

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.

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.

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
Mise 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 personnelles.

Siège : 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° P19-0021728

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 815 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAIDI ANDELHARD Date de naissance : 18/01/1936

Adresse : 86 Rue A. Megatty mmeis Casab

Tél. : 0522237517 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

D. ASRARGUIS Mohamed
SPECIALISTE DES MALADIES
ET HIRURGIE DES YEUX
19, AV Hassan II - Casablanca
Tél : 05 22 27 50 45 - 05 22 49 12 98
Fax : 05 22 27 54 88

Date de consultation : 11/07/2019

Nom et prénom du malade : SAIDI KABOURA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 11/07/2019 Casablanca Le : 16/07/2019

Signature de l'adhérent(e) : SAIDI ANDELHARD

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
11/07/19	LASER + 1/2	200 HTA	200 HTA	200 HTA
20/07/19	80	1/2	80 HTA	80 HTA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU JURA 19, Bd RUE DUSSAMA Bnou ZA CASABLANCA 05 22 25 34 11	11/07/19	142,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
LINQ	11/07	1/2 HTA	500 HTA
	20/07	1/2	70 HTA

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaire, ainsi que le bilan de

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	D	H	G	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	D	H	G	
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553		
	B			
(Création, remont, adjonction)				
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Ophtalmologue

Diplômé des Universités de Paris

Ancien Résident du C.N.O
des Quinze - Vingt

Maladies et Chirurgie des Yeux
Chirurgie Vitreo-rétinienne

Chirurgie de la Cataracte par phaco émulsification
Strabologie - Angiographie - Laser - Contactologie

Expert assermenté près des tribunaux

Ancien Médecin Chef des F.A.R



إخلاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج جامعة باريس

جراحة وأمراض الشبكة

جراحة الجلالة بالفاكتور
طب العول - راديو الشبكة - أشعة الليزر - العدسات

طبيب معتمد لتسليم شواهد السيادة

خبير مخلف لدى المحاكم

11/07/2019

Madame SAIDI Kabboura

58.00 ₣
- INDOCOLLYRE

1 goutte, 3 fois par jour, dans l'oeil gauche, pendant 15 jours

84.90 ₣
- CARTEOL L.P 2 %

1 goutte, 1 fois/jour, le matin, dans l'oeil gauche, pendant 15 jours



Dr. Mohamed ASRARGUIS
SPECIALISTE DES MALADIES DES YEUX
Pharmacie du Jura
129, Bis Rue Oussama Ben Zaid
Tél 05 22 25 34 47
Avenue Hassan II - Casablanca



Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.

CARTEOL® L.P. 2%
Collyre 3ml
LOT/1445 H3780
FAB/1445 10-2018
EXPI/1445 10-2020

ZEN. TH PHARMA
PPV 64.90 DHS
AMM N° 6110 DM/21/19/R

84,90

nocif.
Si l'un des effets indésirables devient grave, si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Dans cette notice :

- Que sont CARTEOL L.P. 1% et CARTEOL L.P. 2% et dans quels cas sont-ils utilisés?
- Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser CARTEOL L.P. 1% et CARTEOL L.P. 2%?
- Comment utiliser CARTEOL L.P. 1% et CARTEOL L.P. 2%?
- Quels sont les effets indésirables éventuels de CARTEOL L.P. 1% et CARTEOL L.P. 2%?
- Comment conserver CARTEOL L.P. 1% et CARTEOL L.P. 2%?
- Informations supplémentaires.
- QUE SONT CARTEOL L.P. 1% ET CARTEOL L.P. 2%, ET DANS QUELS CAS SONT-ILS UTILISÉS?

CARTEOL L.P. appartiennent à la classe des médicaments appelés bêta-bloquant.

Il est utilisé pour le traitement local des maladies suivantes de l'œil :

- certaines formes de glaucome (glaucome chronique à angle ouvert),
- augmentation de la pression dans l'œil (ou les yeux) (hypertension intra-oculaire).

QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER CARTEOL L.P. 1% ET CARTEOL L.P. 2%

Ne pas utiliser CARTEOL L.P. 1% et CARTEOL L.P. 2%, dans les cas suivants :

Bien que les effets des Bêta-bloquants appliqués dans l'œil soient observés de façon exceptionnelle sur tout l'organisme, il convient de garder à l'esprit les contre-indications des bêta-bloquants administrés par voie orale (par la bouche).

Vous ne devriez pas utiliser CARTEOL L.P. 1% et CARTEOL L.P. 2% si :

- vous êtes allergique (hypersensible) au chlorhydrate de cartéolol ou à l'un des composants du CARTEOL L.P.,
- vous souffrez d'asthme et de maladie chronique des bronches et des poumons avec encobrement,
- vous souffrez d'insuffisance cardiaque (défaillance des fonctions du cœur),
- vous souffrez de choc cardiogénique (choc d'origine cardiaque),
- vous souffrez de troubles de la conduction cardiaque (bloc auriculo-ventriculaire des 2ème et 3ème degrés qui ne peuvent être contrôlés même par un pacemaker),
- vous souffrez d'angor de Prinzmetal (variété de crises d'angine de poitrine),
- vous souffrez de dysfonctionnement sinusal du cœur (y compris bloc sino-auriculaire),
- vous souffrez de bradycardie (battements cardiaques plus lents que la normale, c'est à dire inférieur à 45-50 battements par minute),
- vous souffrez de maladie de Raynaud et troubles circulatoires périphériques (troubles de la circulation du sang affectant les doigts avec engourdissements et pâleur),
- vous souffrez de phéochromocytome non traité (production excessive d'hormone provoquant une hypertension artérielle sévère),
- vous avez une pression sanguine basse (hypotension),
- vous prenez un traitement à base de floctafénine simultanément (agent analgésique et anti-rhumatismal),
- vous prenez un traitement à base de sultopride simultanément (médicament antipsychotique).

Faites attention avec CARTEOL L.P. 1% et CARTEOL L.P. 2% :

- pour contrôler que vous ne devenez pas résistant à l'efficacité thérapeutique du produit quand vous le prenez, vous devrez vous soumettre à des examens ophtalmiques réguliers en début de traitement et ensuite, toutes les 4 semaines environ. De plus, dans le cas de traitement au long cours, ces examens permettront de vérifier l'absence d'échappement thérapeutique (perte d'efficacité du médicament),
- si vous portez des lentilles de contact : il existe un risque d'intolérance aux lentilles de contact par diminution de la production de larmes, liée d'une manière générale à cette catégorie de produits. De plus, le conservateur utilisé (chlorure de benzalkonium) peut entraîner une irritation oculaire; il

3. COMMENT UTILISER CARTEOL L.P. 1% et CARTEOL L.P. 2% ?

Ce médicament est à administrer dans l'œil/les yeux (voie oculaire). Respectez toujours la posologie indiquée par votre médecin. En cas d'incertitude, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Posologie

CARTEOL L.P. contient un excipient spécifique qui possède des propriétés physiques permettant une seule administration par jour. La dose habituelle est d'une goutte dans l'œil (les yeux) malade(s) une fois par jour, le matin.

Cependant, votre médecin peut décider d'ajuster la posologie, notamment si vous prenez des bêta-bloquants par voie orale (par la bouche) en même temps (voir rubrique 2, « Utilisation d'autres médicaments »).

Méthode et voie d'administration

Si vous portez des lentilles de contact, vous devez les retirer avant d'appliquer CARTEOL L.P. et attendre 15 minutes avant de les remettre. Pour une utilisation correcte de CARTEOL L.P. :

- lavez-vous soigneusement les mains avant de pratiquer l'instillation,
- évitez le contact de l'embout du récipient avec l'œil ou les paupières,
- instillez une goutte dans l'œil en regardant vers le haut et en tirant légèrement la paupière vers le bas,
- après l'administration, fermez l'œil quelques secondes,
- l'œil fermé, essuyez proprement l'excédent,
- rebouchez le flacon après chaque utilisation.

Si vous prenez d'autres médicaments à administrer dans l'œil, vous devez :

- administrer l'autre médicament ophthalmique,
- attendre 15 minutes,
- administrer CARTEOL L.P. en dernier.

