

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.

adiologie 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.

éducation :

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.

entaire :

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.

aladie 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

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° P19-0007144

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **05852**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **ZERRAD MUSTAPHA**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **01/09/2019**

Nom et prénom du malade : **HIMMI Noufissa** Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Enfant

Nature de la maladie : **Diabète**

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) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 04/09/13 | 2 | | 150,00 | Dr. Hayat Endocrinologie et Métaboliques TÉL: 091187703 MANDI |
| 04/09/13 | 2 | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  PHARMACIE AL AZHAR Jr. FATOUAKI N Diar al Hana GH1 Bernoussi Casablanca Tél: 0522756120 | BERNOUSSI Date: 21-09-2015 | Montant de la Facture 126.00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---------------------------------------------------------------|----------|------------------------------|------------------------|
| <i>LABORATOIRE AL AZHAR VADAI</i> am. 4 Mag. 9 zhar - C | 02/09/14 | 2803 | 355,60 DH |

AUXiliaires médicaux

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

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'ORL.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DE TRAVAIL

MONTANTS DES GAINS

DATE DU
DEVIS



6 118501 030408

○ VOLTAREN® SR 75 mg

Comprimés enrobés

PPV: 76.20 DH

• 100% • 100%
CNSS

ContourTM plus

Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie

Bandelettes réactives de glycémie

For self-test

—1— N. 10

- 90.0

CE
0088



5 016003 763502

وصفة

ORDONNANCE

مَصْحَة POLYCLINIQUE



سیدی البرنوصی
Sidi Bernoussi

Casablanca, le 14 (xx) 19

— Hinnai Naqiss —

36 uF μ F

26 u I 2-1

36 VI lesson

29.50^{2d}
2) Netform will be ~~very~~ ^{very} good

17 Noureddine
mm.9 N°8
nca

20.03.3) Dolimpry ^{Die Berg-Tal.}

26. ¹⁰u) Voltmeter 7500

Hav AL Oods, El Bernoussi - Casablanca

Tél: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45

Fax : 05.22.73.15.72

90.00 ₦) Contan 1Lus Budebete
pour surveillance de la glycémie
par Ato

6) Nupti 300 mg x 10

PHARMACIE AL AZHAR BERNOUSSI
Dr. H. BERNOUSSI Noureddine
Dtar. H. BERNOUSSI GH1 Imm.9 N°8
Bernoussi Casablanca
Tél : 0522756120

Dr. Hayat AHANDAR
Endocrinologie et Maladies
Infectieuses et Tropicales
INPE: 031187708

Metformine Win®

Chlorhydrate de metformine

500 mg 850 mg 1000 mg

Comprimé pelliculé

Voie orale

Veuillez lire attentivement l'intégralité de 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'informations 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.

Dans cette notice :

1. Qu'est-ce que Metformine Win, comprimé pelliculé et dans quel cas est-il utilisé ?
 2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Metformine Win, comprimé pelliculé ?
 3. Comment prendre Metformine Win, comprimé pelliculé ?
 4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
 5. Comment conserver Metformine Win, comprimé pelliculé ?
 6. Informations supplémentaires

DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique

Indications thérapeutiques

Associé à un régime alimentaire adéquat, ce médicament est un antidiabétique oral destiné au traitement du diabète de type 2.

- Chez l'adulte, il peut être prescrit seul ou en association avec un autre antidiabétique oral ou l'insuline.

- Chez l'enfant de plus de 10 ans et l'adolescent : il peut être prescrit seul ou en association avec l'insuline.

Metformine Win 1000 mg peut remplacer deux comprimés dosés à 500 mg de metformine lorsque le traitement nécessite une

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE Metformine Wp, comprimé pelliculé?

AVANT DE PRENDRE Contre-indications

Ne prenez jamais Metformine Win :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à la metformine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament (voir « Que contient Metformine Win » dans la rubrique 6. « Informations supplémentaires»).
 - Si vous avez des problèmes liés à vos reins ou votre foie.
 - Si vous avez un diabète non contrôlé, s'accompagnant par exemple d'une hyperglycémie sévère (taux de sucre trop élevé dans le sang), de nausées, de vomissements, d'une déshydratation, d'une perte de poids rapide ou d'une

acidocétose. L'acidocétose est une affection qui consiste en une accumulation dans le sang de substances appelées « corps cétoniques » et qui peut provoquer un pré-coma diabétique. Les symptômes sont plus particulièrement une douleur à l'estomac, une respiration rapide et profonde, une envie de dormir ou une halèine ayant une odeur fruitée inhabituelle.

