

# 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
- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4214 Société : R.A.J

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Abdellahoui Hamed Jouni

Date de naissance : 1953

Adresse : Villa 77 lot 15 Dabat CASABLANCA

Tél. : 0662780571 Total des frais engagés : 9804,5 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : / /

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 : Casablanca Le : 10/10/22

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
				(Signature et cachet de la banque CFE Total dép. 88045 Quinze jours 33 euros)

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
	</			



Caisse des Français de l'Étranger

160 RUE DES MEUNIERS  
CS 70238 RUBELLES 77052 MELUN CEDEX  
Tél. : 33 1 64 14 62 62  
www.cfe.fr

MR ABDELLAOUI HAMDOUNE  
VILLA 72 LOTISSEMENT AIN DIAB II  
ANFA  
20180 CASABLANCA  
MAROC

Rubelles, le 13/09/2022

## AVIS DE REGLEMENT

Page 1

N°	Dates	Détail des prestations	Dépense réelle en Euros	Eléments de calcul					Montant du remboursement
				Prix unitaire	Coeff.	Nbre	Base de rembt	Taux	
1	ASSURE : HAMDOUNE - Maladie 05/09/2022 05/09/2022 06/09/2022 06/09/2022 TOTAL DU DECOMPTE	(100%) ETR : PHARMACIE ETR : CONSULTATION SPÉCIALISTE REFERENCE : 20220913I00562 -E	8,05 259,42	25,00		1 1	8,05 25,00	100 100	8,05 25,00 33,05

Montant total payé en Euros

33,05

Merci d'attendre quelques jours avant de formuler une réclamation si ce décompte n'intègre pas toutes les factures adressées par un même envoi postal. Il peut effectivement arriver que le remboursement de vos dépenses médicales intervienne à quelques jours d'intervalle en fonction de la nature des soins facturés.

Notre procédure de remboursement diffère en fonction du lieu de réalisation des soins. En cas d'envoi simultané de vos feuilles de soins (réalisés en France et à l'étranger), vous recevrez des décomptes séparés, une fois les remboursements effectués.

Lorsque vous déposez en ligne vos demandes dans votre Espace Personnel, vous devez garder les documents originaux pendant une période maximum de 27 mois à partir de la date de vos soins.

Les expatriés et leurs ayants droit assurés à la CFE ne sont pas concernés par les dispositions relatives au parcours de soins en France et n'ont pas à choisir de médecin traitant, ni à le consulter avant une visite chez un spécialiste. Les dépassements d'honoraires, prévus en cas de non-respect du parcours de soins en France ne leur sont pas applicables. (circulaire ministérielle n°2005-275 du 27/05/05)

Assuré

N° de Sécurité Sociale : 1 53 52 99 350 747 76

Règlement

Référence : 20220913I00562

Nom : ABDELLAOUI  
Prénom : HAMDOUNE

Destinataire : MR OU MME BRICE ABDELLAOUI

Mode : Virement SEPA

Compte : FR56 3000 2083 3400 0002 6827 D48

**ÉTAT DÉCLARATIF A COMPLÉTER PAR L'ADHÉRENT POUR LES SOINS RECUS A L'ETRANGER**  
QUEL QUE SOIT LE PAYS DE DISPENSE DES SOINS

Identité du malade : **NOM : ABDELLAOUI** **PRENOM : KADDOUVE** **DATE DE NAISSANCE : 1/1/1953**

**Détails des actes médicaux**

**Nom du praticien  
ou de l'établissement**

**Date des soins**

**Montant réglé  
en monnaie  
locale**

**Montant  
éventuellement  
pris en charge par  
l'organisme local**

**CONSULTATION(S)**

- Généraliste  Spécialiste  
 Au cabinet / En établissement  Au domicile  
 Généraliste  Spécialiste  
 Au cabinet / En établissement  Au domicile  
 Généraliste  Spécialiste  
 Au cabinet / En établissement  Au domicile  
 Généraliste  Spécialiste  
 Au cabinet / En établissement  Au domicile

.....

15/09/2022

5000

.....

**CARDIOLOGIE**

- Électrocardiogramme (ECG)  
 Électrocardiogramme + test d'effort (EFF)  
 Autre acte, à préciser : .....

.....

15/09/2022

.....

.....

**ACTE(S) D'IMAGERIE**

- Radiographie, zone à préciser : .....
- Radiographie panoramique
- Mammographie :  Unilatérale  Bilatérale
- Scanner
- IRM
- Électroencéphalogramme
- Echographie, zone à préciser : .....
- Autre, à préciser : .....

