

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## 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.

## ique :

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

## éducation :

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 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° M20- 0003981

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183

Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SHAMI Fatima

Date de naissance : 01-07-58

Adresse : R. SANAA, Bd. Bougagou N° 130 CASABLANCA

Tél. : 0605904320

Total des frais engagés : 1596,80

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age :  
☐ 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 : 15/12/20

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





## Instructions à suivre

Établir 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 إتباعها

تقديم 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 المشتراة.

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 المصروفة على أساس التعييف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة 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 للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.


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

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réserve à la DAMO
Identification de l'agent : _____ تاريخ الإيداع : _____ تاريخ الإيداع : _____	تاريخ الاستلام : _____ تاريخ الإيداع : _____

 الضمان الاجتماعي الاجتماعي CNSS	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</b> <b>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</b>	Direction de l'Assurance Obligatoire Réf. : 610-1-03
موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	مرجع رقم 610-1-03
N° Dossier : _____		
<b>Partie réservée à l'assuré(e)</b>		
خاص بالمؤمن له (ها)		
الاسم العائلي و الشخصي : <b>K SAR Mohamed</b>		
رقم التسجيل : <b>159168911218</b>		
رقم بطاقة التعريف الوطنية : <b>B 991195</b>		
علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (ها) *		
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/>		
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		
العنوان : <b>R. SANAA, Bd. Bougogno n° 130 - CASABLANCA</b>		
مبلغ المصاريف : <b>1586,80</b> Dhs.		
عدد الوثائق المرفقة : <b>7</b>		
<b>Nombre de pièces jointes :</b>		
<b>Déclaration du Médecin traitant</b>		
تصريح الطبيب المعالج		
المستفيد من العلاجات		
Bénéficiaire de soins		
الاسم العائلي و الشخصي : _____		
تاريخ الإزدياد : _____		
رقم بطاقة التعريف الوطنية : _____		
N° CIN : _____		
الجنس : <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر		
Sex : _____		
الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **		
INPE et code à barres : _____		
Médecin traitant		
الطبيب المعالج		
Etablissement de soins		
المؤسسة العلاجية		
نوع العلاجات		
قبول المرض المزمن * : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
رقم ملف المرض المزمن : _____		
رمز المرض المزمن : _____		
Code ALD : _____		
Maladie * <input type="checkbox"/> مرض *		
Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.		
Fait à : _____		
Le : _____		
توقيع المؤمن له		
Signature de l'assuré (e)		
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.  
دار المؤمن - ساحة دكاك - دار البيضاء من ب. 2033333 - هاتف 080 200 7200 / 080 203 3333 - فاكس 080 200 7200 / 080 203 3333  
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. : 2186 Casablanca Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

## Description des actes effectués

Description des actes effectués							توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes				معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé		
18.10.19		Ce				350DH		
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _								
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _								

CIM-10

**Actes Paramédicaux**[illegible]

**IM-10** : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

**Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie**

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
28.11.19	B 310		356,00	CENTRE DE SOINS Dr. Hicham OUA Biologiste 394, Bd. Ferkoun - Casablanca Tel: 05 22 27 48 96 - Fax: 05 22 27 49 15
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

<p>تاريخ التنفيذ Date d'exécution</p> <p>18/02/2019</p>	<p>الثمن المفوتر Prix facturé</p> <p>890.80</p>	<p>توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</p> <p><i>[Signature and Stamp]</i></p>
<p>INPE et code à Barres</p> <p><i>[Barcode]</i></p>		
<p>INPE et code à Barres</p> <p><i>[Barcode]</i></p>		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	
94	
95	
96	
97	
98	
99	
100	

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total



RELEVÉ DES PRESTATIONS  
AMO



مرجع رقم : 610-2-06 : REF

Référence structurée : 20092006949689

Emis à Casablanca le : 14/01/2020

Page : 1

Identifiant de la famille تعريف العائلة

KSAR MOHAMED  
130 BD DE BOURGOGNE RES SANAA ETG 02 APPT 06  
BOURGOGNE  
CASABLANCA 2005

N° d'immatriculation: 159689128

Règlement du mois : 01/2020

Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التغطية Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
KSAR MOHAMED										
060289917	18/10/2019	CS	ETABLISSEMENT PRIVE	350,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
060289917	18/10/2019	B	BIOLOGIE	356,00	1,10	310,00	1,00	341,00	70	238,70
060289917	18/10/2019	PH	PHARMACIE	890,80	754,80	1,00	1,00	754,80	70	528,36
Total remboursé pour MOHAMED										872,06
Total général remboursé										872,06