- Si vous avez perdu trop d'eau (déshydratation), par exemple suite à une diarrhée persistante, ou si vous avez une infection dans les reins. Des de reins qui peuvent entraîner des infections urinaires. Faites attention avec Metformine Win » ci-dessous).
 - Si vous prenez un traitement contre l'insuffisance cardiaque ou si vous avez récemment eu une crise cardiaque, si vous souffrez de graves problèmes de circulation sanguine (tel un choc) ou si vous avez des difficultés respiratoires. Ceci peut entraîner un manque d'apport en oxygène des tissus, qui peut vous mettre en danger d'acidose lactique (voir « Faites attention avec Metformine Win » ci-dessous).
 - Si vous consommez beaucoup d'alcool.

Si l'un des cas ci-dessus s'applique à vous, parlez-en à votre médecin avant de commencer à prendre ce médicament.

Veuillez à demander conseil à votre médecin si :

- vous devez passer un examen radiographique ou un scanner qui pourrait nécessiter l'injection d'un produit de contraste à base d'iode dans votre circulation sanguine;
- vous devez subir une intervention chirurgicale majeure.

Vous devez arrêter de prendre Metformine Win un certain temps avant et après de tels examens ou interventions chirurgicales. Votre médecin décidera si vous avez besoin ou non d'un traitement de remplacement pendant cette période. Il est important que vous suiviez précisément les instructions de votre médecin.

Précautions d'emploi: mises en garde spéciales

Faites attention avec Metformine Win :

Veuillez noter le risque particulier suivant d'acidose lactique
Metformine Win peut provoquer une complication très rare mais grave appelée acidose lactique, en particulier si vos reins ne fonctionnent pas correctement. Le risque d'acidose lactique est également accru en cas de diabète non contrôlé, de jeûne prolongé ou de consommation d'alcool. Les symptômes de l'acidose lactique sont des vomissements, des maux de ventre (douleurs abdominales) avec crampes musculaires, une sensation de mal-être général avec une fatigue intense et des difficultés à respirer. **Si vous vous trouvez dans cette situation, vous aurez peut-être besoin d'être hospitalisé(e) immédiatement pour recevoir un traitement car l'acidose lactique peut conduire à un coma.** Arrêtez tout de suite de prendre Metformine Win et contactez immédiatement un médecin ou l'hôpital le plus proche.

Metformine Win à lui seul ne provoque pas d'hypoglycémie (taux de sucre dans le sang trop faible). Cependant, si vous prenez

Metformine Win®

Chlorhydrate de metformine

500 mg 850 mg 1000 mg

Comprimé pelliculé

Voie orale

Veuillez lire attentivement l'intégralité de 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'informations 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.

Dans cette notice :

1. Qu'est-ce que Metformine Win, comprimé pelliculé et dans quel cas est-il utilisé ?
 2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Metformine Win, comprimé pelliculé ?
 3. Comment prendre Metformine Win, comprimé pelliculé ?
 4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
 5. Comment conserver Metformine Win, comprimé pelliculé ?
 6. Informations supplémentaires

1. QU'EST-CE QUE Metformine Win, DANS QUEL CAS EST-IL UTILISE ?

Classe pharmacothérapeutique
Metformine Win contient de la metformine. C'est un médicament utilisé pour traiter le diabète. Il appartient à la classe de médicaments appelés les biguanides.

Indications thérapeutiques

Associé à un régime alimentaire adéquat, ce médicament est un antidiabétique oral destiné au traitement du diabète de type 2.

- Chez l'adulte, il peut être prescrit seul ou en association avec un autre antidiabétique oral ou l'insuline.

- Chez l'enfant de plus de 10 ans et l'adolescent : il peut être prescrit seul ou en association avec l'insuline. Metformine Win 1000 mg peut remplacer deux comprimés dosés à 500 mg de metformine lorsque le traitement nécessite une dose de 2 ou 3 grammes par jour de metformine.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE Metformine Win, comprimé pelliculé?