.....

15/09/2022

.....

.....

**ACTE(S) DISPENSÉ(S) PAR UN AUXILIAIRE MÉDICAL (Kinésithérapeute, infirmier(e), orthophoniste, ...)**

Date de la prescription : 15/09/2022

Traitements dispensés du 15/09/2022 au 15/09/2022

Nombre de séances dispensées : .....

Description du traitement :

.....

**ANALYSES DE LABORATOIRE**

Date de la prescription : 15/09/2022

Date d'exécution : 15/09/2022

.....

.....

Date de la prescription : 15/09/2022

Date d'exécution : 15/09/2022

.....

.....

**PHARMACIE / FOURNISSEUR**

Date de la prescription : 15/09/2022

Date de délivrance : 15/09/2022

.....

.....

Date de la prescription : 15/09/2022

Date de délivrance : 15/09/2022

.....

.....

Date de la prescription : 15/09/2022

Date de délivrance : 15/09/2022

.....

.....

Date de la prescription : 15/09/2022

Date de délivrance : 15/09/2022

.....

.....

**AUTRES FRAIS DE SANTÉ**

Description des frais facturés :

.....

.....

15/09/2022

.....

.....

.....

15/09/2022

.....

.....

DR. EL KHALIFA  
Gastro-entérologie, hépatologie  
Res. les Feuillages, Casablanca  
0522 20 24 22

## FEUILLE DE SOINS DISPENSÉS A L'ÉTRANGER

Réserve à l'usage exclusif des adhérents de la CFE – A ne pas utiliser pour les soins reçus en France

Pour vous aider à renseigner cette feuille de soins, vous êtes invité(e) à vous référer aux conseils pratiques en bas de cette page

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (obligatoire) : 11151152119913501747176

NOM (en capitales) : Abdelkouï

Date de naissance : 16/11/53

Prénom : Houmoudine

Pays où ont été dispensés les soins : Tunisie

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE (s'il ne s'agit pas de l'adhérent)

NOM (en capitales) : ..... Date de naissance : 11/11/11

Prénom : .....

Exerce-t-il actuellement une activité professionnelle ?  Oui  Non ⇒ Si oui, laquelle ? .....

Est-il retraité ?  Oui  Non

A-t-il des ressources personnelles de quelque nature que ce soit ?  Oui  Non

Je m'engage à signaler tout changement dans la situation de cet ayant-droit

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES SOINS (s'il ne s'agit pas de maladie)

Accident causé par un tiers, indiquez la date :   /  /  

Accident de travail, indiquez la date :   /  /  

Maternité, indiquez la date de conception :   /  /  

(si vous ne l'avez pas envoyée, joignez votre déclaration médicale de grossesse)

### MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

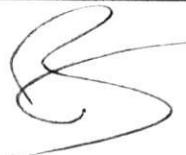
Les remboursements sont effectués systématiquement selon les modalités habituelles.

Signaler tout changement d'adresse et de domiciliation bancaire (RIB à joindre)

J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés sur ce document et m'engage à signaler à la CFE toute modification de ma situation et notamment tout changement de pays. Les fraudes ou fausses déclarations exposent à l'application de pénalités, à la radiation, à des peines d'amende et/ou d'emprisonnement (articles L766-1-3 et L766-2-2 du code de la Sécurité Sociale – articles 313-1, 313-2-5, 441-1 et 441-6 du code pénal).

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des dossiers de sécurité sociale des Français de l'étranger. Les destinataires des données sont : les organismes de protection sociale français, les caisses de retraite, les organismes gestionnaires de complémentaire santé, le ministère des Affaires étrangères, les établissements et professionnels de santé, les employeurs mandatés et les organismes bancaires. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, que vous pouvez exercer en vous adressant au responsable de traitement : Monsieur le Directeur de la CFE, CFE RELATION CLIENT – 160 rue des Meuniers – 77950 RUBELLES – France

Signature :



### RENOUVELLEMENT DES FEUILLES DE SOINS (imprimé téléchargeable sur notre site [www.cfe.fr](http://www.cfe.fr), rubrique « vos imprimés »)

Pour obtenir des feuilles de soins dispensés à l'étranger, indiquez le nombre souhaité : .....