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



REÇU

N° 03027

SERVICE CONSULTATION

Nom et Prénom : KSAR Mohamed

Arrêtée à la somme de : 350 DH

VISA Caisse :



Date : 18.10.19

زاوية زنقة الباطنية وزنقة رقم 93، حي العائلة الفرنسية، درب غلف المعاريف، الدار البيضاء  
Angle Rue Batinia et Rue 93, Quartier de la Famille française, Derb Ghellaf, CASABLANCA  
الهاتف : 05 22 92 28 28 / البريد الإلكتروني : c.h.batinia.casa@gmail.com  
E-mail : c.h.batinia.casa@gmail.com

Casablanca, le 18/10/19

ORDONNANCE

Nom et Prénom : KSAR Mohamed Age : Sexe : Poids :

(113.30) 144

1) Depakine 500 - 2 brocs

(205.00) 1421

2) Aripiprazole 5 - 2 p

(13.80) 142

3) Lantus 1 - 0 - 0

0 - 0 - 1

TuF 890.80

RDV dan 405

Cachet et Signature du Médecin

RDV le : à H mn

Consigne Particuliers :

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500 MG  
CP PEL B30  
PPV : 113,30 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500 MG  
CP PEL B30  
PPV : 113,30 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500 MG  
CP PEL B30  
PPV : 113,30 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500 MG  
CP PEL B30  
PPV : 113,30 DH



ARIPIPHI\* 5 mg  
30 comprimés



ARIPIPHI\* 5 mg  
30 comprimés



Lot: 08A013  
PER: 08/2021  
Largactil 25 mg  
50 Cp pel séc  
P.P.V. : 130DH00



Lot: 08A012  
PER: 08/2021  
Largactil 25 mg  
50 Cp pel séc  
P.P.V. : 130DH00





Casablanca, le 18/10/14

ORDONNANCE

Nom et Prénom : KSAR Moham Age : Sexe : Poids :

1) ALAT/ASAT/8 GT  
2) Urée / créatinine  
3) Hb A1c

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA  
Dr. Hicham OUAZZANI TOUHAMI  
Biologiste  
334, Bd. Zerkoun Casablanca  
Tél: 06 22 27 48 98 - Fax: 06 22 27 48 13



Cachet et Signature du Médecin

Dr. EL OUBZEL Abdellatif  
Anesthésiste-Réanimateur

RDV le : à H mn  
Consigne Particuliers

مصلحة حمداني متعددة الاختصاصات، زاوية زنقة الباطنية وزنقة رقم 93، حي العائلة الفرنسية، درب غلف الدار البيضاء  
Clinique Hamdani Multidisciplinaire, Angle Rue Batinia et Rue 93, Quartier de la Famille française, Derb Ghallaf - Casablanca  
الهاتف : 05 22 92 28 28 (L.G) - Tél. : البريد الإلكتروني : E-mail : c.h.batinia.casa@gmail.com





# CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA



INP 093001006

394, Boulevard Zerktouni – Résidence le Casablanca – Bourgogne – CASABLANCA

Tél : 0522 27 48 96 – Fax : 0522 27 49 13 – Patente : 35405458 – INP : 093001006

CNSS : 6369949 IF : 40110273 – ICE : 001699292000019

**FACTURE N° : 191100730**

Casablanca le 28-11-2019

**Mr KSAR Mohamed**

Date de l'examen : 28-11-2019

## Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E15	E
0111	Créatinine	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
0135	Urée	B30	B
0141	Gamma glutamyl transférase ( GGT)	B50	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B

Total des B : 310

TOTAL DOSSIER : 356.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent cinquante-six dirhams .

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA  
Dr. Hicham ZERKTOUNI  
BIOLOGISTE  
394, Bd. Zerktouni - Casablanca  
Tél: 05 22 27 48 96 - Fax: 05 22 27 49 13



# CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

مختبر التحليلات الطبية

Laboratoire de Biologie Médicale

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - P.M.A.



د. هشام الوزاني التهامي

Dr. Hicham OUAZZANI TOUHAMI

Pharmacien Biologiste

Ancien interne et Attaché au C.H.U. de Montpellier  
D.U. de Fertilité Humaine de la Faculté de Médecine  
de Montpellier - D.U. d'Assurance Qualité de la Faculté  
de Pharmacie Paris V



ACCREDITATION N° 8-4177

Portées disponibles  
sur [www.cofrac.fr](http://www.cofrac.fr)

Seuls les résultats identifiés  
par le symbole [AC] sont couverts  
par l'accréditation

