

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.

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



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

Déclaration de Maladie

M23-0024792

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1502 Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HABID EL FERMI

Date de naissance :

Adresse : Seada II n°4 Sidi Jazouf Caba

Tél. : 0661137251 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : NAKHLAoui Rochid Age: 67ans

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 : Caba

Le : 12 / 03 / 24

Signature de l'adhérent(e) :

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 :

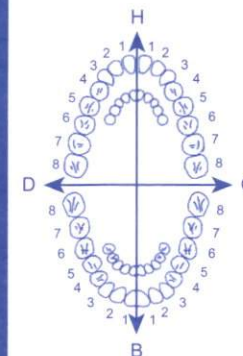
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

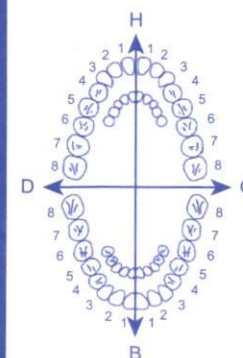
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



إفادة بالاستلام
ACCUSE DE RECEPTION



Réf : 610-2-102 مرجع رقم :

Code agence : 701647

رمز الوثيقة :

Numéro dossier



138197601

رقم الملف

Informations sur l'assuré

Nom et prénom

NAKHLAUI RACHIDA

N° d'immatriculation

164386123

Nom et prénom du bénéficiaire

NAKHLAUI RACHIDA

Informations sur le dossier

Type dossier

DOSSIER DE REMBOURSEMENT

Date/heure de dépôt

01/03/2024 12:34

Date de soin

2024-02-29

Montant des frais de soins

2120.8 DHS

معلومات عن المؤمن له

الاسم والعالي والشخصي

رقم التسجيل

الاسم والعالي والشخصي للمستفيد

معلومات عن الملف

نوع الملف

تاريخ ووقت الإيداع

تاريخ العلاج

مبلغ تكاليف العلاج

Madame, Monsieur,

Nous avons bien reçu votre dossier. Nous vous informons qu'il sera transmis aux services de la CNSS pour traitement.

سيدي، سيدي،

لقد توصلنا بملفكم ونحذركم أنه سيتم إحالته على مصالح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي من أجل معالجته.

Dans le cadre de la généralisation de la couverture sociale et médicale aux travailleurs non salariés (TNS), la CNSS collecte vos données personnelles en vue de vous faire bénéficier de cette couverture.

Ce traitement a fait l'objet d'une demande d'autorisation provisoire auprès de la CNDP sous le numéro: A-PO-ECO-199/2021

Les données personnelles collectées peuvent être transmises à votre organisme de liaison et aux administrations et partenaires conformément à la demande d'autorisation précitée.

Pour exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition conformément aux dispositions de la loi 09-08, vous pouvez :

- Adresser votre demande à la boîte email : reclamation.polep@cnss.ma ;
- Prendre attache avec les agents d'accueil au niveau des agences CNSS ou les télé-conseillers du Centre d'appel Allo Daman au numéro suivants : 3939

Pour connaître vos droits en matière de protection des données à caractère personnel, vous pouvez consulter le mode opératoire relatif à l'exercice des droits en matière de protection des données à caractère personnel, mis en ligne par la CNSS au niveau du site

www.macnss.ma

في إطار تعميم التغطية الاجتماعية و الصحية لفائدة العمال غير الأجراء يقوم الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بجمع معطياتكم الشخصية اللازمة لتكمينكم من الاستفادة من هذه التغطية. معالجة معطياتكم كانت موضوع ترخيص مؤقت من قبل اللجنة الوطنية لمراقبة حماية المعطيات ذات الطابع الشخصي تحت رقم A-PO-ECO-199/2021. يمكن أن نرسل معطياتكم الشخصية المجمعة من قبل الصندوق، إلى هيئة الاتصال التي ننتمون إليها وإلى الإدارات و الشركاء وفقاً لطلب الترخيص سالف الذكر.