### IMPORTANT : CONSEILS PRATIQUES AUX ADHÉRENTS

- Utilisez une feuille de soins par malade.
- Complétez obligatoirement cette 1<sup>re</sup> page : tous les éléments doivent être renseignés pour le bon traitement de votre demande. N'omettez pas d'indiquer votre numéro de sécurité sociale et de signer la feuille de soins. Le verso doit également être complété par vos soins.
- Pour être remboursé(e), joignez systématiquement à la présente feuille de soins les éléments ci-dessous :
  - ⇒ les factures originales détaillées et acquittées attestant du paiement pour chacune des dépenses.
  - ⇒ les prescriptions médicales (avec nom et prénom du malade) pour les frais suivants : médicaments, analyses médicales, appareillage, actes en série, frais d'optique.
  - ⇒ ainsi que, en cas de traitement en série, un état de frais indiquant toutes les dates de soins (massages par exemple).
- Dans tous les cas, le remboursement des feuilles de soins est subordonné à l'acquit de vos cotisations à la date des soins.
- Pensez à joindre un RIB lors de votre 1<sup>er</sup> envoi de feuille(s) de soins.
- Pour tout renseignement complémentaire, consultez le site de la CFE : [www.cfe.fr](http://www.cfe.fr)



AKDITAL

Clinique longchamps  
مصحة لونشون

Casablanca, le 26/8/01

- Difficulté d'écriture
- Lettres Retail autres arabe

→ Dysgraphie Retail !!

↳ (écriture)

~~POLYCLINIQUE ALTAIS  
Casablanca  
Tél. : 05 22 97 94 94 - Fax : 05 22 94 89 39  
E-mail : direction@cliniquelongchamps.ma  
Site web : www.cliniquelongchamps.ma~~

~~4, Bd. Ghandi, Casablanca 20250  
Tél. : 05 22 97 94 94 - Fax : 05 22 94 89 39  
E-mail : direction@cliniquelongchamps.ma  
Site web : www.cliniquelongchamps.ma~~

08/08/2022

845  
Dr. Azzemour  
Dr. Moura  
Dr. Pharmacie Supérieure  
Rue d'Azemmour 22501 16  
ICE: 00183 329800 083  
Pavements

à 22 R.

- 2 pavements

à 6 R00

~~POLYCLINIQUE ATLAS~~  
~~ACCUEIL~~  
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tel: 0522 27 94 94 - Fax: 0522 27 90 00

# POLYCLINIQUE ATLAS

MULTIDICHIPLINAIRE

+212 5 22 27 94 94 FAX +212 5 22 27 90 00  
CASABLANCA

## BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 06/09/2022 Heure 10:30

Nom et Prénom du patient Mr ABDELLAOUI HAMDOUNE Age ou Date Naissance 123 -

N° Cin du patient ou du tuteur

Adresse

Téléphone

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant

Motif d'hospitalisation

Affiliation à une couverture maladie

Durée prévue d'hospitalisation (jours) :

0  
0,00

### Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT N\_aff

*Nom et prénom du signataire :*

*Signature*

### Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 06/09/2022

Heure

Durée d'hospitalisation (jours)

0

*Nom et prénom du signataire*

*Signature*

## Manométrie ano-rectale

Nom patient:	Abdellaoui, Hamdoune	Date d'examen:	06/09/2022
Sexe:	Masculin	N° d'examen:	01
Date de naissance:	01/01/1953	Clinique privée:	Polyclinique Atlas
Investigation age:	69	Docteur:	-
Dossier N°:	-	Adressé par:	dr slaoui

### Compte-rendu d'examen

#### INDICATION

CONSTIPATION TERMINALE

#### DÉROULEMENT DE L EXAMEN

BONNE PRÉPARATION RECTALE  
BONNE COOPÉRATION DU PATIENT

#### RESULTATS

##### **AU NIVEAU SPHINCTERIEN**

AU REPOS : HYPERTONIE AVEC DES MOYENNES DE PRESSIONS DE 109 CMH2O POUR LE SI ET 120 CMH2O POUR LE SE

LORS DES CONTRACTIONS VOLONTAIRES : BON TONUS SPHINCTERIEN AVEC DES PRESSIONS ARRIVANT A 233 CMH2O POUR LE SI ET 250 CMH2O POUR LE SE

LORS DE LA CONTRACTION PROLONGÉE: BON TONUS MAINTENUE PLUS DE 30 SEC

LORS DES EFFORTS DE TOUX : BON TONUS SPHINCTERIEN

LORS DES EFFORTS DE POUSSE : IMPORTANTE CONTRACTION PARADOXALE DES DEUX SPHINCTERS.

