

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

- Reclamation : 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.

N° M21- 046164

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

69363

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1201 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Habid el fatmi

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
= Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
SY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
= Visite de jour au domicile du malade par le médecin
= Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
= Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
= Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
= Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
= Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z = Electro - Radiologie
B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE

L'HOSPITALISATION EN HOPITAL

L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord.

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade

DATE DE DEPOT



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

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 639295

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : HABIB EL DRISSI

Matricule : 1502 Fonction : decade Poste :

Adresse : lot 4 seconde II Sidi Jaârif ce.6a

Tél. : Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : HABIB EL DRISSI

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : 20/05/2021

Nature de la maladie : maladie de l'appareil digestif

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances : maladie de l'appareil digestif

A : Our le 11/04/2021 Signature : Dr. Mohamed DERNA

Durée d'utilisation 3 mois

Signature : Dr. Mohamed DERNA

Spécialiste de la chirurgie de l'appareil digestif

Spécialiste de l'urologie et de l'appareil urinaire

Spécialiste de l'endocrinologie et de l'appareil endocrinien

Spécialiste de la gynécologie et de l'appareil génital

Spécialiste de la médecine et de l'appareil circulatoire

Spécialiste de la médecine et de l'appareil respiratoire

Spécialiste de la médecine et de l'appareil digestif

Spécialiste de la médecine et de l'appareil urinaire

Spécialiste de la médecine et de l'appareil circulatoire

Spécialiste de la médecine et de l'appareil respiratoire

Spécialiste de la médecine et de l'appareil digestif

Spécialiste de la médecine et de l'appareil urinaire

VOLET ADHERENT

639295

DECLARATION

Matricule N° : 1502

Nom du patient : HABIB EL DRISSI

Date de dépôt : 3.05.21

Montant engagé : 940,-

Nombre de pièces jointes :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------|------------------------|
| <i>Dr. M. BENNANI WAFA MILLIENNE AIR RADIOPHYSIQUE Elouej Dr. BENNANI WAFA Allez RADIologue</i> | <i>13-04-2021</i> | <i>13042021 B 180</i> | <i>240,00 DA</i> |

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des s

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Spécialiste des Maladies de L'Appareil Digestif (Foie, estomac, colon, hémorroïdes)

Lauréat de C.H Avicenne Rabat

D.U de Proctologie de Toulouse

Membre de La Société Française de L'Appareil Digestif

Membre de La Société Française de Coloproctologie

Ancien Médecin à l'hôpital Moulay Youssef

• Echographie Abdominale

- Echographie Abdominale
- Endoscopie Digestive

• Endoscopie Digestive

• Proctologie Médicale et Chirurgicale

Casablanca le



أخصائي في أمراض الجهاز الهضمي (الكبد، المعدة، الأمعاء، التهاب المفاصل)

خاتمة المستشفى الخامسة، ابن سينا الباطن

مکالمہ میں ایک ایسا مسئلہ

حاصن على دببوم جراحة اخرج (التوتو)
عضو اذن عقة الفرسية لامراض اذنها زان المرض

عضو اجتماعیہ المریضیہ ہمارا جگہار الہامی

عضو اجتماعيّة المرسية بجراحته اخرج

طبيب سابق في مستشفى موهافي يوسف

● الكسم باعهر الداخلي للمعدة

$A = \begin{pmatrix} 1 & 0 & 0 \\ 0 & 1 & 0 \\ 0 & 0 & 1 \end{pmatrix}$

SP 11
Avena 10m
2.97.51
On P. S. at the top
OCRP

Mr. Samira KOUTAIR
MIJHARLAB
Centre Commercial Soufiane, Lot Chaima
Bd. Abou Bakr El Kadiri Sidi Maarouf
CASABLANCA
Tél : 05 22 88 35 56 - 05 22 58 18 05



