

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 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

N° P19-0037459

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 502 Société : RAM 146412

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHOUCBAN AHMED

Date de naissance : 01-01-48

Adresse : ATADAMOUNE RUE 8 N° 48 EL LOULFA

Tél. : 0664-603006 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

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 : 28/12/2022 Le : 28/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

QUELQUES CONSEILS POUR REMPLIR LA FEUILLE DE SOIN

- 1- Établir une feuille de soins par personne et par événement.
- 2- La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire) ...
- 3- Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux-mêmes sur chaque feuille de soins.
- 4- Les ordonnances sur lesquelles doivent être collées les codes - barres de produits pharmaceutiques (à défaut joindre la partie de l'emballage portant le prix du produit et les prospectus des produits pharmaceutiques).
- 5- La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les trois mois qui suivent le dernier acte médical.
- 6- Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.
- 7- 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.
- 8- L'obligation de remboursement prise par la CMIM est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

NOTE D'INFORMATION RELATIVE A LA LOI 09-08

Les données collectées par la CMIM sont nécessaires à la Gestion des remboursements des dossiers Maladie / Maternité.

Peuvent seuls, dans la limite de leurs attributions respectives, être destinataires de ces informations : le personnel de la CMIM, les médecins conseils, les affiliés, le souscripteur, les praticiens conventionnés, le dispositif de contrôle externe et les organes de règlement du secteur en cas de besoin.

Conformément à la loi n°09-08, vous pouvez accéder aux informations vous concernant, les rectifier ou vous opposer au traitement de vos données pour motif légitime, par courrier avec accusé de réception à l'adresse suivante : CMIM, service audit interne, 35 Bd d'Anfa, 20000 - CASABLANCA.

Ce traitement a reçu récépissé de la commission nationale de contrôle la protection des données à caractère personnel, sous le numéro A-161/2013 en date du 28/02/2014



الصندوق التعاضدي المهني المغربي
Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine

REFERENCE DOSSIER



* M L 3 3 1 5 4 5 1 *

DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

(Réservée à la CMIM)

D:

T:

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E) (1)

Nom et Prénom : MAFHOU M RIKIYA EP CHOUO BAN

MATRICULE ASSURE : 2991638157 N° CIN : B.304785

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE (1)

Nom et Prénom : MAFHOU M RIKIYA Lien de parenté : moi même

MATRICULE BENEFICIAIRE : 2991638157

Date de naissance : 11/11/11

Montant des frais (DHS): 1620.00 Nombre de pièces jointes : 10/9

(*) L'exactitude et l'exhaustivité des informations remplies, vous garantissent le bon traitement de votre demande de remboursement.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau :	
CACHET	

SIEGE SOCIAL : 36, Boulevard d'anfa - CASABLANCA Tél : 05 22 20 24 20 / 21 Fax : 05 22 26 24 51

Cette feuille est téléchargeable sur votre extranet : www.cmim.ma

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénom du malade : MAFHOUM MURIEL A

Nature de la maladie (4) : Écoulement de pus grisâtre

CIM-10.....

*) À fournir formulaire de maladie de longue durée si ALD non déclarée (voir Site CMIM)

NATURE DES PRÉSTATIONS

Praticien	Date début et fin de soin	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Médecin traitant	14.10.2022	♀	300,00		001164336
Nature d'acte à préciser					
Radiographie	14.10.2022	ECG	200,00		
Demande d'accord préalable à fournir si radiologie lourde (Scanner, IRM, plus de 3 radios,...)					
Déclaration des circonstances du traumatisme si c'est le cas					
Analyses	15/10/22	B + 1060	1060,00		INPE Biologiste: 09716 09306
Demande d'accord préalable obligatoire pour tout bilan lourd et spécifique					
	15/10/22	B + 60	60		INPE Laboratoire: 09306 09306

Praticien	Date début et fin de soins (a)	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					<div style="border-bottom: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> </div>
					<div style="border-bottom: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> </div>

(a)¹ - La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, psychothérapie ...)
- Accord préalable obligatoire

FRAIS PHARMACEUTIQUE

[illegible]

Date début Traitement	Date fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
		TOTAL	

(*)² Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

OPTIQUE (1)³Code INPE:

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(e)³- La prescription et la facture des verres sont obligatoires.
- En cas de changement d'acuité visuelle, un certificat du médecin traitant mentionnant l'ancienne et la nouvelle acuité est obligatoire pour le remboursement des verres avant délai.



RELEVÉ DES PRESTATIONS

Date de paiement : 05/12/2022

Num Paiement : 1533024

Assuré : MAFHOUM RKIA

N° d'immatriculation : 10061755

Mode de règlement : Virement

Veuillez Consulter Notre Espace Assuré <https://assures.cmim.ma/>



MAFHOUM RKIA BANK OF AFRICA "RET"
N°48 RUE 8 LOTISSEMENT ATTADAMOUNE
EL OULFA
CASABLANCA
MAROC



Emis à Casablanca le : 05/12/2022

Page: 1 / 2

Nous avons le plaisir de vous informer ci-dessous des règlements effectués en votre faveur.

Détail de vos remboursements

N° dossier	Date de soins	Actes	Qty	Coef	Taux de Remboursement	Dépenses	Base de remboursement	Remboursement autre mutuelle ou assurance	Montant remboursé	Motif rejet
Pour MAFHOUM RKIA / 10061755 \ 001CMIM0269M20221129189813										
ML3315451	14/10/2022	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	300,00	300,00	0.00	255,00	
ML3315451	14/10/2022	ECG (electrocardiographie)	1	1.00	85.00 %	200,00	100,00	0.00	85,00	
ML3315451	14/10/2022	GROUPE ABO ET RHESUS	1	60.00	85.00 %	60,00	66,00	0.00	51,00	
ML3315451	14/10/2022	CREATININE (Examen sanguin)	1	30.00	85.00 %	30,00	33,00	0.00	25,50	
ML3315451	14/10/2022	GLYCEMIE	1	30.00	85.00 %	30,00	33,00	0.00	25,50	
ML3315451	14/10/2022	UREE (Examen sanguin)	1	30.00	85.00 %	30,00	33,00	0.00	25,50	
ML3315451	14/10/2022	T4	1	200.00	85.00 %	200,00	220,00	0.00	170,00	
ML3315451	14/10/2022	TSH	1	250.00	85.00 %	250,00	275,00	0.00	212,50	
ML3315451	14/10/2022	T3	1	200.00	85.00 %	300,00	220,00	0.00	187,00	
ML3315451	14/10/2022	NUMERATION FORMULE (GL R B PL	1	80.00	85.00 %	80,00	88,00	0.00	68,00	
ML3315451	14/10/2022	TAUX DE PROTHROMBINE	1	40.00	85.00 %	40,00	44,00	0.00	34,00	
ML3315451	14/10/2022	TEMPS DE CEPHALINE KAOLIN	1	40.00	85.00 %	40,00	44,00	0.00	34,00	
Total remboursé pour : RKIA						1 560,00			1 173,00	

Décompte : 1533024 Date de Paiement : 05/12/2022 Prestation : 1 173,00 DHs

Pour vos prochaines demandes de remboursement, notez bien que :

- La pharmacie doit être justifiée par les codes à Barres, à défaut il faut envoyer les Prix Public de Vente (PPV) et les prospectus.
- Le médecin traitant ainsi que les auxiliaires médicaux doivent renseigner obligatoirement l'Identifiant National du Praticien (INP)



AKDITAL

Centre International d'Oncologie Casablanca
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Casablanca, le 14/12/20