#### **RRAI PRESENTS**

BONNE **SENSIBILITÉ RECTALE** ET AUGMENTATION DE LA **COMPLIANCE** AVEC UN SEUIL DE PREMIÈRE PERCEPTION ATTEINT A 30 ML , UN SEUIL DE BESOIN A 60 ML ET UN VOLUME MAX TOLERABLE A 340 ML

#### **EXPULSION DU BALLONNET REUSSIE**

#### **Pressions de repos**

Pression de repos (cmH2O)		Normales =	
#	HautCA	BasCA	Moy
1	109	120	114
Moyenne	109	120	114

Normales

Pression de repos moyenne (Anal) 114 cmH2O

**Dossier N°:****Résultats de contraction volontaire**

Pression de repos (cmH2O)				Normales =
#	HautCA	BasCA	Moy	
1	99	118	108	
2	104	122	113	
Moyenne	102	120	110	

Pression maximale (cmH2O)				Normales =
#	HautCA	BasCA	Moy	
1	113	138	126	
2	131	132	132	
Moyenne	122	135	129	

Amplitude relative au zéro (cmH2O)				Normales =
#	HautCA	BasCA	Moy	
1	212	256	234	
2	235	254	244	
Moyenne	224	255	239	

**Résultats contraction vol. prolongée**

Contraction volontaire prolongée N°	1	
Canal de contraction	HautCA	
Pression maximale	139	cmH2O
Amplitude relative au zéro	252	cmH2O
Pression moyenne	80	cmH2O
P. après contraction	-21	cmH2O
Aire sous la courbe	2879	cmH2O.s
Durée de contraction	35,9	s
Pente de fatigue	-2,12	cmH2O/s

**Résultats d'effort**

Pression de repos (cmH2O)			
#	HautCA	BasCA	Moy
1	113	130	122
2	85	106	96
3	69	119	94
Moyenne	89	118	104

Pression minimale (cmH2O)			
#	HautCA	BasCA	Moy
1	73	115	94
2	51	101	76
3	66	119	92
Moyenne	63	112	87

% de relaxation			
#	HautCA	BasCA	Moy
1	35	12	24
2	40	5	22
3	4	0	2
Moyenne	26	6	16

Dossier N°:

**Seuils de sensibilité rectale**

Sensation	Ballonnet ml	Normales	Rectum cmH2O	Pression anale cmH2O
Seuil de sensibilité	50			
Seuil de sensibilité	50		139	139
Seuil de besoin	150		102	102

**Résultats de RRAI**

RRAI N°	1	Normales
Canal de RRAI	Rectum	
Volume ballonnet	40	ml
Pression de repos	19	cmH2O
Amplitude de relaxation	4	cmH2O
Pression résiduelle	15	cmH2O
% de relaxation	21	%
Durée	112,0	s

**Conclusion d'examen**

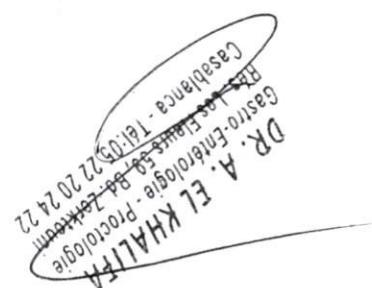
HYPERTONIE ANALE DE REPOS  
BONNE CONTRACTILITE VOLONTAIRE  
IMPORTANTE DYSCHESIE ANORECTALE  
AUGMENTATION DE LA COMPLIANCE RECTALE

