

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 canaux, 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 canaux.

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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal 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° W19-524748

ND = 24806
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2457 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HALLOUL Zitouni

Date de naissance : 01/01/1955 Zagora

Adresse : Passage Halima Saida 19 Hay El Berrechid
BERRECHID

Tél. : 06 44 778 112 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. HAMDY Sanaa
Médecin
Clinique IBN ZOHR
46, Lot. El Amal - BERRECHID

Date de consultation : 12/02, 2020

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjointe ☐ Enfant

Nature de la maladie : MUPRAS
la genou gauche

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 : / /

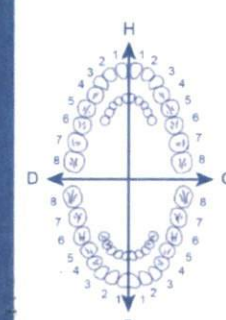
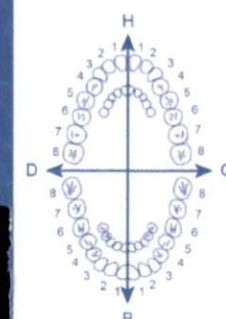
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
21/12/20	Cs	200 DH		INP : 0161241472 Dr. HAMDY Sanaa Médecin Clinique IBN ZOHR 46, Lot. El Amal - Berrachid
	Suture	1 400 DH		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/02/20	323.00

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		

CLINIQUE IBN ZOHR



مصلحة ابن زهر

Berrechid le 12/02/2020

ORDONNANCES

ZITOUNI HALLOUL

28.0

SAT

22.0

Augmentin 1g

1st x 3 / 10 T.

19.0

Floyf 1000

1 cp x 3 / 8

22.0

Carlo liprane 1000

1 cp x 3 / 8

Clinique IBN ZOHR
46, Lot El Amal - Berrechid

323.0



Dr. HAMDY Sanaâ
Médecin
Clinique IBN ZOHR
46, Lot El Amal - BERRECHID

Codolibrane®

PARACETAMOL ET CODEINE

FPV 22D H20
PER 10/21
LOT 12429

Excipients : gélatine, acide stéarique, amid

Codolibrane®

Paracétamol 400 mg

Phosphate de codéine 20 mg

16 COMPRIMES SECABLES



6 118000 040217

comprimé sécable

400,00 mg

20,00 mg

15,62 mg

comprimé.

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 16.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N. Système nerveux central)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol ou à la codéine,
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, Notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine ou la pentazocine, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et de la codéine. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (cf. posologie).



FLAGYL® 500 mg

Métronidazole

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20

P.P.V. : 49DH80

LOT : 19E001

PER: 06 2024

1.

a)

FLU

b)

Métronidazole

Excipients : amidon de blé, povidone K 30, stéarate de magnésium, hypromellose, macrogol 20000, pour un comprimé pelliculé.

c) Forme pharmaceutique et présentation :

Comprimé pelliculé, boîte de 20.

d) Classe pharmaco-thérapeutique :

ANTIBIOTIQUES ANTIBACTÉRIENS ANTI-PARASITAIRES de la famille des nitro-5-imidazolés.

2. DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament est indiqué dans le traitement de certaines infections à germes sensibles (bactéries, parasites).

3. ATTENTION !

a) Dans quel(s) cas ne pas utiliser ce médicament :

- Ce médicament ne doit jamais être utilisé dans les cas suivants :
 - allergie aux médicaments de la famille des imidazolés (famille d'antibiotiques à laquelle appartient le métronidazole),
 - intolérance ou allergie au gluten, en raison de la présence d'amidon de blé (gluten).

- Ce médicament ne doit généralement pas être utilisé en association avec le disulfirame ou l'alcool (boissons alcoolisées, médicaments contenant de l'alcool).

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

b) Mises en garde spéciales :

- La prise de boissons alcoolisées durant ce traitement est déconseillée en raison du risque de réactions à type de rougeur du visage, chaleur, vomissements, accélération du rythme cardiaque.

- Il convient d'interrompre le traitement et de consulter un médecin en cas d'apparition d'une mauvaise coordination des mouvements volontaires, apparition de vertiges ou de confusion.

- Attention à la prise de ce médicament si vous souffrez de troubles nerveux sévères, chroniques ou qui évoluent.

