

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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.

## Thérapeutique :

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

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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19- 056126

MS 24218

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 71e4726 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0663722706 Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



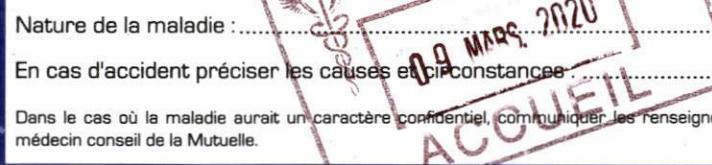
Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Enfant

Fille  Soeur  Frère  Mère  Père



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) : .....



## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

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.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

## تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، ...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر، في هذه الحالة. يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصاروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لأنحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع و كالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصریح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع الوكالة  
Cachet et signature de l'Agence

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier: ٢٠٢١\_٠٦\_١٢

Date d'arrivée: ٢٠٢١\_٠٦\_١٢

تاريخ الاستلام: ٢٠٢١\_٠٦\_١٢



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de Soins Maladie  
\* موافقة مسبقة \*  
Entente préalable \*

\* تنفيذ \*  
Exécution \*

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire  
Réf. ANAM 610-1-02  
مراجع رقم: 610-1-02  
Réf. ANAM

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : رقم التسجيل :

Michele Brahma, saltyle

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

٢٤٣١١٢١٢١٢٣١٢٣١

رقم بطاقة التعريف الوطنية بين المستفيد والمؤمن له (لها) \*

٢٤٣١١٢١٢١٢٣١٢٣١

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) \*

ابن

العنوان : Michele Brahma Nakhai - Maroc

مبلغ المصارييف :

١٧٥٥,٥ درهم Dhs

عدد الوثائق المرفقة :

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

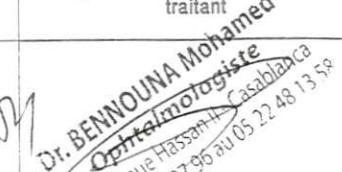
الجنس: \*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المعمشتر

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
نوع العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
2023-05-10	100	A	300 M	 <b>Dr. BENNOUNA Mohamed</b> <b>Ophtalmologiste</b> 47, Avenue Hassan II Casablanca Tel: 05 22 22 87 96 au 05 22 48 13 59	
INPE et code à Barres					
1_1_1_1_1_1_1_1_1_1					
INPE et code à Barres					
1_1_1_1_1_1_1_1_1_1					

Actes Paramédicaux					العمليات المساعدين الطبيين
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
09 07 12013				1000	OPTIQUE MILLE POUR CENT PC PARISIEN OPTOMETRISTE
INPE et code à Barres 091023706					
INPE et code à Barres 1111111111111111					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

بيانات الإيجياء، الأشعة والصور					بيانات الإيجياء، الأشعة والصور
نوع وظيفة طبيب الأشعة أو الإيجياني					Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
المبلغ المفoter	معامل العمليات	رمز العمليات	نوع الإيجياء	نوع العمليات	نوع الإيجياء
Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	Montant facturé	Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	نوع العمليات	Code des actes	Date des actes
INPE et code à Barres					
_____	_____	_____	_____	_____	_____
INPE et code à Barres					
_____	_____	_____	_____	_____	_____

جريدة الوصفات التي تعرّف تفاصيلها و التجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية	الثمن المفوتر	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	Prix facturé	
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

 <b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري</b> <b>RELEVE DES PRESTATIONS AMO</b>	 الضمان الاجتماعي C.N.S.S	<b>مديرية التأمين الصحي الإجباري</b> Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire  REF : 610 2 06 : مرجع رقم Page : 1
<b>Référence structurée :</b> 190888273971723		<b>Emis à Casablanca le :</b> 22/08/2019
<b>Identifiant de la famille</b> <b>تعريف العائلة</b>		<b>MICALE GIOVANNI BATTISTA</b> 104 BRAHIM NAKHAI CASABLANCA 2037
N° d'immatriculation: 131114143 Règlement du mois : 08/2019 Mode de paiement : Virement		
<b>Informations :</b> <b>معلومات :</b>		

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	ال العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
<b>MICALE GIOVANNI BATTISTA</b>										
060331429	10/06/2019	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
060331429	10/06/2019	B	BIOLOGIE	1 725,00	1,10	270,00	1,00	1 397,00	70	977,90
060331429	10/06/2019	Z	RADIOLOGIE	600,00	150,00	1,00	2,00	300,00	70	210,00
<b>Total remboursé pour GIOVANNI BATTISTA</b>										<b>1 292,90</b>
<b>MICALE INAS</b>										
060331428	02/07/2019	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
060331428	02/07/2019	VER	OPTICIEN	900,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
060331428	02/07/2019	MON	OPTICIEN	500,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
<b>Total remboursé pour INAS</b>										<b>420,00</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>1 712,90</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Date : mardi 16 juillet 2019  
Heure : 11 h 43 UTC

التاريخ:  
الساعة:

المرسل إليه:  
Destinataire :

MICALE GIOVANNI BATTISTA  
104 BRAHIM NAKHAI  
20370  
CASABLANCA



N° CNSS	131114143	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité		رقم البطاقة الوطنية للتعرف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	1700 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	2 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	MICALE INAS	المستفيد

Madame, Monsieur,

Nous avons bien reçu votre demande et elle sera transmise au service compétent.

