

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Dos n° 10453  
N° W19-495118

CA

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08912 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHRIFI DRISS

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Non joint ☐ 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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture  
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												
				<b>Coefficient des travaux</b>											
				<b>Montant des soins</b>											
				<b>Début d'exécution</b>											
				<b>Fin d'exécution</b>											
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b> 	<b>Détermination du coefficient masticatoire</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553	<b>Coefficient des travaux</b>
	H		G												
	25533412	00000000	21433552	00000000											
	00000000	35533411	00000000	11433553											
<b>(Création, Remont, adjonction)</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>Montant des soins</b>													
		<b>Date du devis</b>													
		<b>Fin d'exécution</b>													

visa et cachet du praticien  
après l'exécution

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : <u>CHRIFI Dni.55</u>	Mle <u>8912</u>
<b>DECLARATION N°</b>		<b>P 17 / 0066323</b>	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<u>27.10.19</u>	<u>596,90 + 300,00 + 444,00</u>		
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 17 / 0066323

DATE DE DEPOT

10/11/2019

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle <u>8912</u>	
Nom & Prénom <u>CHRIFI Dni.55</u>			
Fonction <u>Agent</u>	Phones <u>0674730200</u>		
Mail <u>meul.ajesse</u>			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <u>CHRIFI Dni.55</u>		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date <u>10/11/19</u>	
<u>Incurtation de la joube de</u>		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>10/11/19</u>	<u>CNA</u>	<u>596,90</u>	
<b>PHARMACIE</b> Date <u>10/11/19</u> Montant de la facture <u>444,00</u>			
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<u>10/11/19</u>	<u>300,00</u>		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV



Le 10 / 11 19  
CHOU F. Dr: 88

Def 10 (n-1)

14 x 2 2 2 2 2

11.11.2025

o o o s

34712 → 34712 x 078

Xcelto 10

14/2

444100


Journal of the 1st of the year

زينة الضامن - غرب غلب - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 86 30 20 إلى 27 - فاكس : 05 22 86 42 05

Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 0522 86 42 05

# DIFAL®

Diclofénac de sodium

Formes	Composition	Présentation
DIFAL® DIFAL® Comprimés gastro-résistants	<b>DIFAL®</b> Diclofénac sodique 50 mg Boîte de 30 comprimés <b>P.P.V. : 44,20 DH</b>  43x20x90	Boîte de 30 Comprimés gastro-résistants orange S
DIFAL® 250 Suppositoires	Excipients qsp 1 ampoule injectable IM de 3 ml Excipients à effets notoire : sodium métabisulfite - propylène glycol, alcool benzylique.	Boîte de 10 Suppositoires
DIFAL® 75 Solution injectable IM 75 mg / 3 ml	Excipients qsp 1 ampoule injectable IM de 3 ml Excipients à effets notoire : sodium métabisulfite - propylène glycol, alcool benzylique.	Boîtes de 2/5 ampoules de 3 ml

## PROPRIÉTÉS :

Le diclofénac est un composé non stéroïdien possédant des propriétés anti-inflammatoires, antalgiques et antipyrétiques, agissant par inhibition de la synthèse des prostaglandines.

## INDICATIONS :

Elles procèdent de l'activité anti-inflammatoire du diclofénac, de l'importance des manifestations d'intolérance auxquelles le médicament donne lieu et de sa place dans l'éventail des produits anti-inflammatoires actuellement disponibles.

Elles sont limitées au traitement symptomatique des affections suivantes :

• **Rhumatismes inflammatoires chez les enfants** : suppositoire à 25 mg (enfant > 16 kg, soit environ 4 ans), comprimé à 25 mg (enfant > 6 ans) et comprimé à 50 mg (enfant à partir de 35 kg, soit environ 12 ans).

Pour les adultes et enfants à partir de 15 ans (comprimés à 25 mg et à 50 mg, suppositoire à 100 mg) :

• **Traitement symptomatique au long cours des rhumatismes inflammatoires chroniques et de certaines arthroses douloureuses et invalidantes** : notamment polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante ou syndromes apparentés, tels que le syndrome de Fiechter-Leroy-Reiter, et rhumatisme psoriasique.

• **Traitement symptomatique de courte durée des poussées aiguës des rhumatismes articulaires** (épaules douloureuses aiguës, tendinites, bursites), arthrites microcristallines, arthroses, lombalgies, radiculalgies sévères.

• **Traitement des dysménorrhées essentielles, après bilan étiologique.**

• **Solution injectable à 75 mg/3 ml** : traitement symptomatique de courte durée des rhumatismes inflammatoires en poussée, lombalgies aiguës, radiculalgies, crises de coliques néphrétiques.

