

# 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.

## Biologie 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

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- 064383

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 768 Société : 48741  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Burette Françoise ep. Sloan  
Date de naissance : 12/09/1941  
Adresse : Résidence Françoise - Esc D  
45 Bd Ghanchi Casablanca  
Tél. : 066250695 Total des frais engagés : 1222,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément CFE

Date de consultation : 28/10/2020  
Nom et prénom du malade : Burette Françoise  
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 : Casablanca

Le : 23/11/2020

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

*Implem CFE*

# 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

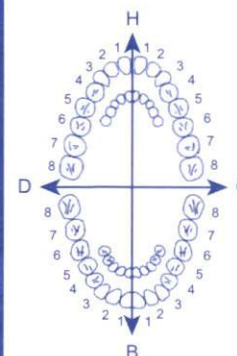
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

# 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

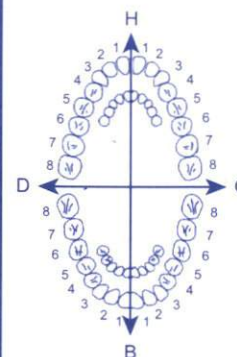
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

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



# PHARMACIE EL ANADEL

3 bd abdellatif ben kaddour

pharmacien diplômé de l'université de CAEN  
HOMEOPATHIE-PHYTOTHERAPIE-HERBORISTE

R.C :

Patente:35600524

T.V.A :

Tél :0522 36 54 8

Le 31/10/2020

**FACTURE N°547696**

N° ICE : 001620659000071

**SLAOUI FRANÇOISE**

N° IF :

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	SERETIDE DISKUS 250µG	248,00	248,00		
1	ZITHROMAX CO 500MG 3U	79,70	79,70		
<div>Pharmacie EL ANADEL Mme H.T. EL ARAKI Bd Abdellatif Ben Kaddour Tél : 0522-36-54-38</div> <div>314934</div>					
<b>TOTAL T.T.C :</b>				<b>327,70</b>	



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 16/11/2020

## AVIS DE REGLEMENT

Page 1

N°	Dates	Détail des prestations	Dépense réelle en Euros	Eléments de calcul					Montant du remboursement
				Prix unitaire	Coef.	Nbre	Base de rembt	Taux	
1	ASSURE : FRANCOISE - Maladie								
	31/10/2020	ETR : PHARMACIE	30,39			1	30,39	65	19,75
	31/10/2020	ETR : CONSULTATION GÉNÉRALISTE	18,55	25,00		1	18,55	70	12,99
	03/11/2020	ETR : BIO. ET ANATOMO-CYTOPATHOLOGIE	64,46			1	64,46	50	32,23
	TOTAL DU DECOMPTE	REFERENCE : 20201116004054 -E							64,97

Montant total payé en Euros

64,97

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 de 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)

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)

<b>Assuré</b>	N° de Sécurité Sociale : 2 41 08 76 540 053 84	<b>Règlement</b>	Référence : 20201116004054
Nom : SLAOUI  Prénom : FRANCOISE		Destinataire :	MME BURETTE FRANCOISE
		Mode :	Virement SEPA
		Compte :	FR76 1820 6004 9000 8083 9315 073



**LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES MEDICALES**

5, Avenue du Docetur Mohamed Sijelmassi (ex Av du phare) - Résidence KENZ

Racine extension Bourgogne -Casablanca.

Tél : 0522 368749 Fax : 0522 368754

N° de patente : 33104766 ICE : 00168 1325 000031 INPE 097159503

**FACTURE N° : 2011030473**

Casablanca le 03-11-2020

Prescripteur :

**Mme FRABCOISE MARIE MADELEINE Burette**

Demande N° 2011030473

Date de l'examen : 03-11-2020

Correspondant :

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
ECOUV	Prélèvement sur écouvillon ou mycologique	E25	E
	BIOLOGIE MOLECULAIRE ( SARS – CORONAVIRUS 2 )	B500	B