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة.

سيدي، سيدتي،

تم معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص الذين تجاه معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي

Pour plus d'informations :  
merci de visiter notre site Web  
ou le portail des assurés  
ou l'application mobile  
ou appeler notre serveur vocal au numéro  
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

[www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portal/](http://www.cnss.ma/Portal/)  
Ma CNSS  
080 20 30 100  
080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات :

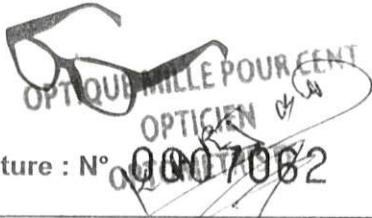
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم  
أو تطبيق الهاتف  
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم

أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

الناشر  
05 22 41 80 51  
Fax  
06 08 89 06 16  
/ 17  
الهاتف  
CASABLANCA  
ville  
Place du temple Immeuble  
E pres du complexe med v

العنوان  
Adresse  
MAARIF

رئاسة  
Agence



Facture : N° 0007082

## Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Date : 09/07/2019

Mr : MICALFIMES

Docteur : BENNAMNA M'HAMED

Type des Verres : ORGANIQUE, SG BUT

CUT BLUE MC

Monture : PLASTIQUE 500,00

\* Vision de Loin :

OD Axe..... Cyl..... +1,00 Sph..... 450,00

OG Axe..... Cyl..... +1,00 Sph..... 450,00

\* Vision de Près :

OD Axe..... Cyl..... Sph.....

OG Axe..... Cyl..... Sph.....

Add : OPTIQUE MILLE POUR CENT  
OPTIQUE MILLE POUR CENT  
OPTICIEN  
OPTOMETRISTE

Montant : 1100,00

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de : mille quatre  
cent dollars

N° 425 Centre-Ville Bd Anglais - Casablanca  
ICE: 001834000001810 - IF: 018345 - R.C : 242426  
T.P : 023451 - PATENTE : 30057211

Dr. Chahidi Naima



## الدكتورة نعيمة شهيدى

أخصائية في أمراض العظام  
والمفاصل والروماتيزم  
طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس  
أمراض العمود الفقري (باريس)  
أمراض الروماتيزم (ليل-فرنسا)  
العلاج بالأدوية البيولوجية  
هشاشة العظام

RHUMATOLOGUE  
Spécialiste des maladies des os, articulation  
et colonne vertébrale  
Ancienne interne des Hopitaux de Paris  
Pathologies rachidiennes (Paris)  
Maladies rhumatismales (Lille)  
Biothérapie  
Ostéoporose

Le 01/04/19

M. GIOVANNI AICALE

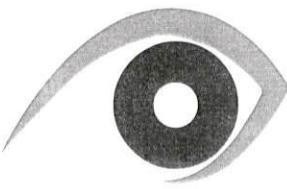
Calcémie  
Albuminie  
260 mg/dl D  
CT NTG 1 HDL 1 CM.

Dr. CHAHIDI Naima  
Rhumatologue  
173, Bd. Yacoub El Mansour  
Espace Andalousse, 1er étage N°6  
Tél: 05 22 95 14 38

173 شارع يعقوب المنصور، فضاء الأندلس، الطابق الأول، رقم 6، المعريف، الدار البيضاء  
173 Boulevard Yacoub EL Mansour Espace Andalousse, 1<sup>er</sup> étage, N°6 Maarif, Casablanca  
Tél: 05 22 95 14 38  
E-mail: chahidirhumatologie@gmail.com

*Dr Bennouna Mohamed*  
**OPHTHALMOLOGISTE**

Lauréat de La Faculté de Médecine de Paris  
Maladies des Yeux  
Chirurgie Oculaire et Orbito-Palpébrale  
Chirurgie Réfractive



الدكتور بنونة محمد

خريج كلية الطب بباريس  
اختصاصي في أمراض العيون  
جراحة العين والجفن  
جراحة تصحيح البصر

Casablanca le, 02 juillet 2019

Mme MICALE INES

Monture pour enfant + verres correcteurs  
Organiques, Antireflets multi-couches, Filtre anti-lumière bleue

OD = + 1.50

OG = + 1.50

OPTIQUE MILLE POURCE  
OPTICAL  
OPTOMETRISTE

Dr. BENNOUNA Mohamed  
Ophtalmologiste  
47 Avenue Hassan II - Casablanca  
Tél: 05 22 22 87 96 au 05 22 42 13 58

En cas d'urgence : 05 22 25 71 71 : الحالات المستعجلة

47, Av. Hassan II, 1er étage - Casablanca شارع الحسن الثاني، الطابق الأول - الدار البيضاء  
Tél.: 05 22 22 87 96 / 05 22 48 13 58 الهاتف :  
Fax : 05 22 47 32 60 الفاكس :  
TRAM : Station Place M<sup>ed</sup> V  
E-mail : [bennouna.oph@gmail.com](mailto:bennouna.oph@gmail.com) / GSM : 06 06 25 45 85