شارع أبو بكر القادري ، إقامة أحفاد عمارة E رقم 1 سيدى معروف - الطابق الأول - البيضاء.
Avenue Abou Bakr EL Kadiri, Résidence AHFAD, Imm. E, N°1, Sidi Maârouf.
☎ 0522 97 52 74 ☎ 0661 36 32 13

📞 0522 97 52 74 📞 0661 36 32 13

Spécialiste des Maladies de L'Appareil Digestif

(Foie, estomac, colon, hémorroïdes)

Lauréat de C.H Avicenne Rabat

D.U de Proctologie de Toulouse

Membre de La Société Française de L'Appareil Digestif

Membre de La Société Française de Coloproctologie

Ancien Médecin à l'hôpital Moulay Youssef

• Echographie Abdominale

• Endoscopie Digestive

• Proctologie Médicale et Chirurgicale



أخصائي في أمراض الجهاز الهضمي

(الكبد ، المعدة ، الأمعاء ، البواسير)

خريج المستشفى الجامعي ابن سينا الرباط

حاصل على دبلوم جراحة المخرج (تونس)

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي

عضو الجمعية الفرنسية لجراحة المخرج

طبيب سابق في مستشفى مولاي يوسف

• الكشف بالغده الداخلي للمعدة و الأمعاء

• الكشف بالأمواج فوق الصوتية

Casablanca le :

13/07/2021

N° 177780

Dr. Mohamed DERNAOUI
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
(Foie - Estomac - Colon - Hémorroïdes)
Avenue Abou Bakr EL Kadiri Rés. Aïtad
Imm. E N°1 Sidi Maârouf
Tél: 05 297 52 74 - GSM: 06 61 36 32 13

symt o/p pthys dys
2j a dr RPD, oys
drnt, a hydralo - apphtn g
Bnn

→ Echo Abn de la FAD

Apr ces d'abn

Dr. BENNANI WAFIA
RADIOLOGUE

Dr. Mohamed DERNAOUI
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
(Foie - Estomac - Colon - Hémorroïdes)
Avenue Abou Bakr EL Kadiri Rés. Aïtad
Imm. E N°1 Sidi Maârouf
Tél: 05 297 52 74 - GSM: 06 61 36 32 13

شارع أبو بكر القادري ، إقامة أحفاد عمارة E رقم 1 سبدي معروف - الطابق الأول - البيضاء .

📍 Avenue Abou Bakr EL Kadiri, Résidence AHFAD, Imm. E, N°1, Sidi Maârouf.

☎ 0522 97 52 74 ☎ 0661 36 32 13

Spécialiste des Maladies de L'Appareil Digestif

(Foie, estomac, colon, hémorroïdes)

Lauréat de C.H Avicenne Rabat

D.U de Proctologie de Toulouse

Membre de La Société Française de L'Appareil Digestif

Membre de La Société Française de Coloproctologie

Ancien Médecin à l'hôpital Moulay Youssef

• Echographie Abdominale

• Endoscopie Digestive

• Proctologie Médicale et Chirurgicale



أخصائي في أمراض الجهاز الهضمي
(الكبد ، المعدة ، الأمعاء ، البواسير)

خريج المستشفى الجامعي ابن سينا الرباط

حاصل على دبلوم جراحة المخرج (تولوز)

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي

عضو الجمعية الفرنسية لمراجحة المخرج

طبيب سابق في مستشفى مولاي يوسف

• الكشف بالبصري الداخلي للمعدة والأمعاء

• الكشف بالأشواج فوق الصوتية

Casablanca le :

12/12/2021

① HABIB I D
Dr. Mohamed DERNAOUI
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
(Foie - Estomac - Colon - Hémorroïdes)
Avenue Abou Bakr El Kadiri Rés. Ahfad
Imm. E N°1 Sidi Maârouf
Tél: 03 29 97 52 74 GSM: 06 61 36 32 13

