

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

litions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1798

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ADNANE MOSTAPHA

Date de naissance :

01/01/1951

Adresse :

123, Rue Allal Ben Abdellah - Les Sakkat, B
Boulevard Sidi Smaïl RAJA

Tél. :

06 82 60 00 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 : 04/08/2020

Le : 18 AOUT 2020

Signature de l'adhérent(e) :



 بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVE DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي C.N.S.S	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire REF : 610-2-06 : مرجع رقم Page : 1
Référence structurée : 200494754137218		Emis à Casablanca le : 28/04/2020
Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation: 154502333 Règlement du mois : 04/2020 Mode de paiement : Virement		EL MECHRAFI AZIZA 123 RES SEKKAT B RUE ABOU EL WAQT 3 EME ETG APPT 9 CASABLANCA 2016
Informations : معلومات :		

مرجع الإشعار بالاستلام	العلاج	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement%	Montant remboursé	
EL MECHRAFI AZIZA											
070669462	27/02/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77	115,50	
070669462	27/02/2020	PH	PHARMACIE	788,00	195,40	1,00	1,00	195,40	77	150,46	
060293101	14/03/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE	200,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77	115,50	
060293101	14/03/2020	PH	PHARMACIE	275,90	176,20	1,00	1,00	176,20	77	135,67	
Total remboursé pour AZIZA										517,13	
Total général remboursé										517,13	

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

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 un 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 un 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 اتباعها

تقدير ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل 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 المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق 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 المصرفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

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

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غيرقابلة للتعويض.

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

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سيق ذكره.

توقيع و طابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : ٢٠٢١_٠٣_١٢

تاريخ الإياب : ٢٠٢١_٠٣_١٢

٥٦٦٢١٥٥٥٨٠

 CNSS	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
	* موافقة مسبقة *	* تنفيذ *
	Entente préalable*	Exécution*
Réf. : 610-1-03		
Ref. : ANAM 120501		

خاص بالمؤمن له (لها)	
الاسم العائلي والشخصي :	
رقم التسجيل :	
رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)	
Conjoint <input type="checkbox"/>	زوج <input type="checkbox"/>
Enfant <input type="checkbox"/>	ابن <input type="checkbox"/>
العنوان :	
مبلغ المصارييف :	
عدد الوثائق المرفقة :	

تصريح الطبيب المعالج	
المسفدي من العلاجات	
الاسم العائلي والشخصي :	
تاريخ :	
رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
الجنس: * مذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input checked="" type="checkbox"/>	
الرقم الوطني المستند إلى الرقم المفترض **	
INPE et code à barres **	
Medecin traitant INP : 091019448	
Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	

نوع العلاجات	
قبل المرض المزمن *	
رقم ملف المرض المزمن :	
رمز المرض المزمن :	
Admission ALD * : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استئناف *
N° dossier ALD : ٢٠٢١_٠٣_١٢	
Code ALD: مرض <input type="checkbox"/>	
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.	
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه	
Fait à : ٢٠٢١_٠٣_١٢	
Le : ٢٠٢١_٠٣_١٢	
توقيع المؤمن له	
Signature de l'assuré (e) <i>Belqadi</i>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المنكوبة على	
Fait à : ٢٠٢١_٠٣_١٢	
Le : ٢٠٢١_٠٣_١٢	
توقيع الطبيب المعالج لا مؤسسة الصحية	
Signature et Cachet du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	
Dr. BELQADI, Specialiste ORL	

* Cocher la mention utile pour chaque case
** Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identification National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) et le N° de dossier
٠٨٠٢٠٠٧٢٠٠ / ٠٨٠٢٠٣٣٣٣٣
٢١٨٦ - الدار البيضاء - المغرب - الهاتف: ٠٣٦٣٣٣٣٣٣
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. : 2186 Casablanca Gare Téléphone : ٠٦٦٣٠٠٠٠ / ٠٦٦٣٠٠٣٣٣
٠٥٢٢٩٨١٤٦٧