## CONTRE-INDICATIONS :

- DIFAL® (toutes formes) est contre-indiqué chez l'enfant de moins de 12 mois ;
- Enfants de moins de 6 ans pour les formes : comprimé 25 mg, 50 mg, suppositoire 100 mg et injectable 75 mg ;
- Enfant de moins de 16 kg : suppositoire à 25 mg, en raison du dosage inadapté ;
- Enfant de moins de 35 kg : comprimé à 50 mg, en raison du dosage inadapté ;
- Enfants de moins de 15 ans : suppositoire 100 mg et injectable 75 mg ;
- Antécédents d'hémorragie ou de perforation digestive au cours d'un précédent traitement par AINS ;
- Hypersensibilité au diclofénac ou à l'un des composants ;
- Grossesse : dès le 5ème mois ;
- Insuffisance hépatocellulaire sévère ;
- Insuffisance rénale sévère ;
- Insuffisance cardiaque sévère non contrôlée ;
- Ulcère gastrique ou duodénal évolutif ;
- Antécédent d'asthme ou d'urticaire suite à la prise d'acide acétylsalicylique ou d'autres médicaments anti-inflammatoires ;
- Antécédents récents de rectites ou de rectorragies (pour les suppositoires à 25 mg et à 100 mg) ;
- Contre-indication liée à la voie intramusculaire solution injectable à 75 mg/3 ml : troubles de l'hémostase ou traitement anticoagulant en cours.

- Chez les prématurés et nouveau-nés à terme, en raison de la présence d'acide benzylique.

**En cas de doute, demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.**

## POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Respecter la prescription médicale.

**ENFANT à partir de 12 mois** : 2 à 3 mg/kg/jour, à répartir en 2 ou 3 prises, soit à titre indicatif

DIFAL® 250 : suppositoire à 25 mg, 1 à 2 suppositoires à 25 mg, 2 à 3 fois par jour.

# OEDES® 20 mg

Microgranules gastro-résistants en gélules

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

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin d'elle.
- Si vous avez des questions, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament est destiné à être utilisé conformément aux indications, modalités d'emploi et précautions d'emploi indiquées dans cette notice.
- Si l'un de ces symptômes est grave ou persistant, consultez votre médecin.

**OEDES 20mg**

14 gélules



6 118001 100071

**Xarelto® 10 mg / 10 cps**

Rivaroxaban

P.P.V. : 347,00 DH

Bayer S.A.



6 118001 090648

**DENOMINATION**  
**OEDES®**

**LOT 181038**

**EXP 02/2021**

**PPV 52.80 DH**

de 7, 14, 28 et 56

oméprazole. C'est un médicament de la classe des inhibiteurs de la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

une substance appelée inhibiteurs de la pompe à protons. Il

## DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

**Indications :**

Adulte :

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale.
- Ulcère duodénal évolutif.
- Ulcère gastrique évolutif.
- Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien.
- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien associé ou non à une œsophagite, en cas de résistance à la posologie de 10 mg d'oméprazole par jour.
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux chez les patients non infectés par *Helicobacter pylori* ou chez qui l'éradication n'a pas été possible.
- Traitement d'entretien des œsophagites par reflux gastro-œsophagien.
- Syndrome de Zollinger-Ellison.
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable.
- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients à risque (notamment âge supérieur à 65 ans, antécédents d'ulcère gastroduodénal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable.

Enfant à partir de 1 an :

- Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

## DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

**Contre-indications :**

Ne prenez jamais Oedes 20mg, microgranules gastro-résistants en gélule:

- En cas d'allergie connue à l'un des composants de ce médicament.
- En association avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux).

**EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**



الضمان الاجتماعي  
+IO%+L%+  
**CNSS**  
Le devoir de vous protéger

وصفة  
**ORDONNANCE**

Xarelto® 10 mg / 10 cps ○  
Rivaroxaban

P.P.V. : 347,00 DH  
Bayer S.A.



6 118 001 090648



درب غلب  
DERB GHALLEF

Le 20/11/2019

M. CHARIRI ORTH  
347m

Xarelto 10 mg S.V

347m

14/12

PHARMACIE CHATEAU D'EAU  
DR. TOUMER HALLAL  
DOUAR EL ANASSER  
DAR BOUZZA Tel: 05 22 93 70 22

Docteur RAGHI Mohamed  
CHIRIEN ORTHOPEDISTE

وصفة  
**ORDONNANCE**



Le 20/11/2009

M. Karim. Tahir

R. Dambor

**Docteur RAGHI Mohamed**

CHIRURGIEN ORTHOPEDISTE  
TRAUMATOLOGUE

Résidence AL MOSTABAL GH4 Imm 103  
N°3 1er Etage Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél.: 05 22 97 20 36 - GSM : 06 61 33 31 90



ROYAUME DU MAROC  
POLYCLINIQUE DE LA  
SECURITE SOCIALE  
DERB CHALLEF

Demande d'Examen d'IMAGERIE MEDICALE

Nom du Service Médical  
demandeur pds

N° 010966

Fact 1905053713

NOM DU MALADE

CHARI R. DR 85

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

2 pp 14186

Renseignements Cliniques

Examen demandé

Jeune de FIP  
Avec 11 de FIP

CN FN 1905053737  
28.8.431285 230

J. BABANI Abdelatif  
Polyclinique SASS  
Jerb Challef - Casablanca  
URGENT

10/11/78

Z =

PC =

K =

RAPIDE

NON UR.