- La prise de ce comprimé est contre-indiquée chez l'enfant avant 6 ans car il peut avaler de travers et s'étouffer.

c) Précautions d'emploi :

- En cas d'antécédents de troubles sanguins, de traitement à forte dose et/ou de traitement prolongé, votre médecin peut être amené à contrôler régulièrement par des examens sanguins votre numération formule sanguine.

SANOFI

- En cas de traitement prolongé, il est important de prévenir votre médecin en cas de survenue de troubles nerveux (fourmillements, difficulté à coordonner des mouvements, vertiges, convulsions).

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

d) Interactions médicamenteuses et autres interactions :

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, et notamment avec le disulfirame et l'alcool, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

La prise de ce médicament peut perturber les résultats de certains examens de laboratoire (recherche de tréponèmes) ; le métronidazole peut en effet faussement positiver un test de Nelson.

e) Grossesse - Allaitement :

En cas de besoin, ce médicament peut être pris pendant la grossesse. Il convient cependant de demander l'avis à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre ce médicament.

Eviter l'allaitement pendant la prise de ce médicament.

D'UNE FAÇON GENERALE, IL CONVIENT, AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT, DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT.

f) Conducteurs et utilisateurs de machines :

L'attention est attirée, notamment chez les conducteurs de véhicules et les utilisateurs de machines, sur les risques de vertiges, de confusion, d'hallucinations ou de convulsions, attachés à l'emploi de ce médicament.

g) Liste des excipients dont la connaissance est nécessaire pour une utilisation sans risque chez certains patients :

Amidon de blé (gluten).

4. COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

a) Posologie :

Ce médicament est réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de six ans. Chez l'enfant de moins de six ans, il existe des formes pharmaceutiques plus adaptées.

La posologie dépend de l'âge et de l'indication thérapeutique.

À titre indicatif, la posologie usuelle est :

- chez l'adulte : de 0,750 g/jour à 2 g/jour,
 - chez l'enfant : 500 mg/jour à 20 - 40 mg/kg/jour.
- Dans certains cas, votre partenaire doit être impérativement traité, qu'il présente ou non des signes cliniques.
- DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

b) Mode et voie d'administration :

Voie orale.

AUGMENTIN 1 g/125 mg ADULTES, poudre pour suspension buvable en sachet-dose

AUGMENTIN
Amoxicilline/Ac

Dénomination du

Veuillez lire attentivement

- Gardez cette notice
- Si vous avez d'autres médicaments

• Ce médicament vous a été personnellement prescrit (ou a été prescrit à votre enfant) ; 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 présentez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE AUGMENTIN ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE AUGMENTIN ?
3. COMMENT PRENDRE AUGMENTIN ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER AUGMENTIN ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE AUGMENTIN ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique

AUGMENTIN est un antibiotique qui tue les bactéries responsables des infections. Il contient deux molécules différentes, appelées amoxicilline et acide clavulanique. L'amoxicilline appartient à un groupe de médicaments appelés « pénicillines », qui peuvent parfois arrêter d'être efficaces (être inactivés). L'autre constituant actif, l'acide clavulanique, empêche cette inactivation.

Indications thérapeutiques

AUGMENTIN est utilisé pour traiter les infections dues aux germes sensibles et/ou après un traitement par ce même médicament administré par voie injectable, notamment dans certaines situations où les espèces bactériennes responsables de l'infection peuvent être multiples et/ou résistantes aux antibiotiques actuellement disponibles.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE AUGMENTIN ?

Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament

AUGMENTIN 1 g/125 mg ADULTES, poudre pour suspension buvable en sachet-dose :
Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

AUGMENTIN 500 mg/62,5 mg ADULTES, comprimé pelliculé : sans objet.

Ne prenez jamais AUGMENTIN :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à l'amoxicilline, à l'acide clavulanique, à la pénicilline ou à l'un des autres composants contenus dans AUGMENTIN (dont la liste est fournie à la rubrique 6).
- Si vous avez déjà présenté une réaction allergique grave (d'hypersensibilité) à un autre antibiotique. Ceci peut inclure une réaction cutanée ou un gonflement du visage ou du cou.
- Si vous avez déjà eu des problèmes au foie ou développez un icterus (jaunissement de la peau) lors de la prise d'un antibiotique.

→ Ne prenez pas AUGMENTIN si vous êtes dans l'une des situations mentionnées ci-dessus.

En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre AUGMENTIN.