Total des B : 500

TOTAL DOSSIER : 695 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cent quatre-vingt-quinze dirham s

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES  
Racine extension Bourgogne  
Casablanca  
Tél: 0522 368749  
Fax: 0522 368754  
N° de patente: 33104766  
ICE: 00168 1325 000031  
INPE 097159503



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 16/11/2020

## AVIS DE REGLEMENT

Page 1

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								
	31/10/2020	ETR : PHARMACIE	30,39			1	30,39	65	19,75
	31/10/2020	ETR : CONSULTATION GÉNÉRALISTE	18,55	25,00		1	18,55	70	12,99
	03/11/2020	ETR : BIO. ET ANATOMO-CYTOPATHOLOGIE	64,46			1	64,46	50	32,23
	TOTAL DU DECOMPTE	REFERENCE : 20201116004054 -E							64,97

Montant total payé en Euros

64,97

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 de 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°2006-275 du 27/05/05)

<b>Assuré</b>	N° de Sécurité Sociale : 2 41 08 76 540 053 84	<b>Règlement</b>	Référence : 20201116004054
Nom : SLAOUI		Destinataire : MME BURETTE FRANCOISE	
Prénom : FRANCOISE		Mode : Virement SEPA	
		Compte : FR76 1820 6004 9000 8083 9315 073	

## FEUILLE DE SOINS DISPENSÉS À L'ÉTRANGER

Réservée à l'usage exclusif des adhérents de la CFE - À 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

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (obligatoire) :

2141108765400184

NOM (en capitales) :

S. B. ou

Date de naissance :

13/11/1941

Prénom :

Francine

Pays où ont été dispensés les soins :

Maroc

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE (s'il ne s'agit pas de l'adhérent)

NOM (en capitales) :

Prénom :

Date de naissance :

1/1/1/1/1

Exerce-t-il actuellement une activité professionnelle ?

☐ Oui

☐ Non

⇒ Si oui, laquelle ?

Est-il retraité ?

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

Je m'engage à signaler tout changement dans la situation de cet avant-droit

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES SOINS (s'il ne s'agit pas de maladie)

☐ Accident causé par un tiers, indiquez la date :

1/1/1/1/1

☐ 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)

### MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

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 L766-3 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 complémentaire 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 liberté 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

Signature :

RENOUVELLEMENT DES FEUILLES DE SOINS (imprimé téléchargeable sur notre site [www.cfe.fr](http://www.cfe.fr), rubrique « vos imprimés »)

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

### IMPORTANT : CONSEILS PRATIQUES AUX ADHÉRENTS

● Utilisez une feuille de soins par malade.

● Complétez obligatoirement cette 1<sup>ère</sup> page : tous les éléments doivent être renseignés pour le bon traitement de votre demande.  
N'omettez pas d'indiquer votre numéro de sécurité sociale et de signer la feuille de soins. Le verso doit également être complété par vos soins.

● Pour être remboursé(e), joignez systématiquement à la présente feuille de soins les éléments ci-dessous :

- ⇒ les factures originales détaillées et acquittées attestant du paiement pour chacune des dépenses.
- ⇒ les prescriptions médicales (avec nom et prénom du malade) pour les frais suivants : médicaments, analyses médicales, appareillage, actes en série, frais d'optique.
- ⇒ ainsi que, en cas de traitement en série, un état de frais indiquant toutes les dates de soins (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 un RIB lors de votre 1<sup>er</sup> envoi de feuille(s) de soins.

● Pour tout renseignement complémentaire, consultez le site de la CFE : [www.cfe.fr](http://www.cfe.fr)



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

Identité du malade : **NOM** : ..... **PRENOM** : ..... **DATE DE NAISSANCE** : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Détails des actes médicaux

Nom du praticien  
ou de l'établissement

Date des soins

Montant réglé  
en monnaie  
locale

Montant  
éventuellement  
pris en charge par  
l'organisme local

**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 : 10/11/2020

Date de la prescription : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date d'exécution : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PHARMACIE / FOURNISSEUR**

Date de la prescription : 31/10/20

Date de délivrance : 31/10/20

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 : .....