AVANT DE TENTER

Contre-indications

Ne prenez jamais Metformine Win :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à la metformine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament (voir « Que contient Metformine Win » dans la rubrique 6. « Informations supplémentaires»).
 - Si vous avez des problèmes liés à vos reins ou votre foie.
 - Si vous avez un diabète non contrôlé, s'accompagnant par exemple d'une hyperglycémie sévère (taux de sucre trop élevé dans le sang), de nausées, de vomissements, d'une déshydratation, d'une perte de poids rapide ou d'une

acidocétose. L'acidocétose est une affection qui consiste en une accumulation dans le sang de substances appelées « corps cétoniques » et qui peut provoquer un pré-coma diabétique. Les symptômes sont plus particulièrement une douleur à l'estomac, une respiration rapide et profonde, une envie de dormir ou une haleine ayant une odeur fruitée inhabituelle.

- Si vous consommez beaucoup d'alcool.

Si l'un des cas ci-dessus s'applique à vous, parlez-en à votre médecin avant de commencer à prendre ce médicament.

Veuillez à demander conseil à votre médecin si :

- vous devez passer un examen radiographique ou un scanner qui pourrait nécessiter l'injection d'un produit de contraste à base d'iode dans votre circulation sanguine;
- vous devez subir une intervention chirurgicale majeure.

Vous devez arrêter de prendre Metformine Win un certain temps avant et après de tels examens ou interventions chirurgicales. Votre médecin décidera si vous avez besoin ou non d'un traitement de remplacement pendant cette période. Il est important que vous suiviez précisément les instructions de votre médecin.

Précautions d'emploi; mises en garde spéciales
Faites attention avec Metformine Win :

Veuillez noter le risque particulier suivant d'acidose lactique
Metformine Win peut provoquer une complication très rare mais grave appelée acidose lactique, en particulier si vos reins ne fonctionnent pas correctement. Le risque d'acidose lactique est également accru en cas de diabète non contrôlé, de jeûne prolongé ou de consommation d'alcool. Les symptômes de l'acidose lactique sont des vomissements, des maux de ventre (douleurs abdominales) avec crampes musculaires, une sensation de mal-être général avec une fatigue intense et des difficultés à respirer. **Si vous vous trouvez dans cette situation, vous aurez peut-être besoin d'être hospitalisé(e) immédiatement pour recevoir un traitement car l'acidose lactique peut conduire à un coma.** Arrêtez tout de suite de prendre Metformine Win et contactez immédiatement un médecin ou l'hôpital le plus proche.

Metformine Win à lui seul ne provoque pas d'hypoglycémie (taux de sucre dans le sang trop faible). Cependant, si vous prenez



DoliGrippe®

Paracétamol - Vitamine C - Malate de Phéniramine

Granulés pour solution buvable en sachet

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à une autre personne qui présente des symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave, ou si vous remarquez un effet secondaire indésirable dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

PPV:20DH00
PER:02/22
LOT:1403

Composition du médicament

• Composition qualitative et quantitative en substance active par unité de ~~prise~~ :

| | |
|-------------------------------|--------|
| Paracétamol | 500 mg |
| Acide Ascorbique (Vitamine C) | 200 mg |
| Malate de Phéniramine | 25 mg |

• Composition qualitative en excipients :

Mannitol, acide citrique anhydre, povidone K 30, dicitrate trimagnésium anhydre, aspartame, arôme fruits rouges. Composition de l'arôme : Substances aromatisantes, Rouge Cochenille A E124, Maltodextrine, Eau, Gomme Arabique E414, Acide Ascorbique E300, Triacefine E1518, Sulfate de sodium E514.

• Excipients à effet notoire :

Aspartame, Rouge Cochenille A (E124).

Classe pharmaco-thérapeutique ou le type d'activité

DoliGrippe, granulés pour solution buvable en sachet, fait partie d'un groupe de médicaments appelés AUTRES MEDICAMENTS DU RHUME EN ASSOCIATION.

DoliGrippe, granulés pour solution buvable en sachet, agit en exerçant 3 actions pharmacologiques :

- Une action antihistaminique qui permet de réduire les rhinorrhées et les larmoiements souvent associés, et qui s'oppose aux phénomènes spastiques tels que les éternuements en salve.
- Une action antalgique antipyrrétique permettant une sédatrice de la fièvre et de la douleur (céphalées, myalgies),
- Une compensation en acide ascorbique de l'organisme.

Indications thérapeutiques

Ce médicament est indiqué dans le traitement au cours des rhumes, rhinites, rhinopharyngites et des états grippaux de l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans :

- De l'écoulement nasal clair et des larmoiements,
- Des éternuements,
- Des maux de tête et/ou fièvre.