On a fait un sondage 80 g
24 x 2/5/5 j

② separatos
24 x 2/5/5 j

③ Encarquenys
24 - 2/5/5 j

④ brayol y 20 g
24/5/5 j

Dr. Mohamed DERNAOUI
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
(Foie - Estomac - Colon - Hémorroïdes)
Avenue Abou Bakr El Kadiri Rés. Ahfad
Imm. E N°1 Sidi Maârouf
Tél: 03 29 97 52 74 - GSM: 06 61 36 32 13

شارع أبو بكر القاضي ، إقامة أحفاد عماره E رقم 1 سيدى معروف - الطابق الأول - البيضاء.

9 Avenue Abou Bakr EL Kadiri, Résidence AHFAD, Imm. E, N°1, Sidi Maârouf.

☎ 0522 97 52 74 ☎ 0661 36 32 13

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MIJHARLAB

Centre commercial Soufiane, Lot Chaima, Bd Abou Bakr EL KADIRI,
Sidi Maarouf, Casablanca

Tél : 0522583556 - Fax : 0522581805

IF: 15252767 - TP: 36167325 - CNSS: 43023445 - ICE: 000114256000076 - INPE: 093061760

FACTURE N° : 210003311

Casablanca le 13-04-2021

Mr Idriss HABID

Demande N° 2104132088
Date de l'examen : 13-04-2021

Analyses :

Récapitulatif des analyses

| CN | Analyse | Val | Clefs |
|------|--------------------|------|-------|
| 0216 | Numération formule | B80 | B |
| 0370 | CRP | B100 | B |

Total des B : 180

TOTAL DOSSIER : 240.00 DH

Type de règlement : Espèces le 13-04-2021

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent quarante dirham s

Dr. Samia MIJHARLAB
Centre Commercial Soufiane, Lot Chaima
Bd. Abou Bakr El KADIRI, Sidi Maarouf
CASABLANCA
Tel. 05 22 58 35 62 - 05 22 58 18 05

CLINIQUE LINA

147.Lotissement Lina.Sidi Maârouf-Casablanca
Tel 022.977.400 Fax 022.580.894

F A C T U R E

N° : 1331 / 2021 du 13/04/2021

| Nom du patient | Modalité de paiement | Période hospitalisation |
|----------------|----------------------|-------------------------|
| Mr HABID IDRIS | PAYANT | 13/04/21 13/04/21 |
| | | |

| Désignations des prestations | Lettres Clé | Nbre | Prix unitaire | Montant DH |
|------------------------------|-------------|------|---------------|------------|
| ECHOGRAPHIE | | 1,00 | 400,00 | 400,00 |
| Sous/Total | | | | 400,00 |
| Total clinique | | | | 400,00 |

| | | |
|-------------------------------------------------|---------------|--------|
| Arrêtée à la somme de : QUATRE CENTS DIRHAMS | TOTAL GENERAL | 400,00 |
| | | |

Clinique Lina Sidi Maârouf

147, Lot.Lina.Sidi Maârouf Casa

Tél: 0522 97 74 00 - Fax: 0522 97 14 20

Email: clinique.lina147@gmail.com

Clinique Lina Sidi Maârouf

147, Lot.Lina.Sidi Maârouf Casa

Tél: 0522 97 74 00 - Fax: 0522 97 14 20

Email: clinique.lina147@gmail.com



Dr. Wafa BENNANI / Dr. Souhail SEBTI
RADIOLOGUE

RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE - ECHOGRAPHIE - ECHO-DOPPLER - SCANNER

Casablanca , Le

13/04/2021

Nom et Prénom :

MR HABID IDRIS

Examen :

ÉCHOGRAPHIE ABDOMINO -PELVienne

Médecin Prescripteur :

DR DERNAOUI

- Foie de taille normale homogène, de contours réguliers.
- VB libre, absence de dilatation de la VBP ou des VBIH. .
- Pancréas d'aspect échographique normal.
- Rate de taille normale d'écho structure normale.
- FIDT libre
- Les deux reins sont de taille normale d'échostructure normale bien différentiés. Absence d'hydronéphrose, absence de calcul rénal
- Vessie de bonne capacité transonore

CONCLUSION :

- Pas d'arguments actuellement en faveur d'une appendicite aigüe, à confronter aux autres données.