**UNE REEDUCATION PAR BIOFEED BACK EST INDIQUEE**

**Attending physician**

dr khalifa

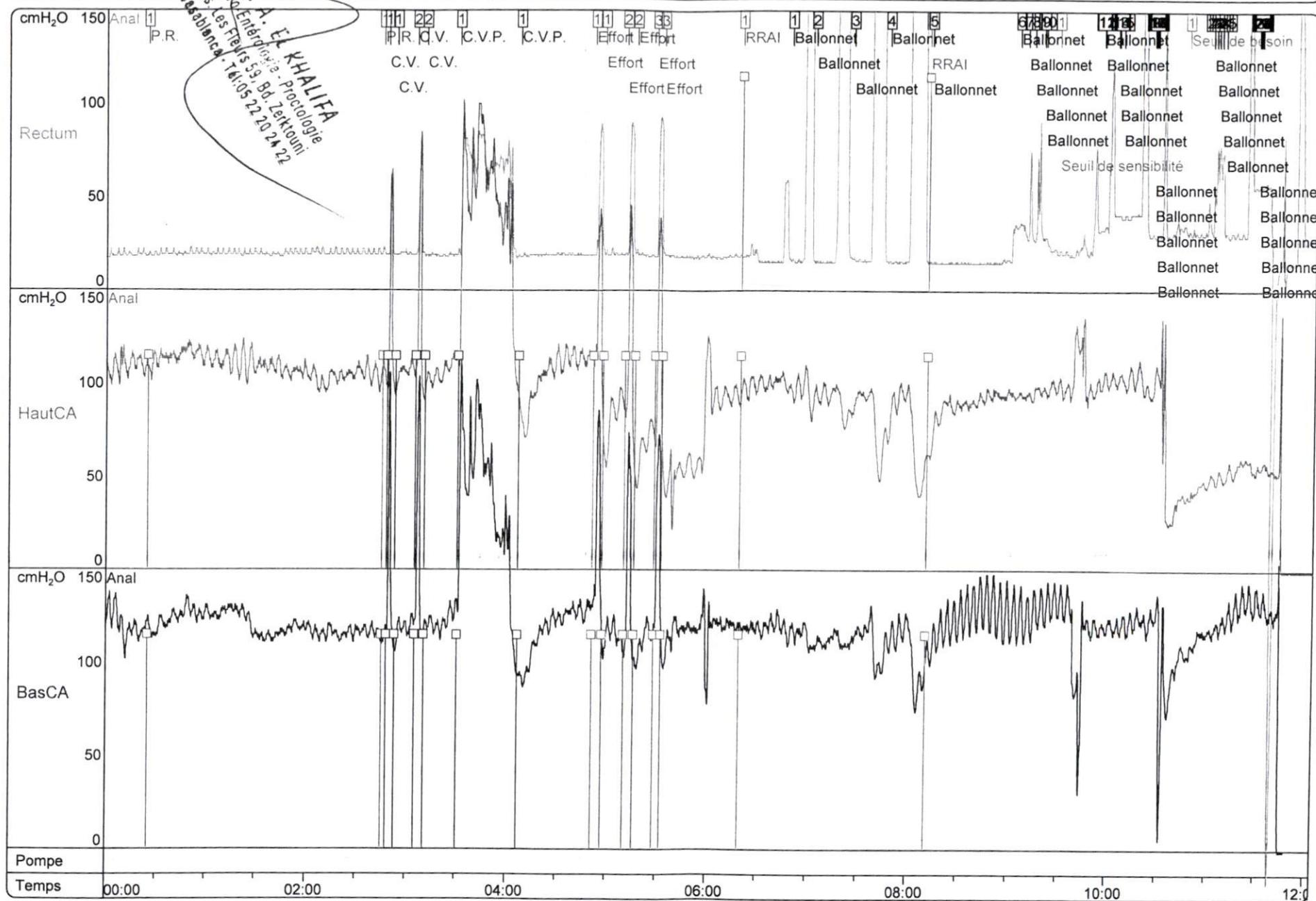
**Opérateur**



## Manométrie ano-rectale

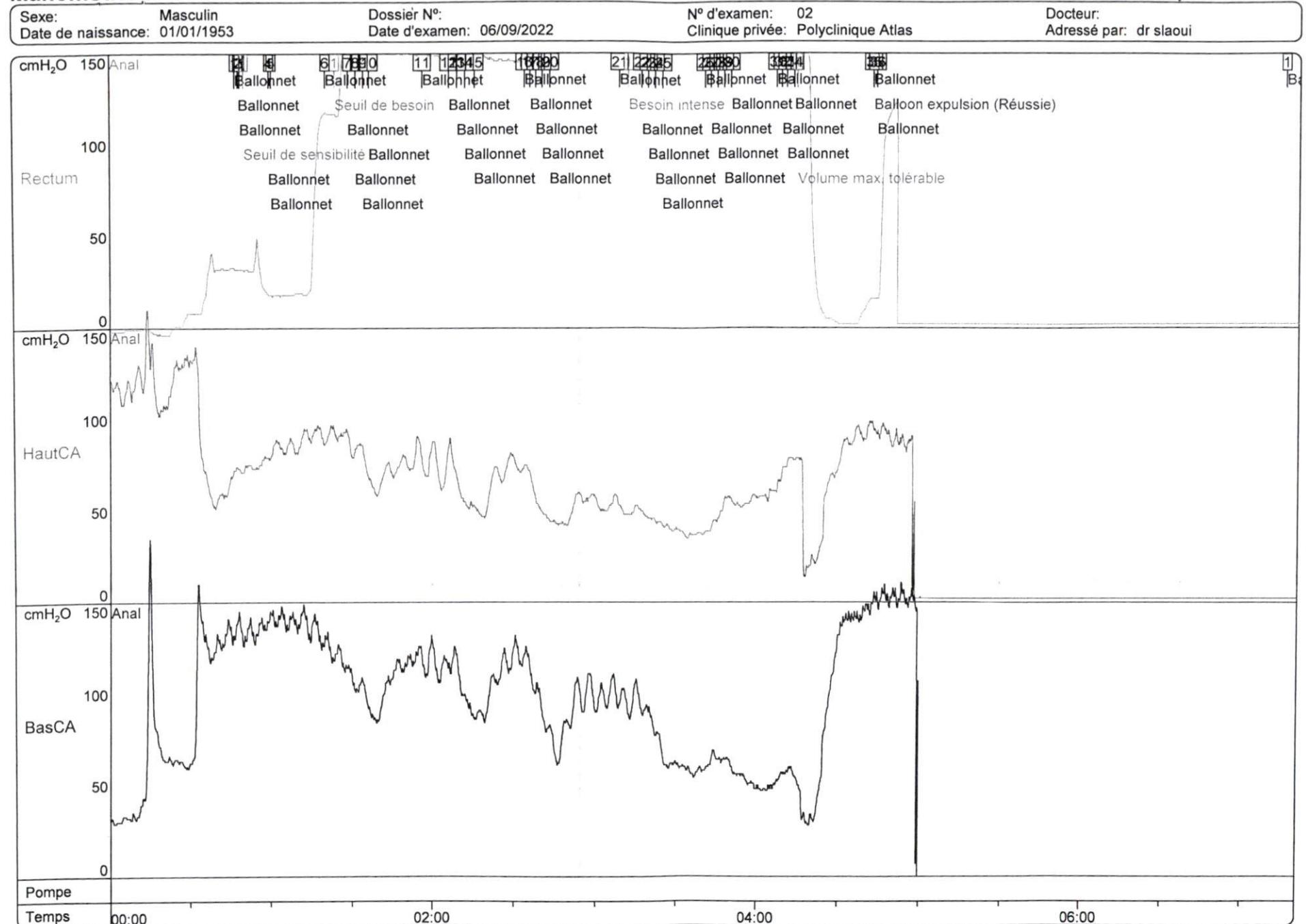
Abdellaoui, Hamdoune

Sexe: Masculin Dossier N°: 01 Docteur:  
Date de naissance: 01/01/1963 Date d'examen: 06/09/2022 Clinique privée: Polyclinique Atlas Adressé par: dr slaoui