Posologie

Réservez à l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans.

1 sachet à renouveler si nécessaire au bout de 4 heures minimum, sans dépasser 3 sachets par jour.

Mode d'administration :

Voie orale :

Les sachets doivent être pris dans une quantité suffisante d'eau, froide ou chaude.

Au cours des états grippaux, il est préférable de prendre ce médicament dans de l'eau chaude le soir.

Durée du traitement :

La durée maximale du traitement est de 5 jours.

Fréquence d'administration :

En cas d'insuffisance rénale, (clairance à la créatinine inférieure à 10 ml/mn), l'intervalle entre 2 prises sera d'au moins 8 heures.

Contre-indications

Ne prenez jamais DoliGrippe, granulés pour solution buvable en sachet, dans les cas suivants :

- Enfant de moins de 15 ans,
- En cas d'antécédent d'allergie aux constituants du produit,
- En cas de certaines formes de glaucomes (augmentation de la pression dans l'œil),
- En cas de difficultés à uriner d'origine prostatique ou autre,
- En cas de maladie grave du foie en raison de la présence de paracétamol,
- En cas de phénylcétonurie (maladie héréditaire dépistée à la naissance), en raison de la présence d'aspartame.

Vous ne devez généralement pas utiliser ce médicament, sauf avis contraire de votre médecin pendant la grossesse et l'allaitement.

EN CAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN

Effets indésirables

Voix à domicile sur rendez-vous

Casabianca

Examen du : 09/09/2019
Heure Dpt : 10:25:09
Edition le : 09/09/2019

Nom : HIRIMAIL Noufissa
Code Patient : 19-05572
ID : 095319-665

Compte rendu d'analyses

Page : 1 / 1

BIOCHIMIE

| | Valeurs Usuelles | Antériorité |
|-----------------------------------------|------------------|----------------|
| Glycémie à jeun | 2,03 g/l | (0,7 - 1,15) |
| Hémoglobine Glyquée HbA1c (BIORAD-HPLC) | 8,20 % | |

Chez un sujet non Diabétique la valeur usuelle est < 6,4.

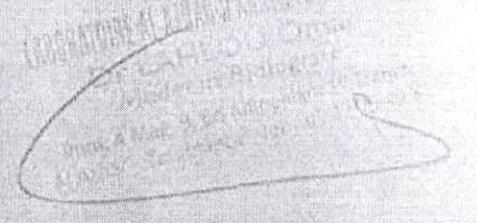
Interprétation chez le Diabétique:

- 9 - 6 : Métabolisme moyen et diabétique stabilisé
- 6 - 8 : Métabolisme équilibré
- > 8 : Métabolisme mal équilibré et diabétique insuffisamment contrôlé

ENDOCRINOLOGIE

| | Valeurs Usuelles | Antériorité |
|-----------------------------|------------------|--------------|
| TSH-us (TCLIA-cobasE411) | 3,21 µU/ml | (0,25 - 5) |