*DR BENNANI WAFIA
RADIOLOGUE
DOCTEUR W.BENNANI*



LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES MIJHARLAB

Hématologie - Immunologie - Biochimie - Parasitologie - Mycologie - Bactériologie - Virologie

Docteur Samira KOUTAIR

Spécialiste en Biologie Médicale

D.U. Qualité Biologie Médicale - Bordeaux

Prélèvement du : 13-04-2021

Identifiant : 2104132088

Edition : 13-04-2021

Patient : Mr HABID Idriss

Date de naissance : 27-05-1995

Référence : 2104132088

Prescripteur : Dr DERNAOUI Mohamed

HEMATOCYTOLOGIE

Hémogramme : NFS

Cytométrie de flux(Pentra 60C+)

| | | | |
|-------------------------------|------|--------------------|--------------|
| Hématies : | 5.64 | $10^6/\mu\text{L}$ | (4.30-5.76) |
| Hémoglobine : | 16.6 | g/dL | (13.5-17.2) |
| Hématocrite : | 50.3 | % | (39.5-50.5) |
| VGM : | 89.0 | fL | (80.0-99.0) |
| TCMH : | 29.4 | pg | (27.0-33.5) |
| CCMH : | 33.0 | g/dL | (30.0-36.0) |
| Leucocytes : | 5.80 | $10^3/\mu\text{L}$ | (3.90-10.20) |
| Polynucléaires Neutrophiles : | 65.5 | % | |
| Soit: | 3.83 | $10^3/\mu\text{L}$ | (1.50-7.70) |
| Polynucléaires Eosinophiles : | 1.5 | % | |
| Soit: | 0.09 | $10^3/\mu\text{L}$ | (0.02-0.50) |
| Polynucléaires Basophiles : | 0.4 | % | |
| Soit: | 0.02 | $10^3/\mu\text{L}$ | (<0.20) |
| Lymphocytes : | 24.5 | % | |
| Soit: | 1.43 | $10^3/\mu\text{L}$ | (1.00-4.00) |
| Monocytes : | 8.1 | % | |
| Soit: | 0.47 | $10^3/\mu\text{L}$ | (0.10-0.90) |
| Plaquettes : | 202 | $10^3/\mu\text{L}$ | (150-370) |

BIOCHIMIE SANGUINE

Protéine C-réactive (CRP)

34.60 mg/L (<6.00)

Demande validée par : Dr Koutair Samira

Centre Commercial Soufiane, Lot Chaima, Bd Abou Bakr EL KADIRI, Sidi Maarouf, Casablanca
Tél: 05 22 58 35 56 - 06 32 16 30 36 - Contactez pour RDV: 06 64 46 14 35 - <http://rdvcovidmaroc.com/mijharlab>

Page 1/1

CLINIQUE LINA



مصحة لينا

Casablanca, le : 31/01/15

REÇU N° 000903

Nom et Prénom : HABIB IDRIS

La Somme de : 4000 DT

Mode de Paiement : Echéé

Sortie le :

Direction :

Clinique Lina Sidi Maârouf
147 Lot Lina Sidi Maârouf - Casa
Tél: 0522 9771 00 Fax: 0522 97 14 20
Email: cliniquelina147@gmail.com

147 ، تجزئة لينا ، سيدى معروف - الدار البيضاء - المغرب
147, Lotissement Lina. Sidi Maârouf - Casablanca - Maroc
الفاكس : 05 22 977 400 • الهاتف : Fax : 05 22 972 014
E-mail : cliniquelina147@menara.ma