NOTE CONFIDENTIELLE  
DU MEDECIN TRAITANT

Amir D. S.

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

10/11/19

2) Renseignements cliniques sommaires :

Fracture du tiers  
supérieur du  
tibia de la  
jambe droite

3) Traitement envisagé et actes :

Plâtre cruro-pédieux

2) Durée prévisible du traitement :

10/11/19

A

Dr. RABANI Abdeltif  
Polyclinique CNSS  
Derb Ghallef Casablanca  
Signature



INPE 090001512  
ICE 001757364000080

**Polyclinique  
Derb-Ghalef**

مصلحة الفحص بالأشعة

## SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 20/11/2019

Patient(e) : CHRIFI DRISS

### RX. CHEVILLE DROITE F/P

Fracture du 1/3 inferieur du tibia.

☐ I.R.M  
(1.5 Tesla)

☐ Scanner  
(Corps Entier)

☐ Radiologie  
Numérique

☐ Echo-Doppler  
(Couleur)

DR BENBRAHIM

Dr. Abdellah BENBRAHIM  
Médecin Radiologue  
Polyclinique CNSS DERB-GHALEF  
INPE 21076706



INPE 090001512  
ICE 001757364000080

Polyclinique  
Derb-Ghallel

مصلحة الفحص بالأشعة

## SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 10/11/2019

Patient (e) : CHRIFI DRISS

RX. JAMBE + CHEVILLE DROIT F+P

Fracture du 1/3 inférieur du tibia droit.

☐ I.R.M  
( 1.5 Tesla )

☐ Scanner  
(Corps Entier)

☐ Radiologie  
Numérique

☐ Echo-Doppler  
(Couleur)

Dr CHERKAOUI AICHA

  
Dr. CHERKAOUI AICHA  
MEDECIN RADIOLOGIE  
T. P. 18798652



POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef  
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux  
20100 CASABLANCA  
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020  
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058




N° IPP : 431285		N° SEJOUR : 190076313		<b>FACTURE N° 1905053737</b>		DATE D'ENTREE : 10/11/2019		DATE DE SORTIE : 10/11/2019		
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : CHRIFI,Driss				
MALADE : CHRIFI,Driss										
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
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
ACTES DE CHIRURGIE ET D'ANESTHESIE ACTE DE CHIRURGIE	KC	10.00	22.50	225.00					0.00	225.00
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	2.00	7.50	15.00					0.00	15.00
FOURNITURES MEDICALES				236.92					0.00	236.92

Total à reporter				596.92		0.00		0.00		596.92
------------------	--	--	--	--------	--	------	--	------	--	--------

N° IPP : 431285      N° SEJOUR : 190076313				FACTURE N° 1905053737		DATE D'ENTREE: 10/11/2019      DATE DE SORTIE: 10/11/2019			
UF de présence: 5002 URGENCES									

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				596.92		0.00		0.00		596.92	
Intervenant : 06112011 DR RABANI ABDEL TIF (GENERALISTE)				TOTAUX :	596.92					596.92	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CINQ CENT QUATRE-VINGT SEIZE DHS ET QUATRE-VINGT DOUZE CENTIMES					PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
					REMISE :	0.00	REGLE :	596.92		AVOIR :	
					RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 10/11/2019      EDITEE LE : 12/11/2019      PAR: LAHLOU					ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA					N° DE POLICE :		DATE AT :				
					Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef						
					BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA						
					N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31						

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef  
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux  
20100 CASABLANCA  
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020  
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 1114186	N° SEJOUR : 190076289	<b>FACTURE N° 1905053713</b>		DATE D'ENTREE : 10/11/2019		DATE DE SORTIE : 10/11/2019				
ASSURE :				DESTINATAIRE :						
MALADE : CHRIFI,Driss		UF: 5002 URGENCES		CHRIFI,Driss						
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
ACTES DE RADIOLOGIE ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	30.00	10.00	300.00					0.00	300.00

Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .	TOTAUX :	300.00						300.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENTS DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	300.00			AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 10/11/2019	EDITEE LE : 12/11/2019	PAR: LAHLOU	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef			
			BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
			N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31			

*Duplicata*





MR. CHARFI DMISS

N° 89 12.

Je déclare par l'honneur MR. CHARFI  
DMISS avoir tombé dans la salle de  
sein et à domicile ce qui a causé une fracture

Signature:

