

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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'Hay
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-009160

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0868 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Burette Françoise ep. Sloum

Date de naissance : 13/08/1951

Adresse : Résidence Yasmine Et D
15 Bd Ghawli Casablanca

Tél. : 0662550695 Total des frais engagés : 136,10 et 700,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément
CFC

Date de consultation : 15.09.2023 et 27/09/23

Nom et prénom du malade : Burette Françoise ep. Sloum

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 : Casablanca

Le : 18/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

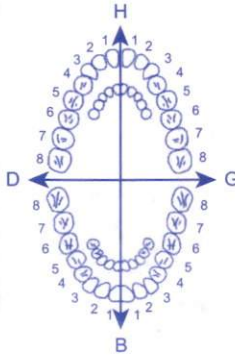
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

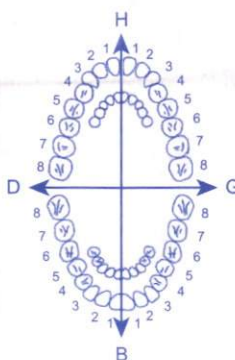
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Caisse des Français de l'Étranger

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

MME SLAOUI FRANCOISE
RÉSIDENCE YASMINE
45 BOULEVARD GANDHI ESC D 2ÈME ETAG
CASABLANACA
20370
MAROC

Rubelles, le 29/09/2023

AVIS DE REGLEMENT

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 : FRANCOISE - Maladie 15/09/2023 15/09/2023 20/09/2023 TOTAL DU DECOMPTE	ETR : MONTURE + 18 ANS ETR : VERRE SIMPLE + 18 ANS ETR : PHARMACIE REFERENCE : 20230929188024 -E	82,24 54,83 7,84 NUMERO DE DEMANDE : 230868337	2,84 4,12		1 2 1	2,84 8,24 7,84	60 60 65	1,70 4,94 5,10 11,74
2	ASSURE : FRANCOISE - Maladie 27/09/2023 TOTAL DU DECOMPTE	ETR : ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX REFERENCE : 20230929188025 -E	64,71 NUMERO DE DEMANDE : 230868385			1	64,71	55	35,59 35,59
Montant total payé en Euros									47,33

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 des 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 : 2 41 08 76 540 053 84	Règlement	Référence : 20230929188024
Nom : SLAOUI		Destinataire : MME BURETTE FRANCOISE	
Prénom : FRANCOISE		Mode : Virement SEPA	
		Compte : FR76 1820 6004 9000 8083 9315 073	

Caisse des Français de l'Étranger
La Sécurité sociale des expatriés

FEUILLE DE SOINS DISPENSÉS À L'ÉTRANGER

Réservée 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

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

02 44 65 16 54 053 84

NOM (en capitales) :

BURETTE SLAOU I

Prénom :

Date de naissance :

13/10/1941

(en capitales) :

Date de naissance :

13/10/1941

Exerce-t-il actuellement une activité professionnelle ?

Est-il retraité ?

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

☐ Oui

☒ Oui

☐ Oui

☐ Non

☐ Non

☐ Non

Si oui, laquelle ?

☐ 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)

11/11/11

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'exactitude 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 peines, à la radiation, à des peines d'amende et/ou d'emprisonnement (articles L756-1-3 et L756-2-2 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 mandataires 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

Blanc

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

N'omettez pas d'indiquer votre numéro de sécurité sociale et de : tous les éléments doivent être renseignés pour le bon traitement de votre demande.

Pour être remboursé(e), systématiquement à la présente feuille de soins les éléments ci-dessous : Le verso doit également être complété par vos soins.

les

les

actes en série, frais d'optique.

ainsi que,

un

attestant du paiement pour chacune des dépenses.

(avec nom et prénom du malade) pour les frais suivants : médicaments, analyses médicales, appareillage,

(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 :

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

NOM : S/1001

PRENOM : Leanne

DATE DE NAISSANCE : / /

Détails des actes médicaux

Dr. MKINSI BARGACH S.