## Manométrie ano-rectale

Abdellaoui, Hamdoune



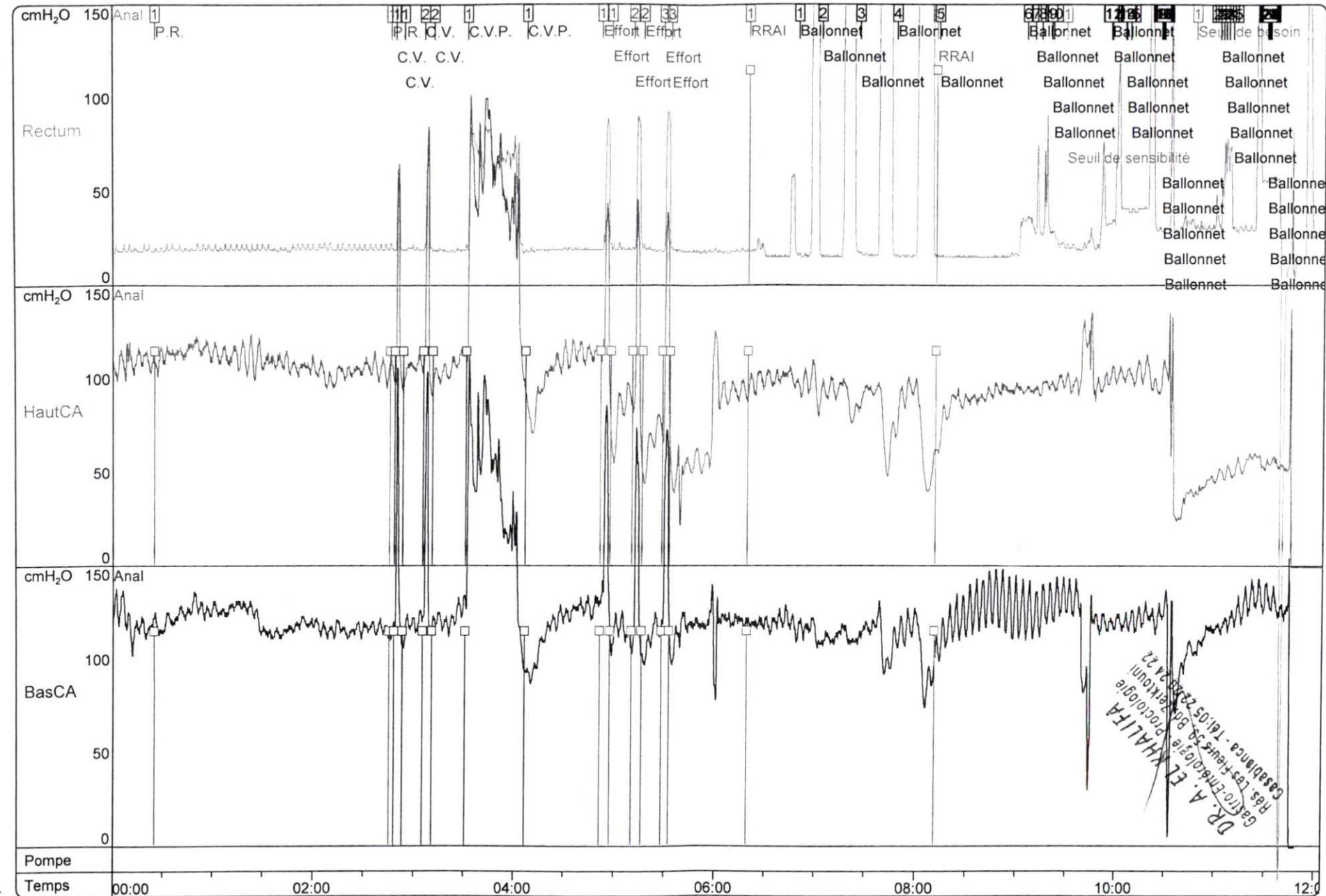
## Manométrie ano-rectale

Sexe: Masculin  
Date de naissance: 01/01/1953

Dossier N°:  
Date d'examen: 06/09/2022

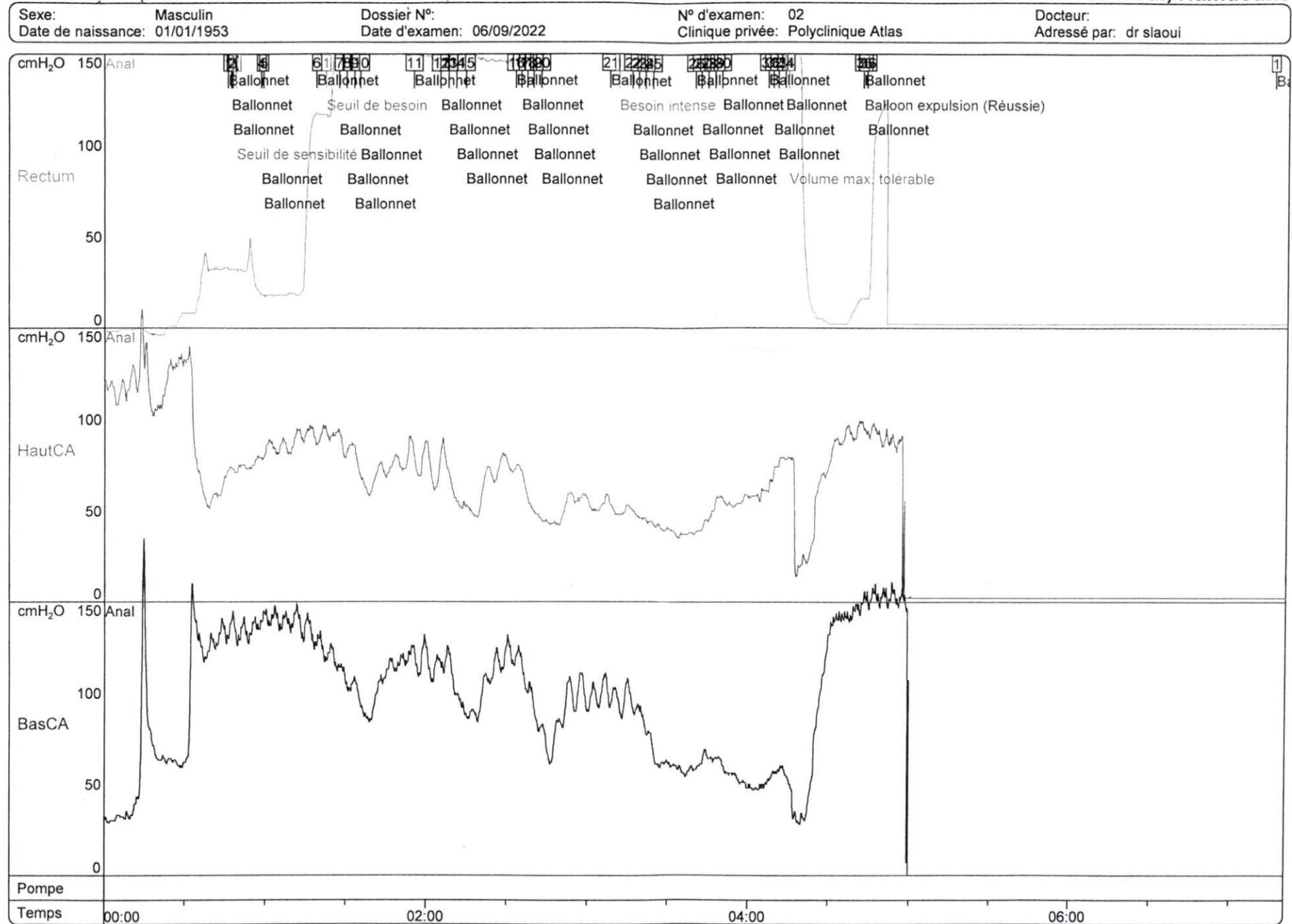
N° d'examen: 01  
Clinique privée: Polyclinique Atlas