Nous vous remercions de votre confiance



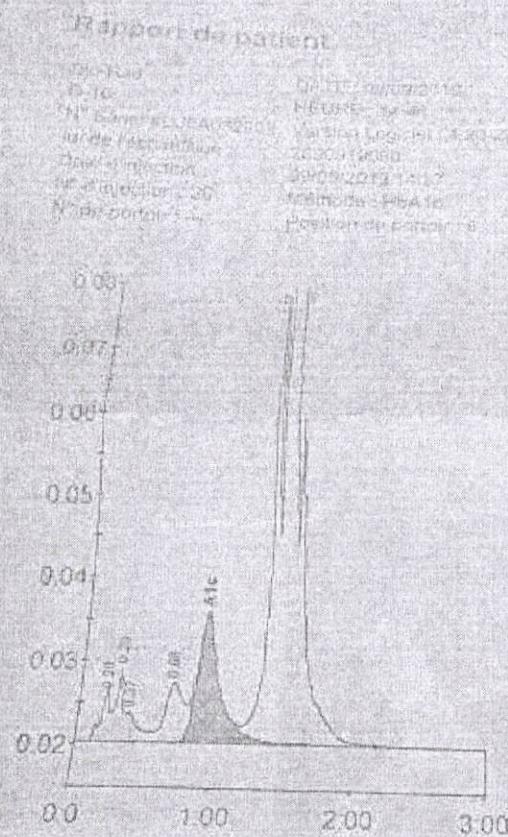


Table des pics - ID : 2090919060

| Pic | Tps.Ret | Hauteur | Aire | % Aire |
|---------------|---------|---------|---------|--------|
| A1a | 0.20 | 6712 | 23015 | 0.8 |
| A1b | 0.29 | 9020 | 32516 | 1.1 |
| Unknown | 0.37 | 3531 | 25816 | 0.9 |
| LA1c/CHb-1 | 0.68 | 7188 | 62760 | 2.2 |
| A1c | 0.90 | 15276 | 172064 | 8.2 |
| P3 | 1.37 | 58873 | 185102 | 6.5 |
| A0 | 1.44 | 769371 | 2355440 | 82.5 |
| Aire totale : | | 2856615 | | |

Concentration : %



| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------|--------|-----------------------------|-----------|----------------------------------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------|-----------------------|------------------|----------------|-----------|----------------|---------|
| N° IPP : | 400907 | N° SEJOUR : | 190031476 | FACTURE N° 1902015532 | | | | DATE D'ENTREE : | 04/09/2019 | DATE DE SORTIE : | 04/09/2019 | | | |
| ASSURE : | | | | | | | | DESTINATAIRE : | HIMMI, Nofissa | | | | | |
| MALADE : HIMMI, Nofissa | | | | UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI | | | | | | | | | | |
| 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 |
| CONSULTATION DE MEDECIN | | CONSULTATION DE SPECIALISTE | | Cs | | 1.00 | 150.00 | 150.00 | | | | | 0.00 | 150.00 |
| Intervenant : 100093 DR. AHANDAR HAYAT | | | | | | TOTaux : | | 150.00 | | | | | | 150.00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | | | | | | PLAFOND PC : | | | | | | | ACOMPTE : | |
| CENT CINQUANTE DHS | | | | | | REMISE : | | 0.00 | REGLE : | 150.00 | | | AVOIR : | |
| | | | | | | RESTE DU : | | 0.00 | | | | | | |
| DATE FACTURE : 04/09/2019 | | | | | | EDITEE LE : 04/09/2019 | | PAR : GHAZLI | ACCIDENT DE TRAVAIL : | | | | | |
| VISA | | | | | | N° DE POLICE : | | | | | | DATE AT : | | |
| | | | | | | Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI | | | | | | | | |
| BANQUE : | | | | | | BMCE - BERNOUSSI | | | | | | | | |
| N° compte bancaire : | | | | | | 011780000049210006006888 | | | | | | | | |





Facture/Honoraires

ICE: 001591621000046

Casablanca , le 09/09/2019

Dossier N° 090919-060 du 09/09/2019

Patient :Mme HIMMI Noufissa

| Analyses | Valeur en B | Montant |
|-----------------------------------------|-------------|---------------|
| Glycémie à jeun | 30 | 38,10 |
| Hémoglobine Glyquée HbA1c (BIORAD-HPLC) | 80 | 101,60 |
| TSH us | 170 | 215,90 |
| Total B | 280 | 355.60 |
| APB | 0,0 | 0,00 |
| Total | | 355,60 |

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de : **Trois cent cinquante-cinq dirhams 60 centimes*****

Opération bénéficiant de l'exonération à la TVA sans bénéfice du droit de déduction conformément à l'article 91-VI-1° du code Général des Impots.

LABORATOIRE AL AZHAR D'ANALYSES
Secretariat
Imm. 8 Mag. 9, Bd Aïn Ighlilam 1^{er} Tr
Al Azhar - Casablanca - Tél. : 05 27



سيدي البرنوصي
Sidi Bernoussi

وصفة

ORDONNANCE

Casablanca, le 04/09/15

n → Himm Nafissa

1 - *Dr. Hayat AHANDAR*
LABORATOIRE AL AZHAR D'ANNAIS
Secrétariat
Imm. 4 Mag 9, Bd Ahl Ighlila 1^{er} Tr.
Al Azhar - Casablanca - Tel. 0522 22 11 11

2 - *TS 21*

Dr. Hayat AHANDAR
Endocrinologie et Maladies
Métaboliques
INPE: 091187708

Hay AL Qods, El Bernoussi - Casablanca
Tél.: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45
Fax : 05.22.73.15.72