لممارسة حقوقكم فيولوج و التصحيح و التعرض، وفقاً لمقتضيات القانون 09-08، يمكنكم توجيه طلبكم إلى البريد الإلكتروني reclamation.polep@cnss.ma أو ربط الاتصال بمركز الاتصال "ألو دمان" التابع للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على الرقم التالية: 3939.

لتتعرف على حقوقكم في مجال حماية المعطيات ذات الطابع الشخصي، يمكنكم الاطلاع على النليل العملي لممارسة الحقوق فيما يتعلق بمعالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي، الذي تم نشره من قبل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على مستوى الموقع الإلكتروني www.macnss.ma

Pour plus d'informations et pour le suivi de traitement de votre dossier :

للمزيد من المعلومات ولتتبع معالجة ملفكم :

Veuillez visiter notre site Web

www.cnss.ma

ou le portail des assurés

www.macnss.ma

ou l'application mobile

Ma CNSS

ou contacter notre centre d'appel au numéro

3939

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بمركز الاتصال على الرقم

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو إسيان

	Code agence	701647	Date/heure de dépôt dossier	01/03/2024 12:34	تاريخ ووقت الإيداع
	Signature du déposant	توقيع	Numéro d'opération	644340629	رقم العملية
	مودع الملف	Statut dossier	RECEPTION	وضعية الملف	
	Numéro dossier	138197601	رقم الملف		

Réf: 610-2-102

DOCTEUR SAÏD RAMY

Spécialiste

Diplômé de la faculté de Médecine de Clermont
Ferrand (France)

Ancien interne et assistant des Hôpitaux
de France

Enseignant à la haute Ecole
de Kinésithérapie (H.E.K)

Rhumatologue

Maladie des Os, Articulations, Muscles et

Colonnes vertébrale

Radiologie Osseuse



الدكتور سعيد الرامي
اختصاصي

خريج كلية الطب بكلية علوم فضاء

طبيب ملحق سابقا بمستشفيات فرنسا

استاذ بالمدرسة العليا

للتدريس الطبي

أمراض الروماتيزم

العظام، المفاصل، العضلات

العمود الفقري و الرجل

الغضن بالاشعة

Casablanca, le

29/2/24

Dr HASSEN

RACHIDA

me

NAKHLAOU

- Diabene 600

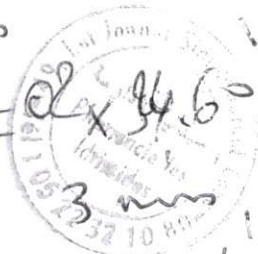
up 1 $\frac{1}{2}$ x 133,60

3 min

- lasilac 600

up 1 $\frac{1}{2}$ x 34,60

up 1 $\frac{1}{2}$ / min



- ALTI NOV

up nat ch sh

3 min

06 x 149,0

- pregat 20

up 1 $\frac{1}{2}$ 3 min

02 x 95,5
02 x 92,8

- Vit D3 800

up 1 $\frac{1}{2}$ 05 x 20,9
05 x 19,0

1820180

u - les

Dr SAÏD RAMY
RHUMATOLOGUE

30 Rue Omar el-Ahmed, Casablanca

Tel: 0522 26 82 78

INPE-05116794

GSM: 0661 42 78 23

39 Rue Omar el-Ahmed, Casablanca - الهاتف : 0522 26 82 78

ARTI A ARTINOV

Composition

Extrait sec d'Harpagophytum 200mg
Cartilage de requin 250mg,
Stéarate de Magnésium,
Amidon de Mais,
Capsule végétale en HPMC

Conseils d'utilisation:
1 gélule matin et soir
Poids net total: 18.5g

ART ART ARTINOV

Composition

Extrait sec d'Harpagophytum 200mg
Cartilage de requin 250mg,
Stéarate de Magnésium,
Amidon de Mais,
Capsule végétale en HPMC