Faites attention avec AUGMENTIN :

- Demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre ce médicament si vous :
 - souffrez de mononucléose infectieuse,
 - êtes traité(e) pour des problèmes au foie ou aux reins,
 - n'urinez pas régulièrement.

En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre AUGMENTIN.

Dans certains cas, votre médecin pourra rechercher le type de bactérie responsable de l'infection. Selon les résultats, il pourra vous prescrire un dosage différent de AUGMENTIN ou un autre médicament.

Réactions nécessitant une attention particulière

AUGMENTIN peut aggraver certaines maladies ou engendrer des effets secondaires graves, notamment des réactions allergiques, des convulsions et une inflammation du gros intestin. Lorsque vous prenez AUGMENTIN, vous devez surveiller certains symptômes afin de réduire les risques. Voir « Réactions nécessitant une attention particulière » à la rubrique 4.

Tests sanguins et urinaires

Si vous effectuez des analyses de sang (nombre de globules rouges ou explorations fonctionnelles hépatiques) ou des analyses d'urine (dosage du glucose), vous devez informer le médecin ou l'infirmière (ier) que vous prenez AUGMENTIN. En effet, AUGMENTIN peut influer sur les résultats de ces types de tests.

Prise ou utilisation d'autres médicaments

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, parlez-en à votre médecin ou à

AUGMENTIN 1 g/125 mg
24 sachets



les médicaments vendus sans ordonnance, et aussi les produits en traitement de la goutte) avec AUGMENTIN, le risque de réaction est (en traitement de la goutte), votre médecin peut décider d'ajuster

Si des médicaments destinés à empêcher la coagulation du sang (tels que la warfarine) sont pris avec AUGMENTIN, des analyses sanguines supplémentaires peuvent être requises.

AUGMENTIN peut influer sur l'action du méthotrexate (un médicament utilisé pour traiter le cancer ou les maladies rhumatismales).

AUGMENTIN peut influer sur l'action du mycophénolate mofétil (traitement pour prévenir le rejet de greffe d'organes).

Grossesse et allaitement

Si vous êtes enceinte ou s'il est possible que vous le soyez, ou si vous allaitez, vous devez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre un quelconque médicament.

Conduite de véhicules et utilisation de machines :

AUGMENTIN peut provoquer des effets indésirables susceptibles de réduire la capacité à conduire. Ne conduisez pas et n'utilisez pas de machines si vous ne vous sentez pas bien.

Informations importantes concernant certains composants de AUGMENTIN 1 g/125 mg

ADULTES, poudre pour suspension buvable en sachet-dose :

- AUGMENTIN contient de l'Aspartam (E951), qui est une source de phénylalanine. Celle-ci peut être nocive chez les enfants nés avec une maladie appelée « phénylcétonurie ».
- AUGMENTIN contient de la maltodextrine (glucose). Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

AUGMENTIN 500 mg/62,5 mg ADULTES, comprimé pelliculé : sans objet

3. COMMENT PRENDRE AUGMENTIN ?

Instructions pour un bon usage

Respectez toujours la posologie indiquée par votre médecin. En cas de doute, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Posologie, Mode et/ou voie(s) d'administration, Fréquence d'administration et Durée du traitement

Posologie

Adultes et enfants de 40 kg et plus

• Dose habituelle : 1 sachet 1 g/125 mg ou 2 comprimés 500 mg/62,5 mg trois fois par jour

• Dose inférieure : 1 sachet 1 g/125 mg ou 2 comprimés 500 mg/62,5 mg deux fois par jour

Enfants pesant moins de 40 kg

Les enfants âgés de 6 ans ou moins doivent de préférence être traités avec AUGMENTIN en suspension buvable ou en sachet 500 mg/62,5 mg.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien si vous devez donner des comprimés de AUGMENTIN à des enfants pesant moins de 40 kg.

Patients souffrant de problèmes rénaux et hépatiques

En cas de problèmes rénaux, une adaptation de la posologie peut être nécessaire. Le médecin pourra prescrire un dosage différent ou un autre médicament.

En cas de problèmes au foie, des analyses de sang plus fréquentes pourront être nécessaires afin de vérifier le fonctionnement de votre foie.

Comment prendre AUGMENTIN ?

• **AUGMENTIN 1 g/125 mg sachets :** Juste avant la prise de AUGMENTIN, ouvrez le sachet et mélangez son contenu dans un demi-verre d'eau.