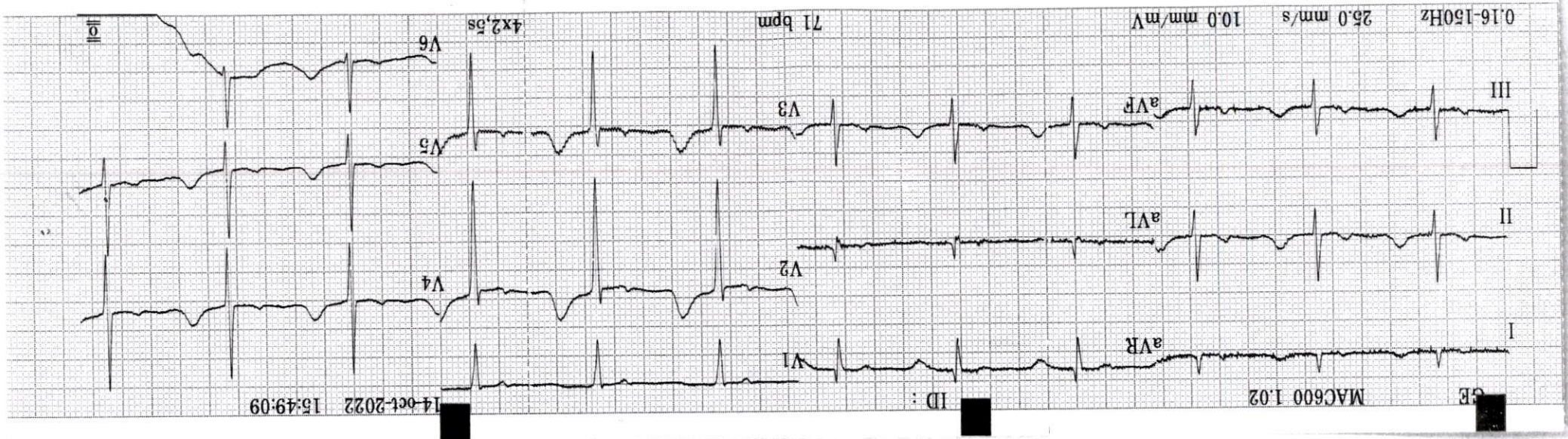
Nom et prénom : Mme = MAFITOUN
RKIYA

ECG

Dr TALIBI HASSAN

Docteur. AARAB ADDI

Docteur HASSAN TALIBI
Anesthésiste-Réanimateur
Traitement de la Douleur
Hypnose Médicale
INAE 1991164335



ID :

Rythme sinusal normal
ECG normal

Freq. ventr 71 bpm
Durée QRS 78 ms
QT/QTc 394/428 ms
Intervalle PR 200 ms
Durée P 110 ms
Intervalle RR 845 ms
Axes P-R-T 67 34 75

Co = 29/100
97-97A H1007 RK:YA

MAC600 1.02

12SL™ v239

MAC600 1.02

12SL™ v239



Centre International d'Oncologie Casablanca
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Casablanca, le

14/12/20

Nom et prénom :

Mme

RKIYA
MAFITOUNI

☒ NFS - Pq

☒ TP - TCK

☐ FIBRINOGENE

☐ IONOGRAMME SANGUIN

☒ UREE, CREATINEMIE, GLYCEMIE

☐ HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE

☐ CRP

☐ PROCALCITONINE

☐ BILAN HEPATIQUE

☒ GROUPE ABO RHESUS

2 DETERMINATIONS

☐ ACIDE URIQUE

☐ CHOLESTEROL TOTAL HDL LDL TRIGLYCERIDES

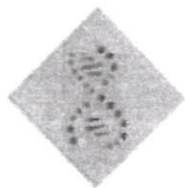
☒ TSH

☒ T3 T4

Dr TALIBI HASSAN

Docteur. AARAB ADDI

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca
Tél. : 05 22 77 82 28 Fax : 05 22 99 65 74
E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma



LIAB

المختبر الدولي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES

COMPTE RENDU D'ANALYSES

Medecin Prescripteur : Dr Hassan TALIBI
Spécialité : Anesthésiste Réanimateur
Adresse : CLINIQUE SPECIALISEE LE LITTORAL
CASABIANCA
Correspondant :
Edition du: 18-10-2022 à 11:32

Dossier N° : 2210150081 –
MME RKIYA MAFHOM
Né(e) le : 01-07-1952
Prélevé : interne le 15-10-2022
à 10:30

Analyses	Résultats	Intervalles de référence	Antériorités
----------	-----------	-----------------------------	--------------

IMMUNO-HEMATOLOGIE

GROUPE SANGUIN ABO ET RHESUS

Groupage sur plaque d'opaline

Groupe sanguin ABO

A

Rhésus (D)

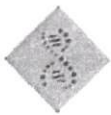
Positif

(Deux déterminations, chacune réalisée en double, sont nécessaires à la délivrance d'une carte de groupe sanguin définitif)

Les examens rendus sous accréditation sont identifiés par le symbole []. il est interdit d'utiliser la marque d'accréditation du LIAB sauf reproduction intégrale du compte rendu des résultats.*

Demande validée biologiquement par : Prof IDRISSE LARBI





LIAB

المختبر الدولي للتحاليل الطبية
LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES

Casablanca le, 15-10-2022

FACTURE N° 000264687

Nom, Prénom du patient : Mme RKIYA MAFHOUM

Date de l'examen : 15-10-2022

Type d'examen : Examen biologique

Demande N° : 2210150081

Médecin demandeur : Dr Hassan TALIBI

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	0	
0229	Groupe ABO Rhésus	B60	B

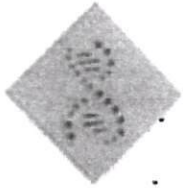
Total des BHN : 60

Montant total en chiffre : 60DHS

Montant Total en lettres : soixante dirham

Opération bénéficiant de l'exonération à la TVA sans bénéfice du droit déduction
conformément à l'article 91-VI-1° du Code Général des Impôts.