Conseils d'utilisation:
1 gélule matin et soir
Poids net total: 18.5g

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR

PPV: 20,90 DH

LOT: 23E010
PER: 07 2027
LASILIX 40MG
20CP SEC

LOT: 23E010
PER: 07 2027
LASILIX 40MG
20CP SEC

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR

PPV: 19,50 DH

DIOVENOR 600MG
CP B30

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR

PPV: 19,50 DH

DIOVENOR 600MG
30 comprimés

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR

PPV: 20,90 DH

DIOVENOR 600MG
B30

PROGAST 20 mg
28 gélules

PROGAST 20 mg
28 gélules

PROGAST 20 mg
14 gélules

PROGAST 20 mg
14 gélules

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR
PPV: 19,50 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR
PPV: 19,50 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR
PPV: 19,50 DH

Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures,).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

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.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، ...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الآخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent :	تاريخ الاستلام : Date d'arrivée :
Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :	

<p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Ref. ANAM : 12.01.01
	موافقة مسبقة Entente préalable	تنفيذ Exécution	مرجع رقم 610-1-02	
N° Dossier :				
Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)				
Nom et prénom : NAKHLAoui Redoua				
N° Immatriculation : 1164318163				
N° CIN : 3418444				
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)				
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/>				
Adresse : Sada II n° 4 Sidi Tanouy COBA				
Montant des frais : 2180,50 Dhs. مبلغ المصاريف :				
Nombre de pièces jointes : 1 عدد الوثائق المرفقة :				
Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج				
Bénéficiaire de soins : NAKHLAoui Redoua				
Nom et prénom : NAKHLAoui Redoua				
Date de naissance : 27/08/80 تاريخ الميلاد :				
N° CIN : 3418444 رقم بطاقة التعريف الوطنية :				
Sexe : M <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى الجنس :				
INPE et code à Barres** الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر**				
Etablissement de soins المؤسسة العلاجية				
Type de soins* نوع العلاجات				
Hospitalisation <input type="checkbox"/> إستشفاء <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> حادثة <input type="checkbox"/> Maladie <input checked="" type="checkbox"/> مرضي				
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه				
Fait à : ب : Le : في : توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)				
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه				
Fait à : ب : Le : في : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins				

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكار - الدار البيضاء ص - ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف : 080 203 3333

CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

Description des actes effectués				وصف العمليات المجراة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clè+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
29/02/2024			3000		
INPE et code à Barres 092034040					
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					

CIM - 10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clè+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clè+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
29/02/2024	1820,80	
INPE et code à Barres 092034040		
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

000164386105

	البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري Relevé périodique des prestations AMO		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم
	Emis à : CASABLANCA Le : 06/03/2024	أصدر ب : بتاريخ :	Page 1 / 1 الصفحة
N° d'immatriculation 164386123 Règlements de la période du : 06/03/2024 : من au : 06/03/2024 : إلى	رقم التسجيل أداءات الفترة	Destinataire NAKHLAOU RACHIDA المرسل إليه	

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
NAKHLAOU RACHIDA											
138197601	29/02/2024	CS	RHUMATOLOGIE	300,00	150,00	1.00	1,00	150,00	70,00	06/03/2024	105,00
138197601	29/02/2024	PH	PHARMACIES D OFFICINES	1820,80	0,00	1.00	9,00	0,00	0,00	06/03/2024	235,62
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											340,62
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											340,62

- Sauf erreur ou omission

- ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :
 merci de visiter notre site Web
 ou le portail des assurés
 ou l'application mobile
 ou appeler notre serveur vocal au numéro
 ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma
 www.cnss.ma/Portail/
 « Ma CNSS »
 080 20 30 100
 080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:
 يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
 أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
 أو تطبيق الهاتف
 أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
 أو الاتصال بمركز الاتصال الواسع على الأرقام

دار المؤمن - ساحة داكار - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 0522 54 86 07 فاكس: 0522 54 86 73
 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 0522 54 86 07 Fax : 0522 54 86 73

Indice de révision : 02_28.03.2018