Abdellaoui, Hamdoune



# Manométrie ano-rectale

Abdellaoui, Hamdoune



PHARMACIE SUP'ANFA  
DR MOUNA CHABACH  
RT AZEMMOUR ANFA SUPERIEUR CASABLAN

Tél : 022950116

Patente N°: 35604802  
N° R.C. : RC 254350  
Compte :  
CNSS :  
Id.Fiscale : 40606476  
ICE : 001835298000083

Le : 05/09/2022

mr hamdoune abdellaoui

FACTURE : 10675 du : 05/09/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	ZETALAX SUP	84,50	84,50	20,00%
	Total TTC		84,50	
	Droits de timbre		0,00	
	Net à payer		84,50	

Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE-VINGT QUATRE DIRHAMS ET CINQUANTE CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
20.00%	20,00	70,42	14,08	84,50
		70,42	14,08	84,50

الطبابة انفاس العلاج  
PHARMACIE SUP'ANFA  
Dr. Mouna CHABACH PHA  
Rte d'Azemmour, Anfa Supérieur  
Tél : 05 22 95 01 15

## F A C T U R E

N° 4 142 / 2022 du 06/09/2022

Nom patient	<b>ABDELLAOUI HAMDOUNE</b>	Entrée 06/09/2022	Sortie 06/09/2022
Prise en charge	<b>PAYANT</b>		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
SOND AR	1,00		720,00	720,00
MANOMETRIE ANORECTALE	1,00		1 100,00	1 100,00
			Sous-Total	1 820,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>1 820,00</b>
<i>PRESTATIONS EXTERNES</i>				
DR. EL KHALIFA ASMAA (ganstro enterolo)	1,00	V2	900,00	900,00
			Sous-Total	900,00
<b>Total prestations externes</b>				<b>900,00</b>

**Total général 2 720,00**

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

*DEUX MILLE SEPT CENT VINGT DIRHAMS*

Encaissements	Espèces			Total encaissé	Solde
	2 720,00			2 720,00	0,00

ACCUEIL  
Polyclinique Atlas  
27, Rue Jean Jaurès, quartier Gauthier - Casablanca  
Tél: 0522 27 94 94 - Fax: 0522 27 90 00

Le : 06/09/2022

Références

4 142 / PAYANT

Entrée / Sortie : 06/09/2022 - 06/09/2022

Le Dr. EL KHALIFA ASMAA

présente à Mr ABDELLAOUI HAMDOUNE

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
900,00 Dhs NEUF CENTS DIRHAMS

et le - la prie d'agrérer l'expression de ses sentiments distingués

DR. A. EL KHALIFA  
Gastro-Endocrinologie - Proctologie  
rés. Les Fleurs 59, Bd. Zeïtoune  
Casablanca. Tél: 05 22 20 24 22

tel: 0522 27 94 94 - fax: 0522 27 99 00  
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Polyclinique ATLAS  
Cachet et signature