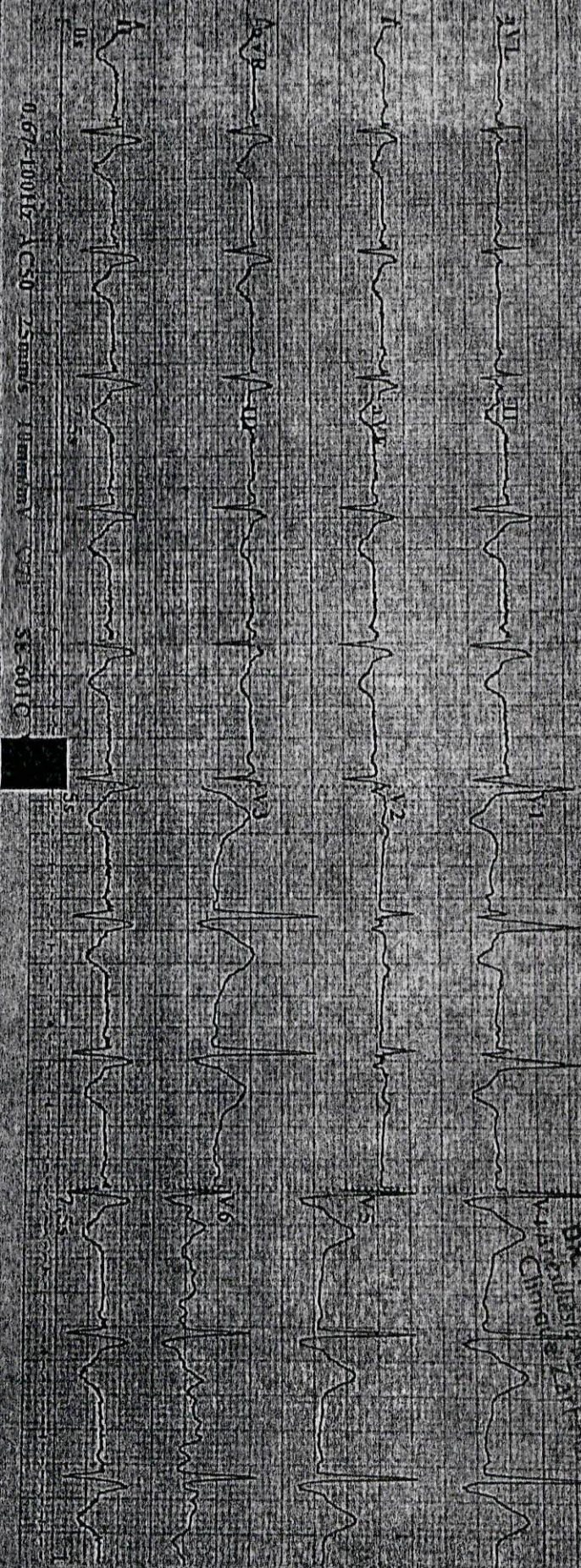
Tel : 05 22 22 22 22
Fax : 05 22 22 22 22

ID-0006666117 Num 02-11-2023 08:58:20

Homme ans cm kg / mmHg

P308 Ziaout

DR. KOUSSA HILLOUCI
Cardiologue
Clinique



0.67-100Hz ACS0 25mm/s 10mm/mV C71 SE-6010