Dermato-Vénérologue

Rue de Marché - Résidence Ben Omar

Box 9 - Babou - CASABLANCA

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

CARDIOLOGIE

☐ Électrocardiogramme (ECG)

☐ Électrocardiogramme + test d'effort (EFF)

☐ Autre acte, à préciser :

ACTE(S) D'IMAGERIE

☐ Radiographie, zone à préciser :

☐ Radiographie panoramique

☐ Mammographie : ☐ Unilatérale ☐ Bilatérale

☐ Scanner

☐ IRM

☐ Électroencéphalogramme

☐ Echographie, zone à préciser :

☐ Autre, à préciser :

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

Date de la prescription : / /

Traitement dispensé du / / au / /

Nombre de séances dispensées :

Description du traitement :

ANALYSES DE LABORATOIRE

Date de la prescription : / /

Date d'exécution : / /

Date de la prescription : / /

Date d'exécution : / /

PHARMACIE / FOURNISSEUR

Date de la prescription : / /

Date de délivrance : / /

Date de la prescription : / /

Date de délivrance : / /

Date de la prescription : / /

Date de délivrance : / /

Date de la prescription : / /

Date de délivrance : / /

Date de la prescription : / /

Date de délivrance : / /

AUTRES FRAIS DE SANTÉ

Description des frais facturés :

exécute de 2
heures
selon le gus

27 09 2023

700,00 DH

Dr MKINSI BARGACH Siham
DERMATOLOGIE - VENEROLOGIE
Rue du Marché - Résidence Benomar - Porte D.
2^{ème} étage - Appt. n° 2
Maârif - Casablanca.
Tél. : 022.98.97.86 / 98.82.80.

Casablanca, le

27/08/2023

Je soussigné avoir reçu de M^{me} SLAOUI Françoise

La somme de : 700,00 DHS

Pour exercice de honoraires

sebouthei que

Dr. MKINSI BARGACH S.
Dermato - Vénérologue
Rue du Marché - Résidence Ben Omar
Porte D - Maârif - CASABLANCA
Signé : Dr MKINSI

Caisse des Français de l'Étranger
La Sécurité sociale des expatriés

FEUILLE DE SOINS DISPENSÉS À L'ÉTRANGER

Réservée 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

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (

02 44 65 12 65 40 053 84

NOM (en capitales): BURETTE SLAOUT

Prénom:

Françoise

Date de naissance: 13/08/1941

MARSE

(en capitales):

Date de naissance: 13/08/41

Exerce-t-il actuellement une activité professionnelle ?

Est-il retraité ?

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

☐ Oui

☒ Non

☐ Oui

☐ Non

☐ Non

☐ Non

Si oui, laquelle ?

☐ 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)

11/11/11

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'exactitude 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 curriculumaire 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

Blanc

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

- N'omettez pas d'indiquer votre numéro de sécurité sociale et de : tous les éléments doivent être renseignés pour le bon traitement de votre demande. Le verso doit également être complété par vos soins.
- Pour être remboursé(e), systématiquement à la présente feuille de soins les éléments ci-dessous :
 - les actes en série, frais d'optique.
 - ainsi que, un (avec nom et prénom du malade) pour les frais suivants : médicaments, analyses médicales, appareillage, (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.

NOM : SLAOUIPRENOM : FrançoisDATE DE NAISSANCE : 13/10/1941

Détails des actes médicaux

Nom du patient
ou de l'établissement

Date des soins

Montant réglé
en monnaie
localeMontant
éventuellement
pris en charge par
l'organisme local☐ 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

CARDIOLOGIE

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

ACTE(S) D'IMAGERIE

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

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

Date de la prescription : 15/10/23Traitement dispensé du 15/10/23 au 15/10/23Nombre de séances dispensées : 1

Description du traitement :

ANALYSES DE LABORATOIRE

Date de la prescription : 15/10/23Date de la prescription : 15/10/23Date d'exécution : 15/10/23Date d'exécution : 15/10/23

PHARMACIE / FOURNISSEUR

Date de la prescription : 15/10/23Date de la prescription : 15/10/23Date de la prescription : 15/10/23Date de la prescription : 15/10/23Date de la prescription : 15/10/23Date de délivrance : 15/10/23Date de délivrance : 15/10/23Date de délivrance : 15/10/23Date de délivrance : 15/10/23Date de délivrance : 15/10/23

AUTRES FRAIS DE SANTÉ

Description des frais facturés :

Mouture + Ventes de produits
Autres : Antidépresseur

OPTIMOMES

Mynan EDDOUB
Opticien Optométriste
Rue Ibnou Hazem Résidence
Yasmine Casa
Tél: 022.84.42.0615/10/2315000HPHARMACIE
Melle EL MOUNI MOUHA
7, Rue Abi Hammad
Casablanca
Tél: 05 22 24 24 25

الدكتورة مريم العمراني
مُتَخَصِّصَة فِي طِبِّ وَجَرَا حَةِ الْعَيُون خَرِيجَة جَامِعَة بَارِيز
Docteur Maryem LAMRANI

Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris

Casablanca, le 15/09/2023

SLAOUI Françoise

LUNETTES : monture et verres organiques antireflets amincis (vision de près)

OD : +1.50(95° -1.50)

OG : +3.25(65° -1.00)

Docteur Maryem LAMRANI
OPHTALMOLOGISTE
38, bd El Massira El Khadra - Casablanca
Tél. : 05 22 94 29 46 et 05 22 94 29 47

الدكتورة مريم العمراني
مُتَخَصِّصَة فِي طِبِّ وَجَرَا حَةِ الْعَيُون خَرِيجَة جَامِعَة بَارِيز

Docteur Maryem LAMRANI

Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris

Casablanca, le 15 septembre 2023

SLAOUI Françoise

Instiller dans les yeux,

MONOPROST

1 goutte le soir pendant 6 mois

CARTEOL 2%LP

1 goutte le matin pendant 6 mois

timapate - 0,50
2 gouttes / jour

PHARMACIE SOURCE
Melle EL MOUANA
Docteur en Pharmacie
7, Rue Ain Asserdoune, C.I.L.
Casablanca - Tél: 05 22 36 24 85

86/2

Ne pas arrêter le traitement sans avis médical

Docteur Maryem LAMRANI
OPHTALMOLOGISTE
38, bd El Massira El Khadra - Casablanca
Tél. : 05 22 94 29 46 et 05 22 94 29 47

PS rupture de stock -

إقامة كريمة - 38، شارع المسيرة الخضراء - 20 100 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 94 29 46 / 47
Résidence Karima - 38, Boulevard El Massira El Khadra 20 100 Casablanca - Tél. : 05 22 94 29 46 / 47

صيدلية المنيع
Pharmacie La Source

El mounni Mouna
Docteur en Pharmacie
Diplômée de la Faculté
de Médecine et de Pharmacie de Rabat



PHARMACIE
LA SOURCE

Date 20/09/2023

Facture

Facture D. SLAOUI Françoise

Quantité	Désignation	P.P.M.	TOTAL
1	timabak clyp		86,10
Somme de quatre vingt six dirhams et dix centimes.			
PHARMACIE LA SOURCE Mlle EL MOUMNI MOUNA Docteur en Pharmacie 7, Rue Ain Asserdoune - C.I.L. Casablanca - Tél: 05 22 36 24 85			
Pharmacie la source			
092038710			

7, Rue Ain Asserdoune - C.I.L - CASABLANCA
Tél : 05 22 36 24 85 - R.C : 293572 - N° Pat : 34812010

PTIMOMES

64, rue ibnou hazem
Residence Yasmine
tel: 0522944906

facture N° 2023/277

15/09/2023

FACTURE

NOM/PRENOM: SLAOUI Françoise
NOM PRESCRIPTEUR : lamrani maryem
DATE PRESCRIPTEUR: 15/09/2023

Nomenclature	Quantite	Designation produits	PU	TOTAL
	1	Monture	900	900
	1	+ 1.50 (- 1.50 à 95°) organique aminci antireflet	300	300
	1	+ 3.25 (- 1 à 65°) organique aminci antireflet	300	300
				1 500.00

Dont TVA: 250 dhs

Arrêtée la présente facture a la somme de : Trois Mille Six Cent Cinquantres Dirhams

OPTIMOMES
Myriam EDDOUIB
Opticienne Optométriste
4 Rue ibnou Hazem Résidence
Yasmine - Casablanca
Tél: 022.94 42.06

Pensez à faire ajuster vos lunettes régulièrement, une visite annuelle chez votre ophtalmologiste est conseillée.

adresse: 64, ibnou Hazem, résidence Yasmine, Casablanca, tel : 05 22 94 42 06
RC:290962 IF:40907770 ICE:000833012000066 Patente:35806687 CNSS:8611362 INPE:095001830

الدكتورة مريم العمراني

مختصة في طب وجراحة العيون خريجة جامعة تكريت

Docteur Maryem LAMRANI

Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris

Casablanca, le 15/09/2023

SLAOUI Françoise

Honoraires consultation: trois cent cinquante dirhams (350.00DH)

Docteur Maryem LAMRANI
OPHTALMOLOGISTE
38, bd El Massira El Khadra - Casablanca
Tél. : 05 22 94 29 46 et 05 22 94 29 47

إقامة كريمة - 38، شارع المسيرة الخضراء - 20 100 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 94 29 46/47
Résidence Karima - 38, Boulevard El Massira El Khadra 20 100 Casablanca - Tél. : 05 22 94 29 46 / 47