Avalez le mélange au début d'un repas ou un peu avant.

AUGMENTIN 500 mg/62,5 mg adulte comprimés : Avalez les comprimés entiers avec un verre d'eau au début d'un repas ou un peu avant.

• Répétez les prises de manière régulière au cours de la journée ; elles doivent être espacées de au moins 4 heures. Ne prenez pas 2 doses en 1 heure.

• Ne conduisez pas et n'utilisez pas de machines si vous ne vous sentez pas bien.

• Ne prenez pas AUGMENTIN pendant plus de 2 semaines. Si vos symptômes persistent, consultez de nouveau un médecin.

Si vous avez pris plus de AUGMENTIN que vous n'auriez dû :

La prise d'une quantité excessive de AUGMENTIN peut entraîner des maux de ventre (nausées, vomissements ou diarrhée) ou des convulsions. Parlez-en à votre médecin le plus tôt possible. Montrez la boîte de médicament au médecin.

Si vous oubliez de prendre AUGMENTIN :

Si vous avez oublié une dose, prenez-la dès que vous vous y pensez. Attendez ensuite environ 4 heures avant de prendre la dose suivante.

Si vous arrêtez de prendre AUGMENTIN ?

Vous devez continuer de prendre AUGMENTIN jusqu'à la fin du traitement, même si vous vous sentez mieux. Toutes les doses sont importantes pour combattre l'infection. Si certaines bactéries devaient survivre, elles pourraient être à l'origine d'une réapparition de l'infection.

CLINIQUE IBN ZOHR



مستشفى ابن زهر

RECU DE VERSEMENT

DATE : 2 12/02/2022

Nom et prénom : ZITOUNI HALLOUL

Prestations : CS + 14 point de suture

Honoraires : 300 + 14 000

N° de téléphone : 06 60 34 9383

Nom assurance ou mutuelle : MI PRAS

Medecin : Dr HAMDI

CIN : B 124281

Signé :



Berrechid le : 12

Clinique IBN ZOHR
Lot El Amal - Berrechid

CLINIQUE IBN ZOHR		Organisme gestionnaire d'assurance maladie	
INPE	60062718	MUPRAS	
Médecin traitant:			
FACTURE		B19428143873	
Assuré			
Nom et prénom	HALLOUL ZITOUNI	Nom et prénom :	HALLOUL ZITOUNI
N°CIN:	B194281	N°CIN:	B194281
DATE D'ENTREE	12/02/2020	Assurée Conjoint	12/02/2020
		Diagnostic	
PARTIE CLINIQUE			
Frais de séjour		Nombre jours	PU
Séjour normal			
Réanimation			
Réa. néo natale			
Soins intensifs			
Couveuse			
Prestation		coef	PU
Bloc opératoire			
POINT DE SUTURE		1	1400
kyste sébacé du sourcil droite			1 400,00
Fourniture			PU
Pharmacie médicale			
SOINS			
ECG			
osteo synthese			
Exploration		Qté	PU
UROSCANNER			
ECHO TSA			
BODY SCAN			
UROSCANNER			
TOTAL CLINIQUE			1 400,00
HONORAIRES DES PRESTATIONS			
	Qté	PU	Total
Visite médicale	1	300	300,00
Surveillance en réanimation			0,00
Surveillance en soins intensifs			0,00
Surveillance en chambre médicale			0,00
Actes chirurgicaux			0,00
Actes Anesthésie -Réanimation			0,00
Visite Spécialiste			0,00
TOTAL HONORAIRES DES PRESTATIONS			300,00
TOTAL GENERAL			1 700,00
Arrêté la présente facture à la somme totale de (en Dirhams et en toutes lettres)		MILLE SEPT CENT DH	
PAYER PAR			

VISA ET CACHET DE LA CLINIQUE

مصلحة ابن زهر
Clinique IBN ZOHR
46, Lot. El Amal - Berrechid

**Centre
Monétique
Interbancaire**

12/02/20 18:07:59
9900635336
96353301
CLINIQUE IBN ZOHR
Berrechid

A00000000041010
APP : MASTERCARD
RIDA/MINA.MME
xxxxxxxxxxxxxx3467
01/28 CARTE NATIONALE
64A81D41F2DBED2B
220-0-9999-1-55

MONTANT: 1700,00 MAD

NUM TRANSACTION : 001
NUM AUTORISATION: 794575
STAN : 001091

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT