

**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

garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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



Déclaration de Maladie

M22- 0026185

137085

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1480 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ELMOUSTI RACHID

Date de naissance : 26-06-49

Adresse : c/è ATTADAMOUNE Rue 2 RG OULFA CASABLANCA

Tél. 0663875063 Total des frais engagés : 764,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

COMPLEMENT CMOBS

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BENJALLOUN Amina Age : 55

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Montants des Soins <input type="text"/>															
			Date du Devis <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.);

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la Tarification National de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

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. (Article 135 de la Loi 65 - 00);

Pour plus d'informations, visitez le site www.cnops.org.ma où le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al KHaïl, B.P 209- Rabat.

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقيع عليها وإرفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...).

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاضدية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل).

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية التي تنتمون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وبإرجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الاخلال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق، www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين اسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة الخليل ص.ب 209 الرباط.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري): N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي: **BENJALLOUN Amina**
 رقم الانخراط: **15138144**
 رقم التسجيل: **B3219B15B2**
 رقم بطاقة التعريف الوطنية: **A9187671**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة):
 Conjoint زوج
 Enfant ابن

العنوان: **Cité Sadaoune, rue 2, n° 6 Azhari
 EP oulfa - CASABLANCA**

إجمالي المصاريف (بالدرهم): **46420**
 عدد الوثائق المرفقة: **25** : **cing**

Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات
Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي: **Benja Pleun Assina a**
 تاريخ الازدياد: **01/11/2016**
 رقم بطاقة التعريف الوطنية: **1A7B17671**
 الجنس: أنثى / ذكر / Masculin

Identification du médecin traitant

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج: **06 04 72 99 74**

Type de soins Maladie* <input checked="" type="checkbox"/> مرض Maternité* <input type="checkbox"/> أمومة Hospitalisation* <input type="checkbox"/> إستشفاء Accident* <input type="checkbox"/> حادث	نوع العلاجات تم تقديم الظرف المغلق*: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non تاريخ الحمل: التاريخ المرتقب للولادة: تاريخ الإستشفاء: تاريخ الحادث: أسباب الحادث:
--	---

Fait à: **CASABLANCA** حرر بـ:
 Le: **11/11/2016** في:
 توقيع المؤمن (ة)
 Signature de l'assuré (e)
Amia
 أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
 J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à: حرر بـ:
 Le: **09/11/2016** في:
 أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
 Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
 توقيع وإيداع الطبيب المعالج
 Signature et cachet du médecin traitant
Dr. Mehdi BENJALLOUN
 Rue 2, N° 61, Terr. Sadaoune - EP oulfa
 Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 99 74
 Fax: 05 22 91 07 62

Cachet et signature de la mutuelle
 توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent:
 تاريخ الإيداع: | | | | | | | | | |

Description des actes effectués

وصف العمليات الجراحية

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant
09/09/22		CGT			
13/09/22		CGT ECG		250,00	

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعتمدة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
13.09.2022	231,60	

INP: [Stamp]

INP: []

INP: []

CIM-10: Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الأحياء الإشعاعية والصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
01/09/22	B 190 9PC			279,60	

INP: [Stamp]

INP: []

INP: []

LABORATOIRE MEDICAL
ANALYSES MEDICALES
Dr. J. KHALLOUK
Médecin Biologiste
Rd. Oued Daoua 1er Etage Lot. Chah
Casablanca Tél: 0522 91 70 70

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

INP: []

INP: []

INP: []



MME BENJALLOUN AMINA
CT ATTADAMOUN R 2 N 6 AZ
OULFA
CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

Accusé de Réception



N° de Dossier : 76309152 Date et heure : 16/09/2022 11:16
Nom et prénom Assuré : BENJALLOUN AMINA
Immatriculation : 93230532 / 090018027
Nom et prénom Beneficiaire/Rang: BENJALLOUN AMINA / 01
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS
Lieu de réception : CASA 90171
valeur en Dirhams : 764,20 Nombre de pièces : 5
Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE489
Nom Etablissement :



En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information	EN COURS DE TRAITEMENT 1	PAYE	NON PAYE 1
-------------	--------------------------	------	------------

Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 2	-	31/10/2022	Virement	-	1 436,40	867,57	98,60	966,17
76308931	16/09/2022	Payé en : 45 jours		BENJALLOUN AMINA	672,20	434,20	33,00	467,20
76309152	16/09/2022	Payé en : 45 jours		BENJALLOUN AMINA	764,20	433,37	65,60	498,97
☰ 1	-	03/10/2022	Virement	-	969,70	250,02	40,58	290,60
☰ 1	-	30/07/2022	Virement	-	2 144,80	1 177,79	252,53	1 430,32
☰ 1	-	02/07/2022	Virement	-	539,10	192,66	21,61	214,27
☰ 2	-	06/06/2022	Virement	-	4 412,10	2 114,50	134,80	2 249,30
☰ 1	-	02/06/2022	Virement	-	308,90	130,01	18,09	148,10
☰ 1	-	12/05/2022	Virement	-	1 950,00	600,00	75,00	675,00
☰ 1	-	16/03/2022	Virement	-	682,10	471,40	67,32	538,72
☰ 1	-	01/03/2022	Virement	-	988,70	447,48	96,10	543,58

71.447

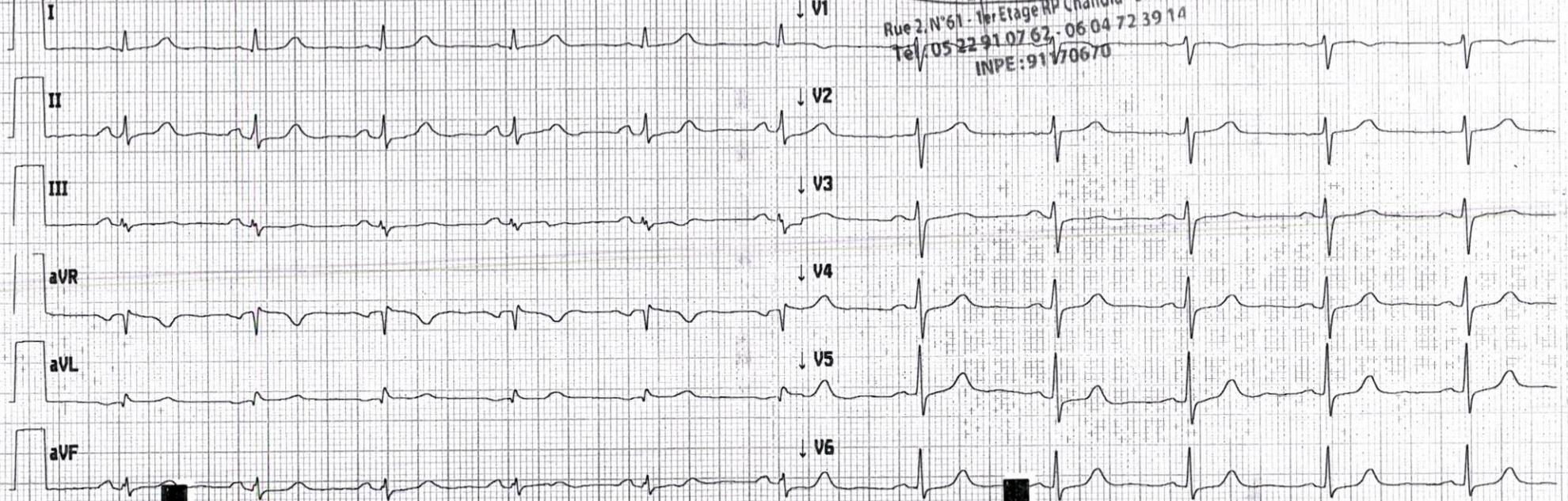
13-Sep-2022 17:05:33 Fréq. Card.: 67 BPM
Axes P-R-T: 72 24 39 Int PR: 157ms
Dur. QRS: 89ms QT/QTc: 392/407ms

13-Sep-2022 17:05:33

الدكتور مهدي بنجلون
Dr. Mehdi BENJELLOUN
CARDIOLOGUE
Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chandra - Et 3
Tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
INPE: 91170670

BENJELLOUN
Mehdi

ID:
D-naiss:
ans,



114330225506

Dr benjelloun Mehdi

Site # 0 App.# 0

Version 2.0.3.5 Séquence #25173 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz

Dr. Mehdi BENJELLOUN
Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

Casablanca, le : 29/09/22

Nom et Prénom : BENJELLOUN

Examen du sang

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Créatinémie | <input type="checkbox"/> ASLO |
| <input type="checkbox"/> Urée sanguine | <input type="checkbox"/> Fibrinémie |
| <input type="checkbox"/> Acide urique | <input type="checkbox"/> Taux de prothrombine +INR |
| <input type="checkbox"/> Glycémie à jeun | <input type="checkbox"/> Ionogramme sanguin |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cholestérol total. HDL. LDL | <input type="checkbox"/> P.S.A |
| <input checked="" type="checkbox"/> Triglycérides | <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> TSHus |
| <input type="checkbox"/> SGOT - SGPT -G.T | <input type="checkbox"/> Hb Glycosylée |
| <input type="checkbox"/> Marqueurs hépatites B et C | <input type="checkbox"/> Troponine |
| <input type="checkbox"/> VS. NFS avec plaquettes | <input type="checkbox"/> C.R.P |
| <input type="checkbox"/> CPK | <input type="checkbox"/> Electrophorèse des protides |
| <input type="checkbox"/> CPKmb | <input type="checkbox"/> Protidémie |
| <input type="checkbox"/> Vitamine D | <input type="checkbox"/> D-Dimères |

LABORATOIRE CHAHEDIA
D'ANALYSES MEDICALES
Dr. J.L. KHALLOUK
Médecin Biologiste
209 Bd. Oud Daoua 1er Etage 101. Cha

Examen des Urines

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Recherche de l'Albumine |
| <input type="checkbox"/> Microalbuminurie de 24 h |
| <input type="checkbox"/> E.C.B.U |
| <input type="checkbox"/> Ionogramme Urinaire |

الدكتور مهدي بنجلون
Dr. Mehdi BENJELLOUN
CARDIOLOGUE
Rue 2, N° 61 - 1er Etage - Rp Chahdia - El Oulfa.
TEL: 05 22 91 02 62 - 06 04 72 39 10
INPE : 91170670

زقة 2, رقم 61 - الطابق الأول - مدار الشهيدة - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 - البريد الإلكتروني : drmehdibenjelloun@gmail.com
Rue 2, N° 61 - 1er Etage - Rp chahdia - EL Oulfa - Casablanca - Tél : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 E-mail : drmehdibenjelloun@gmail.com



Laboratoire Chahdia d'Analyses Médicales

مختبر الشهدية للتحليلات الطبية

Dr J.L.KHALLOUK / Médecin Biologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca, Ex Médecin Interne au CHU Ibn Rochd - Casablanca

Dossier ouvert le : 08/09/22

Prélèvement effectué à 08:07

Edition du : 08/09/22

Madame BENJALLOUN AMINA

Date de naissance : 01/03/1956

Réf. : 221249

Page : 1/1

Compte Rendu d'Analyses

BIOCHIMIE

(Roche Integra 400+)

			Normales	Antériorités
Cholestérol Total -----:	1,94	g/l	1,4 - 2,6	
Soit :	5	mmol/l	3,61 - 6,7	
(Dosage enzymatique - Roche diagnostics Cobas)				
Cholestérol HDL -----:	0,46	g/l	0,4 - 0,7	
Soit :	1,19	mmol/l	1,03 - 1,8	
(Dosage enzymatique - Roche Diagnostics Cobas)				
Cholestérol LDL -----:	1,27	g/l	< 1,7	
Soit :	3,27	mmol/l	< 4,38	
(Dosage enzymatique- Roche Diagnostics Cobas)				
Triglycérides -----:	1,04	g/l	0,4 - 1,6	
Soit :	1,19	mmol/l	0,46 - 1,83	
(Dosage enzymatique - Roche Diagnostics Cobas)				

LABORATOIRE CHAHDIA
D'ANALYSES MÉDICALES

Dr. J.L. KHALLOUK
Médecin Biologiste

349, Bd. Oued Daoura, 1er Etage, Lot. Chahdia
Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 93 33 44



Laboratoire Chahdia d'Analyses Médicales

مختبر الشهدية للتحليلات الطبية

LABORATOIRE CHAHDIA D'ANALYSES MEDICALES

Dr J.L.KHALLOUK / Médecin Biologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca, Ex Médecin Interne au CHU Ibn Rochd - Casablanca

Dr J.L. KHALLOUK / Médecin Biologiste

349, Bd Oued Daoura Lot CHAHDIA Oulfa CASABLANCA- TEL 0522933344, Mail: labochahdia@gmail.com
INPE: 093062149 / ICE: 001718112000062 / IF : 18800233

Casablanca le 8 septembre 2022

Madame BENJALLOUN AMINA

FACTURE N°	4970
------------	------

Analyses :

Cholestérol total -----	B	30	
Cholestérol HDL -----	B	50	
Cholestérol LDL -----	B	50	
Triglycérides -----	B	60	Total : B 190

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5	
-----------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER	279,60 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cent Soixante Dix Neuf Dirhams et Soixante Centimes

LABORATOIRE CHAHDIA
D'ANALYSES MEDICALES
Dr. J.L. KHALLOUK
Médecin Biologiste
349, Bd. Oued daoura 1er Etage Lot. Chahdia
Oulfa - Casablanca - Tél. 0522 93 33 44

Dr. Mehdi BENJELLOUN
Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

Casablanca, le :13/09/2022.....

Nom et Prénom :

BENJELLOUN Amina

27,70 x3

CARDIOASPIRINE 100

79,50 1 comprimé à midi après le repas, pendant 3 mois

DYNATENS

20 gouttes matin midi et soir

3D VIT

72,00 15 gouttes par jours, pendant 3 mois

HANSAL MULTIVITAMINES

1 comprimé le matin

234,60



الدكتور مهدي بنجلون
Dr. Mehdi BENJELLOUN
CARDIOLOGUE

Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chahdia - EL Oulfa
Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
INPE: 91170670

زقة 2، رقم 61 - الطابق الأول - مدار الشهديية - الأنفة - الدار البيضاء - الهاتف : 0604.72.39.14 - 0522.91.07.62 - البريد الإلكتروني : drmehdi@benjelloun@gmail.com
Rue 2, N° 61 - 1er Etage - Rp chhdia - EL Oulfa - Casablanca - Tél : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 E-mail : drmehdi@benjelloun@gmail.com