**Docteur Nathalie PAYELLE**

Diplômée de la Faculté de Médecine  
de RENNES (France)

**MEDECINE GENERALE**

D.U. : Diététique et Maladies de la Nutrition  
(Diabète - Hypercholestérolémie - Obésité ...)

Autorisation N° : 12457

الدكتورة نطالي بيبيل

مريجة كلية الطب برين (فرنسا)

الطب العام

شهادة جامعية في الحمية وأمراض التغذية  
(السمنة ، الكوليسترول ...)

رخصة رقم : 12457

Casablanca, le 31/03/2012 في الدار البيضاء ،

M. STACCI  
François

consultation au cabinet  
202,00 MD  
ceputto

DR. PAYELLE Nathalie  
Médecine Générale  
Résidence Annour Immeuble 2  
Avenue de Tan Tan 20160 Casablanca  
Tél. 05 22 36 84 76 - GSM 06 61 32 53 22

Résidence Annour Immeuble 2 - Avenue de Tan Tan 20160 - CASABLANCA  
Tél. & Fax : 00 212 (0) 522 36 84 76 - GSM : 00 212 (0) 661 32 53 22



**Docteur Nathalie PAYELLE**

Diplômée de la Faculté de Médecine  
de RENNES (France)

**MEDECINE GENERALE**

D.U. : Diététique et Maladies de la Nutrition

(Diabète - Hypercholestérolémie - Obésité ...)

Autorisation N° : 12457

**الكتورة نظالي بيل**

خريجة كلية الطب برين (فرنسا)

**الطب العام**

شهادة جامعية في الحمية وأمراض التغذية  
(السكري، السمنة، الكوليسترول ...)

رخصة رقم: 12457

Casablanca, le 30/10/32 في الدار البيضاء

UN STAGIAIRE  
P. PAYELLE

W. PER ...

**Dr. PAYELLE Nathalie**  
Médecine Générale  
Résidence Annour Immeuble 2  
Avenue de Tan Tan 20160 Casablanca  
Tél: 05 22 36 84 76 - GSM: 06 61 32 53 22

**LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES**  
MEDICALES  
Avenue du P. R. Résidence KENZ  
N° 5, Racine Extension Bourgogne  
Tél: 05 22 36 87 49/54 - Casablanca

Résidence Annour Immeuble 2 - Avenue de Tan Tan 20160 - CASABLANCA  
Tél. & Fax : 00 212 (0) 522 36 84 76 - GSM : 00 212 (0) 661 32 53 22



**Docteur Nathalie PAYELLE**

Diplômée de la Faculté de Médecine  
de RENNES (France)

**MEDECINE GENERALE**

D.U. : Diététique et Maladies de la Nutrition

(Diabète - Hypercholestérolémie - Obésité ...)

Autorisation N° : 12457

**الدكتورة نطالي بيل**

مريجة كلية الطب برين (فرنسا)

**الطب العام**

شهادة مامعية في الحماية وأمراض التغذية

(السكبي، السمنة، الكوليسترول ...)

رخصة رقم : 12457

Casablanca, le 27/10/2022 في الدار البيضاء،

أنا استأجر  
François

19,70

1/- Attenuation 50

1/8 37

2148,00 21. Service 200 de 200  
mont et ser -

1000

324,70

**Dr. PAYELLE Nathalie**  
Médecine Générale  
Résidence Annour Immeuble 2  
Avenue de Tan Tan 20160 Casablanca  
Tél. 05 22 36 84 76-Gsm: 06 61 32 53 22

**Pharmacie EL ARAKI**  
Nme H.T. EL ARAKI  
ad. Abdelhak Ben Kaddour  
Tél. 05 22 36 84 76

Résidence Annour Immeuble 2 - Avenue de Tan Tan 20160 - CASABLANCA  
Tél. & Fax : 00 212 (0) 522 36 84 76 - GSM : 00 212 (0) 661 32 53 22