Dossier ouvert le : 28-11-2019

Prélevé le : 28-11-2019

Edité le : 28-11-2019

Mr KSAR Mohamed

Réf dossier: 19112522

Page N° : 1 / 2

Valeurs références

Antériorités

## BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

Hémoglobine glyquée (HBA1C)  
(Technique HPLC/D10 BIORAD)

15.3 %

26-04-2019

10.2

Interprétation :

Sujet non diabétique :

4.0-6.0

Sujet diabétique :

>ou= 6.5

Valeurs souhaitables diabète type 2 :

<ou = 6.5

Urée [AC]

(Dosage enzymatique)

0.26 g/L

4.3 mmol/L

(0.16-0.48)

(2.7-8.0)

26-03-2019

0.30

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA  
Dr. Hicham OUAZZANI TOUHAMI  
Biologiste  
394, Bd. Zerktouni - Casablanca  
05 22 27 48 96 - 06 61 79 86 18 - Dr. Ouazzani



# CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

## مختبر التحليلات الطبية

### Laboratoire de Biologie Médicale

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - P.M.A.



د. هشام الوزاني التهامي

Dr. Hicham OUZZANI TOUHAMI  
Pharmacien Biologiste

Ancien Interne et Attaché au C.H.U. de Montpellier  
D.U. de Fertilité Humaine de la Faculté de Médecine  
de Montpellier - D.U. d'Assurance Qualité de la Faculté  
de Pharmacie Paris V



ACCREDITATION N° 8-4177  
Portées disponibles  
sur [www.cofrac.fr](http://www.cofrac.fr)

Seuls les résultats identifiés  
par le symbole [AC] sont couverts  
par l'accréditation

Dossier : 19112522

Mr KSAH Mohamed

Page N° : 2 / 2

	Valeurs références		Antériorités
Créatinine [AC] (Dosage cinétique) Résultat contrôlé	6.6 mg/L 58.4 µmol/L	(7.0-12.0) (62.0-106.2)	26-03-2019 7.3
Débit de Filtration Glomérulaire (DFG) (Selon la Formule CKD EPI)	100 ml/min/1.73m <sup>2</sup>		96

Valeurs de  
référence du DFG  
en fonction l'âge :

< 40 ans	≥ 75 mL/min/1.73m <sup>2</sup>
40-65 ans	≥ 60 mL/min/1.73m <sup>2</sup>
> 65 ans	≥ 45 mL/min/1.73m <sup>2</sup>

Interprétation :

Stade	DFG	Définition
1	≥ 90	MRC* avec DFG normal ou augmenté
2	60-89	MRC* avec DFG légèrement diminué
3A	45-59	Insuffisance rénale chronique modérée
3B	30-40	Insuffisance rénale chronique modérée
4	15-29	Insuffisance rénale chronique sévère
5	< 15	Insuffisance rénale chronique terminale

\*avec marqueurs d'atteinte rénale : albuminurie, hématurie, leucocyturie, ou anomalies morphologiques ou histologiques, ou marqueurs de dysfonction tubulaire, persistant plus de 3 mois (deux ou trois examens consécutifs)  
NB : L'équation CKD EPI est validée pour les personnes de moins de 75ans et avec un IMC < 30kg/m<sup>2</sup>.

Transaminases SGOT /ASAT [AC] (Dosage enzymatique)	17 UI/L	(<40)	26-03-2019 11
Transaminases ALAT(GPT) [AC] (Dosage enzymatique)	22 UI/L	(<41)	26-03-2019 17
Gamma glutamyl-transférase (GGT) [AC] (Dosage enzymatique IFCC)	38 UI/L	(<60)	

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA  
Dr. Hicham OUZZANI TOUHAMI  
Dr. Ouzzani  
394, Bd. Zerkouni - Casablanca  
Tél: 05 22 27 48 96 / 06 61 79 86 18 - Fax : 05 22 27 49 13  
E-mail : [labocbc@gmail.com](mailto:labocbc@gmail.com) - Site web : [www.laboratoirecbc.com](http://www.laboratoirecbc.com) - INP : 093001006 - Patente : 35405458 - C.N.S.S. : 6368949 - IF: 40110273 - ICE: 001699292000019

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

194, Bd. Zerkouni - Resd. Le Casablanca - Bourgogne - 20040 Casablanca Tél.: 05 22.27.48.96 / 05 22.47.29.46 / 06 61.79.86.18 - Fax : 05 22.27.49.13  
- mail : [labocbc@gmail.com](mailto:labocbc@gmail.com) - Site web : [www.laboratoirecbc.com](http://www.laboratoirecbc.com) - INP : 093001006 - Patente : 35405458 - C.N.S.S. : 6368949 - IF: 40110273 - ICE: 001699292000019