LIAB

المختبر الدولي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES



Laboratoire accrédité
N° 0-4189
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Dossier N° : 2210150080; MME RKIYA MAFHOUM ;
Né(e) le : 01-07-1952

T3L – Triiodothyronine Libre : [*]

(Sérum, Plasma EDTA ou Héparine – CMIA – ARCHITECT
ABBOTT)

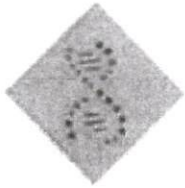
3.4 pmol/l

(2.6–5.7)

Les examens rendus sous accréditation sont identifiés par le symbole []. il est interdit d'utiliser la marque d'accréditation du LIAB sauf reproduction intégrale du compte rendu des résultats.*

Demande validée biologiquement par : Prof IDRIS LARBI





LIAB

المختبر الدولي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES



Laboratoire accrédité
N°8-4189
Portée disponible sur
www.colfrac.fr

Dossier N° : 2210150080; MME RKIYA MAFHOUM ;
Né(e) le : 01-07-1952

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

Urée : [*]	0.31 g/l	(0.21-0.43)
(Sérum ou Plasma Héparine – Enzymatique – ARCHITECT ABBOTT)	5.16 mmol/l	(3.50-7.16)
Glycémie à jeun : [*]	1.05 g/l	(0.80-1.15)
(Sérum, Plasma EDTA ou Héparine – Enzymatique – ARCHITECT ABBOTT)	5.83 mmol/L	(4.44-6.38)

Selon les recommandations de l'HAS (France) et l'OMS une glycémie > à 1.26 g/l après un jeun de 8h est vérifié à 2 reprises, il est préconisé d'effectuer une glycémie post prandiale après une charge orale de 75g de glucose.

Créatinine : [*]	6.0 mg/L	(5.7-11.1)
((Sérum, plasma hépariné et EDTA/ Cinétique au picrate alcalin/ARCHITECT ABBOTT)	53.0 µmol/L	(50.4-98.1)

BIOCHIMIE URINAIRE

Clairance de la Créatinine estimée (formule MDRD)

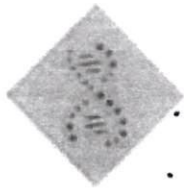
Clairance (caucasien): 105.2 mL/min

Interprétation du DFG en mL/min selon les recommandations HAS de septembre 2002 :

- Insuffisance rénale modérée : 30 – 60 mL/min
- Insuffisance rénale sévère : 15 – 30 mL/min
- Insuffisance rénale terminale : < 15 mL/min

HORMONOLOGIE

TSHus : [*]	0.85 µUI/ml	(0.35-4.94)
(Sérum, Plasma EDTA ou Héparine – CMIA – ARCHITECT ABBOTT)	0.85 mIU/L	(0.35-4.94)
T4L – Thyroxine libre [*]	12.67 pmol/l	(9.00-19.04)
(Sérum, Plasma EDTA ou Héparine – CMIA – ARCHITECT ABBOTT)	9.84 ng/L	(6.99-14.79)



LIAB

المختبر الدولي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES



Laboratoire accrédité
N°8-4189
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Dossier N° : 2210150080; MME RKIYA MAFHOUM ;
Né(e) le : 01-07-1952

HEMOSTASE

Plasma citraté

Posologie ^[*] —
Médicament prescrit ^[*] —
Temps de Quick Patient: ^[*] 11.8 sec. (9.4–12.5)
(Méthode chronométrique / ACL TOP 350 (IL))
Temps de Quick Témoin: ^[*] 11.4
Taux de Prothrombine ^[*] 92 % (70–100)
(Méthode chronométrique / ACL TOP 350 (IL))
INR : ^[*] 1.03 (0.80–1.20)

Surveillance de traitement anticoagulant (recommandations GEHT)	
INR : 2 à 3	– Prévention primaire des thromboses veineuses
	– Traitement des thromboses veineuses et embolie pulmonaire
	– Prévention des embolies systémiques
INR : 2.5 à 3.5	– Prothèse valvulaire mécanique
	– Embolies systémiques récidivantes