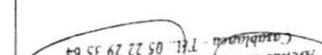
CIM-10

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie						العمليات الإحياء، الأشعة و الصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوترة Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste		
INPE et code à Barres _____						
INPE et code à Barres _____						

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المزمعة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلاني او مومن التجهيزات الوطنية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
14/3/2020	27890	<div style="text-align: center;">  Pharmacie Lahyasma ZERMAIMA Nador </div>
INPE et code à Barres INPE et code à Barres 092039189		
INPE et code à Barres INPE et code à Barres		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total



FEUILLE DE MEDICAMENTS

Direction régionale Anfa

Agence Ziraoui

Partie réservée à l'assuré (e)

Numéro d'Immatriculation : 15.4.50.2.33.3
Nom et Prénom : EL MESSIRAF A. B. B. A.
Bénéficiaire : M. M.
Tél/GSM : 06.62.14.05.80.

Partie réservée au code à barre des médicaments

<p>ISOLONE 20mg 30 comprimés AMM N° 65 DMP/21/NCN</p> 	<p>LABIXEN 20mg 30 comprimés</p> 		

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 un 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 un 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 اتباعها

تقدير ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (صفات طيبة، فواتير،...).

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في طرف شهرين من تاريخ أول عملية طيبة، 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

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

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سيق ذكره.

توقيع و طابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

 الضمان الاجتماعي CNSS	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée		 مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-1-03 Réf. : ANAM 1.2.02.01
N° Dossier :	* موافقة مسبقة *	* تنفيذ *	Exécution*

خاص بالمؤمن له (ها)	
الاسم العائلي والشخصي:	
رقم التسجيل:	
رقم بطاقة التعريف الوطنية:	
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها)*	
Conjoint <input type="checkbox"/>	زوج <input type="checkbox"/>
Enfant <input type="checkbox"/> ابن	
العنوان:	
مبلغ المصارييف:	
Montant des frais :	درهم Dhs.
عدد الوثائق المرفقة:	
نوع الطبيب المعالج	

المستفيد من العلاجات	
الاسم العائلي والشخصي:	
تاريخ الإزدياد:	
رقم بطاقة التعريف الوطنية:	
الجنس: *	
الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفق**	
M <input type="checkbox"/> ذكر	F <input type="checkbox"/> أنثى
نوع العلاجات	
قبرو المرض المزمن:	
رقم ملف المرض المزمن:	
رمز المرض المزمن:	
استئناف*	
Etablissement de soins	
المؤسسة العلاجية	

Type de soins	
Admission ALD *:	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
N° dossier ALD :	
Code ALD:	
Maladie* <input type="checkbox"/>	مرض* <input type="checkbox"/>
Hospitalisation* <input type="checkbox"/>	
Signature* <input type="checkbox"/>	
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.	
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.	
Fait à :	
Le : ١٩٢١٠٢١٢٠٣١	
Fait à :	
Le : ١٩٢١٠٢١٢٠٣١	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
تصديق المؤمن له	
Signature de l'assuré (e)	
* اكتب الخاتمة المناسبة	
** Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.	
080 200 7200 / 080 203 3333 - 2186 - در. المuron - ساحة المدار - الدار البيضاء - المغرب	
Maison de l'Assurance - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casablanca Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333	

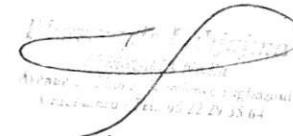
وصف العمليات المجرأة				
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
29/02/2020	cr		200,00	
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

CIM-10

العمليات المساعدين الطبيين						
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres						
INPE et code à Barres						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

العمليات الإحياء، الأشعة و الصور				
توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوت Montant facturé
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
27.2.2020	7800	 L'ordre des pharmaciens de la wilaya d'Alger Signature de: Dr. H. B. 95 22 29 33 64
INPE et code à Barres		
INPE et code à Barres		
INPE et code à Barres		

