

CLINIQUE CHIVA

ZRA N° 54

Tel: 525 80 80 Fax: 525 34 35

ORIGINAL



RECU N° : 12201305132014442

DU: 2013-05-13 00:00:

NUM PATIENT : 201305132014182

NOM PRENOM : meden khaled

ACTE	NBR	TARIF
famille pres1 acte1	1	1300.0
TOTAL		1300.0
REGLEMENT		chambre2

Reçu imprimé par baba