TCA Temps patient ^[*] 34.7 sec. (25.1–36.5)
TCA Temps témoin ^[*] 31.7 sec.
TCA Ratio patient/témoin ^[*] 1.09 (0.86–1.20)
(Méthode chronométrique / ACL TOP 350 (IL))

Posologie : ^[*] —
Médicament prescrit : ^[*] —

IMMUNO-HEMATOLOGIE

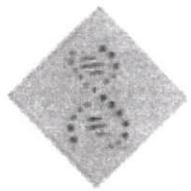
GROUPE SANGUIN ABO ET RHESUS

Groupage sur plaque d'opaline

Groupe sanguin ABO A

Rhésus (D) Positif

(Deux déterminations, chacune réalisée en double, sont nécessaires à la délivrance d'une carte de groupe sanguin définitif)



LIAB

المختبر الدولي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES



EXAMENS MEDICAUX
Laboratoire accrédité
N°8-4189
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

COMPTE RENDU D'ANALYSES

Medecin Prescripteur : Dr Hassan TALIBI
Spécialité : Anesthésiste Réanimateur
Adresse : CLINIQUE SPECIALISEE LE LITTORAL
CASABIANCA
Correspondant :
Edition du: 18-10-2022 à 11:32

Dossier N° : 2210150080 -
MME RKIYA MAFHOUM
Né(e) le : 01-07-1952
Prélevé : interne le 15-10-2022
à 10:28

Analyses	Résultats	Intervalles de référence	Antériorités
----------	-----------	--------------------------	--------------

HEMATOCYTOLOGIE

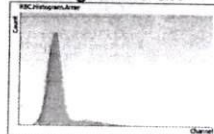
HEMOGRAMME

(Sang total EDTA, DxH 600/dxH900, Beckman Coulter)

Numération globulaire (Impédance et absorbance)

Hématies : [1]	4.48	10 ⁶ /μL
Hémoglobine : [1]	13.2	g/dL
Hématocrite : [1]	38.6	%
VGM : [1]	86.2	fL
TCMH : [1]	29.3	pg
CCMH : [1]	34.1	g/dL
RDW : [1]	13.8	%

Histogramme GR [1]



Intervalles de références

(3.84-5.12)
(11.8-15.0)
(34.9-44.6)
(82.6-97.5)
(27.5-33.2)
(31.9-35.9)
(0.0-14.0)

Antériorité :

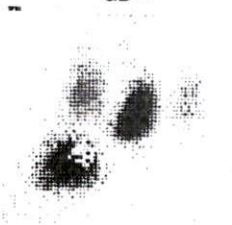
Histogramme GB [1]



Formule leucocytaire (Cytométrie en flux)

Leucocytes : [1]	4.8	10 ³ /μL
Neutrophiles : [1]	51.18	%
Soit	2.435	10 ³ /μL
Lymphocytes : [1]	35.26	%
Soit	1.678	10 ³ /μL
Monocytes : [1]	10.55	%
Soit	0.502	10 ³ /μL
Eosinophiles : [1]	2.12	%
Soit	0.101	10 ³ /μL
Basophiles : [1]	0.89	%
Soit	0.042	10 ³ /μL

GB [1]



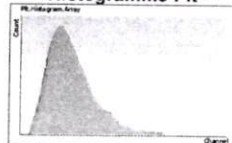
(3.8-9.1)

(40.00-73.00)
(1.900-5.720)
(25.00-40.00)
(1.070-3.900)
(4.00-10.00)
(0.170-0.560)
(0.80-6.00)
(0.040-0.549)
(0.30-1.80)
(0.000-0.090)

Numération plaquettaire (Impédance)

Plaquettes : [1]	254	10 ³ /μL
VMP [1]	8.8	fL

Histogramme Plt [1]



(177-379)
(7.6-10.4)

Page 1 sur 4

Horaires d'ouverture : Lundi au vendredi : 7h30-18h30/Samedi et jours fériés :
7h30-13h00

Angle Bd Abdelmoumen et rue arrachati, Casablanca - Maroc; Tel : +212(0)5 22 42 39 60/55; -GSM : 06 61 85 78 48
site web : www.liab.co.ma Email: contact@liab.ma

IF : 50367069 ; CNSS : 2783061 ; Patente : 36341724 ; N°ICE : 002863495000067 ; INDE Biologiste : 007167200