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



FEUILLE DE MEDICAMENTS

Direction régionale Anfa

Agence Ziraoui

Partie réservée à l'assuré (e)

Numéro d'Immatriculation : 15.4.50.2.3.2.3
Nom et Prénom : EL MELHRAFI A. A.
Bénéficiaire : Mme.
Tél/GSM : 0662.10.05.80

Partie réservée au code à barre des médicaments

AMlor® 5mg 56 COMPRIMES  6 118000 250012	AMlor® 5mg 56 COMPRIMES  6 118000 250012	CADELIUS 600 mg/1000 UI Calcium / Cholécalciférol (Vitamine D ₃) Comprimés orodispersibles. Boîte de 30 PPV : 128,70 Dhs  6 118001 440061	CADELIUS 600 mg/1000 UI Calcium / Cholécalciférol (Vitamine D ₃) Comprimés orodispersibles. Boîte de 30 PPV : 128,70 Dhs  6 118001 440061

مركز بتر أنزاران لأمراض الأذن الأنف والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك وتنقية الدوار والصمك والشخير

Centre Bir Anzarane d'O.R.L. et de Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale

Exploration des Vertiges et de la Surdité

Dr. Faouzi BELQADI

- CES D'ORL
- UNIVERSITE PARIS VII
- NEZ - GORGE - OREILLE
- Chirurgie Cervico - Maxillo - Faciale
- Vertige - Ronflement
- Médecin Fédéral de la FFESSM

الدكتور فوزي بلقاصي

اختصاصي في أمراض الأذن الأنف
والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك
وتنقية الدوار والصمك والشخير
طبيب الجامعة الفرنسية للغطس
و الرياضات المائية

CASABLANCA LE 14/03/2020

Madame EL MECHRAFI Aziza

571

ISOLONE 20 mg

3 comprimés le matin pendant 6 jours

567

LABIXTEN boite de 30

1 comprimé matin avant le petit déjeuner pendant 30 jours.

575

RISONEL

1 pulvérisation dans chaque narine 2 fois par jour pendant 30 jours.

275.9

Dr. BELQADI Faouzi
Spécialiste O.R.L.
119, Bd. Bir Anzarane - Maârif
Tél.: 05 22 23 84 84 / 05 22 98 14 67 / 05 22 99 26 53
E-mail : belqadif@yahoo.fr

Dr. Salah Eddine Maâroufi

CES de RHUMATOLOGIE
Médecine Manuelle et Osteopathie
Echographie Osteoarticulaire
Rhumatisme, Maladies des os,
des Articulations, de la colonne vertébrale,
des muscles et des pieds
Diplômé de la faculté de
Médecine de Marseille
Ex. Attaché au C.H.U de Montpellier

الدكتور صالح الدين المغرفي

خريج كلية الطب بمرسيطينا
ملحق سابق بمستشفيات موبولي
إختصاصي في أمراض العظام، المفاصل
العمود الفقري، العضلات والأعصاب
علاج العمود الفقري والمفاصل
بالتطبيب اليدوي
الفحص بالصدى للجهاز الحركي

Casablanca, le :27/02/2020.....

MME EL MECHRAFI AZIZA

(12870 X4) 
• Cadelius
1 Cp / jour x 04 mois

• Amlor 5 mg - comprimé
1 cp / jour x 03 mois

13660 X2

788.00

Plaquette de 10 comprimés
Avalable 10/03/2020
Conseil de 10/03/2020

Plaquette de 10 comprimés
Avalable 10/03/2020
Conseil de 10/03/2020

0522.54.29.79 - 0522.30.91.54 ، شارع الحرية - الدار البيضاء - الهاتف : 124, Boulevard de la Liberté - Casablanca - Tél. : 0522.30.91.54 - Fax : 0522.54.29.79