Si votre médecin vous a prescrit CARTEOL L.P. en remplacement d'un autre médicament, ce dernier doit être arrêté à la fin d'une journée complète de traitement. Vous devrez démarrer le traitement avec CARTEOL L.P. le lendemain, au dosage auquel il vous a été prescrit par votre médecin.

Si vous avez l'impression que CARTEOL L.P. 1% et CARTEOL L.P. 2% ont un effet trop fort ou trop faible, parlez-en à votre médecin ou pharmacien.

Ne pas injecter, ne pas avaler.

Durée du traitement

Suivez les instructions de votre médecin. Il/elle vous dira combien de temps vous devez utiliser CARTEOL L.P. N'interrompez pas votre traitement plus tôt.

Si vous avez utilisé CARTEOL L.P. 1% et CARTEOL L.P. 2% plus de fois que vous n'auriez dû :

Si vous avez mis trop de gouttes dans l'œil/les yeux, rincez les yeux avec de l'eau claire.

Si vous avez avalé accidentellement le contenu du flacon, il se peut que vous ressentiez certains effets, tels qu'une sensation d'étourdissement, difficulté à respirer ou que vous sentiez que votre pouls a ralenti.

Consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous oubliez de prendre CARTEOL L.P. 1% et CARTEOL L.P. 2% Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oubliée de prendre.

Effets pouvant apparaître lorsque le traitement par CARTEOL L.P. 1% et CARTEOL L.P. 2% est arrêté :

Si vous interrompez votre traitement, la pression dans les yeux peut augmenter et entraîner une détérioration de votre vision. N'interrompez jamais votre traitement sans avoir auparavant consulté votre médecin ou pharmacien.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS?

Comme tous les médicaments, CARTEOL L.P. 1% et CARTEOL L.P. 2% sont susceptibles d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Comme tout autre médicament administré dans l'œil, CARTEOL L.P. peut être absorbé dans le sang et les effets indésirables des bêta-bloquants par voie orale peuvent survenir, notamment les effets suivants :

Troubles cardiaques et de la circulation sanguine

Troubles cardiaques (syncope, palpitations, rythme cardiaque irrégulier ou faible, pression sanguine basse, insuffisance cardiaque, ralentissement ou intensification d'un trouble du rythme cardiaque existant), troubles de la circulation sanguine (claudication, phénomène de Raynaud, froideur des extrémités).

Troubles oculaires

Signes et symptômes d'irritation oculaire comprenant brûlure modérée ou sensation de picotements en début de traitement, vision trouble, rougeur de l'œil, conjonctivite, inflammation de la paupière, inflammation de la cornée, diminution de la sensibilité de la cornée,

Bausch & Lomb
Indocollyre® 0,1%

Indométabacine
collyre en solution

Art 581
0075814

INDOCOLLYRE 0,1%
Collyre 5ml

LOT/144
H36G4
FAB/24/19
07-2019
EXP/14/20
01-2020

ZENITH PHARMA
PPV 58 00 DHS
AMM N° 270 DMP/21/NRQ

58,00

lisez cette notice avant d'utiliser ce médicament.

avoir besoin de la lire à nouveau.

lisez-vous à votre médecin ou votre pharmacien.

lement prescrit. Ne le donnez à personne d'autre. Vous
e si elle présente les mêmes symptômes que vous.

La substance active est l'indométabacine, (5 mg pour 5 ml).

- Les autres composants sont le thiomersal, l'hydroxypropylbétacyclodextrine, l'arginine, l'acide chlorhydrique concentré, l'eau purifiée q.s.p. 5 ml. .

Liste des excipients à effet notoire : Thiomersal

Flacon de 5 ml.

Titulaire de la D.E. :

LABORATOIRE CHAUVIN
416 rue Samuel Morse
34000 MONTPELLIER - France

Fabricant :

LABORATOIRE CHAUVIN
Z.I. Ripotier Haut
07200 AUBENAS – France
Médicament autorisé n°341 953-8
DE Algérie n° 096/17J 066/98
AMM Tunisie n° 5283121

1. QU'EST CE QU'INDOCOLLYRE 0,1 % collyre en solution ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISE ?

Ce médicament se présente sous forme d'un collyre en flacon de 5 ml ; la substance active est un anti-inflammatoire non stéroïden / analgique utilisé par voie oculaire. Il est préconisé au cours de certaines interventions chirurgicales de l'œil et de leurs suites opératoires :

- inhibition du myosis (rétrécissement du diamètre de la pupille),
- prévention des manifestations inflammatoires liées à la chirurgie de la cataracte et du segment antérieur de l'œil,
- traitement des manifestations douloureuses liées à la kératectomie photoréfractive (chirurgie correctrice de la myopie).

2. INFORMATIONS NECESSAIRES AVANT D'UTILISER INDOCOLLYRE 0,1 % collyre en solution

Ne pas utiliser INDOCOLLYRE 0,1 % collyre en solution dans les cas suivants :

- à partir du 6e mois de grossesse,
- allergie connue à l'un des composants du médicament ou à un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et aspirine,
- antécédents de crise d'asthme liée à la prise d'aspirine ou à d'autres AINS,
- ulcère de l'estomac ou du duodénum en évolution,
- maladie grave du foie,
- maladie grave du rein.

Ce médicament ne doit GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin, en cas d'association avec :

- les anti-coagulants oraux,
- d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens (y compris les salicylés à partir de 3 g/jour chez l'adulte),
- l'héparine,
- le lithium,
- le méthotrexate à fortes doses (≥ 15 mg par semaine),
- la ticlopidine.

Prendre des précautions particulières avec INDOCOLLYRE 0,1 % collyre en solution:

Mises en garde : ne pas injecter, ne pas avaler.

Précautions d'emploi :

- En cas d'antécédents d'allergie à l'aspirine ou à d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens.
- En cas d'asthme : la survenue de la crise d'asthme chez certains sujets peut être liée à une allergie à l'aspirine ou à d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, dans ce cas, le médicament est contre-indiqué.
- En cas d'allergie, le traitement doit être interrompu.
- Le port des lentilles de contact est déconseillé pendant le traitement.
- En cas de traitement concomitant par un autre collyre, instiller les collyres à 15 minutes d'intervalle.
- Ne pas toucher l'œil avec l'embout du flacon.
- Le flacon doit être rebouché immédiatement après usage.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS : AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, notamment les anticoagulants oraux, les autres anti-inflammatoires non stéroïdiens y compris les salicylés à partir de 3 g/jour, les séries ou égales à 3 g/jour), le méthotrexate à fortes doses (≥ 15 mg par semaine), la ticlopidine.

Docteur ASRARGUIS Mohamed

Ophthalmologue

Diplômé des Universités de Paris

Ancien Résident du C.N.O
des Quinze - Vingt

Maladies et Chirurgie des Yeux
Chirurgie Vitreo-rétinienne

Chirurgie de la Cataracte par phaco émulsification
Strabologie - Angiographie - Laser - Contactologie

Expert assermenté près des tribunaux

Ancien Médecin Chef des F.A.R



الدكتور أسرارجيس محمد

اختصاصي في امراض وجراحة العيون

خريج جامعة باريز

جراحة وأمراض الشبكة

جراحة الحالة بالفاكتور

طب العول - راديو الشبكة - أشعة الميزر - العدسات

طبيب معتمد لتسليم شواهد السيادة

خبير مخلف لدى المحاكم

11/07/2019

Madame SAIDI Kabboura

- FAIRE PRATIQUER

LASER YAG OG



19، شارع الحسن الثاني الدار البيضاء (مقابل ورقة المدارس) - الهاتف : 0522.49.12.91/05.22 27.50.45
19, Avenue Hassan II - 3ème étage - Casablanca (Face Librairie des écoles) - Tél : 0522.27.50.45 / 0522.49.12.91

Fax : 05.22.27.44.88 / E-mail : m.asrarguis@hotmail.fr

Ophtalmologue
Diplômé des Universités de Paris

Ancien Résident du C.N.O
des Quinze - Vingt

Maladies et Chirurgie des Yeux
Chirurgie Vitréo-rétinienne
Chirurgie de la Cataracte par phaco émulsification
Strabologie - Angiographie - Laser - Contactologie

Expert assermenté près des tribunaux

Ancien Médecin Chef des F.A.R



إخلاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج جامعة باريز

جراحة وأمراض الشبكة
جراحة الحالة بالفاكتور
طب الحول - راديو الشبكة - أشعة الليزر - العدسات

طبيب معتمد لتسليم شواهد السياقة

خبير مخلف لدى المحاكم

11/07/2019

COMPTE RENDU

NOM ET PRENOM : SAIDI KABBOURA

1 séance laser yag OG pour opacification
de la capsule Postérieur du pseudophaque.

Dr. ASRARGUIS Mohamed
SPECIALISTE DES MALADIES
ET CHIRURGIE DES YEUX
19, AV Hassan II Casablanca
Tél : 05 22 27 50 45 / 05 22 49 12 91
Fax : 05 22 27 44 88

Dodieur ASRARGUIS Mohamed

الدكتور أسرار طيير محمد

Ophtalmologue



Diplômé des Universités de Paris

خريج جامعة باريس

Ancien Résident du C.N.O
des Quinze - Vingt

جراحة وأمراض الشبكة

Maladies et Chirurgie des Yeux
Chirurgie Vitreo-rétinienne

جراحة الجلالة بالفاكون

Chirurgie de la Cataracte par phaco émulsification
Strabologie - Angiographie - Laser - Contactologie

طب العين - راديو الشبكة -أشعة الليزر - العدسات

Expert assermenté près des tribunaux

طبيب معتمد لتسليم شواهد السياقة

Ancien Médecin Chef des F.A.R

خبير مخلف لدى المحاكم

CASABLANCA LE : 11/07/2019

HONORAIRE DE MEDECIN

Nom Prénom : SAIDI KABBOURA

ACTE : C3 : consultation simple 200 dhs

K10 : fond l'œil 200 dhs

K80 : LASER YAG 500 DHS

MONTANT : 900 DHS (NEUF CENTS DHS)



NEUROCHIRURGIE-NEUROLOGIE
OTORHINOLARYNGOLOGIE et
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE
OPHTALMOLOGIE
REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE
LASER C 02-ARGON-YAG
SCANNER SPIRALE
IMPLANTATION COCHLEAIRE
DIAGNOSTIC ET BILAN DE SANTE

جراحة أمراض الرأس و الدماغ و العمود الفقري
جراحة الأذن و الأنف و الحنجرة
جراحة الوجه و العنق
جراحة أمراض العيون
الإنعاش الطبي و الجراحي
جهاز الليزر
جهاز السكانير الجسماني الكلي
زرع قوقعة الأذن
التشخيص و التحليلات

Inpe: 090003716



Casablanca, le :

F A C T U R E

N° : **122881 / 2019** du **11/07/2019**

Médecin traitant : DR. ASRARGUIS MOHAMED

LASER YAG

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation
Mme SAIDI KABBOURA	PAYANT	11/07/19 11/07/19

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
LASER YAG		1,00	500,00	500,00
Sous/Total				500,00
Total clinique				500,00

Arrêtée à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

TOTAL GENERAL **500,00**

Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total	Solde

BANQUE. P AGENCIE AL HADIKA 190 780 21211 9303675 0001 60

CLINIQUE RACHIDI
43, Bd. R. Rachidi Casablanca
Tel : 05 22 22 03 57
Fax : 05 22 22 03 57
Service Ophtalmo

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA

CNSS: 1037680 - IF : 01020458 - R C : 74087

Patente : 35504150 - ICE : 001540813000088

tel.: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36/37

e-mail : rachidi@cliniquerachidi.com

43, شارع الراشدي - الدار البيضاء

ص.و.ض: 1037680 - رقم التعرف: 01020458 - س.د: 74087 - البتنا: 3504150

الهاتف: 05 22 29 48 36/37 - 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41

fax: 05 22 22 03 57 - 05 22 22 03 57

الفاكس: 05 22 22 03 57 - 05 22 22 03 57



www.cliniquerachidi.com