

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-624005

80582

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12390

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN RHANNOU

ADIL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : D662765824

Total des frais engagés : #1258,00# #2 138,00#

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. RABANI Abdellatif
Polyclinique CNSS
Norb Ghalif - Casablanca

Date de consultation : 01/08/2021

Nom et prénom du malade : BEN RHANNOU ADIL Age :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Lien de parenté :

affection respiratoire

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'atté médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Le : 11/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 01/08/01 | V | | 180,00 | INP : 091117507 DRABANI Abdellatif Polyclinique CNSS Derb Ghallet - Casablanca |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
|  N° 6 bis Rue de l'Amirauté Casablanca 2229167 TÉL : 06 22 22 22 000047 | 10/08/2001 | 138,00 |
| PHARMACIE DU LYCEE 092022060 | | |

ANALYSES - RADIographies

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|  | 01/08/2001 | TOM | 120,00 |
| | 20/07/01 | | 100,00 |
| | 05/08/01 | | 100,00 |
| | | Abdelatif BENBRAHIM Medecin Radiologue Polyclinique CNSS DERB GH INPE 21076708 | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

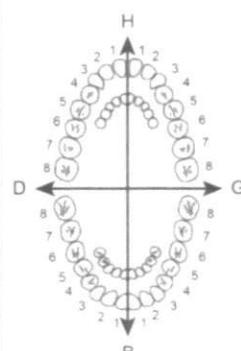
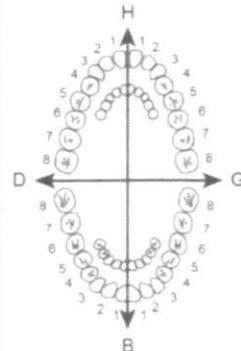
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------|-------------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel: Thérapeutique; nécessaire à la profession</p> | | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | |
| B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | |
| Coefficient DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

ببية
Roi
C
مختبر
Le devoir des

LOT : M0538
PER : 05/2023
PPU : 69,00DH

LOT : M0538
PER : 05/2023
PPU : 69,00DH

وص
CE

صحة
POLYCLINIQUE



درب غلف
DERB GHALLEF

Le 01/08/2021

69,00

BENRHENNou Adil

+ Bronacie

S.V.

10

T : 138,00



Jr. RABAH
Polyclinique CNSS
Derb Ghallef - Casablanca

زنقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 86 30 20 إلى 27 - فاكس : 05 22 86 42 05
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05



Le 01/08/2021

Dr. BEN RABAH Abdellah

تم إنجذابه من قبل
Test PCR Covid-19

Dr. ZGUERI ADDARHMANE
SERVIECE DES URGENCES
Médecin en chef CNSS Derb Ghallef

وصفة
ORDONNANCE



Le ٠١ /٠٨ /٢٠٢٢

SENHAT NNOU
Adil

By spnee

ton thoracique

Dr. RABAH Abdeltif
Polyclinique CNSS
Derb Ghallef - Casablanca



Radiologie Numérique - Echographie - Doppler Couleur Scanner Multibarettes - Angioscanner - IRM

Casablanca le : 01/8/2021

Patient (e) : MR BENRHANNOU ADIL

Médecin traitant : Dr RABANI

TDM THORACIQUE

TECHNIQUE

Examen réalisé en coupes axiales en mode hélicoïdal sans injection du produit de contraste.

RESULTAT

Présence de foyers en verre dépoli périphérique et sous pleural bilatérale.

Absence de nodule pulmonaire.

Absence d'image de dilatation des bronches.

Absence d'épanchement pleural.

CONCLUSION

Aspect en faveur d'une pneumopathie évolutive virale COVID 19 intéressant 10% du volume pulmonaire (atteinte minime).

Dr. Abdellah BENBRAHIM
Médecin Radiologue
Polyclinique CNSS DERB GHALLEF
INPE 20076708

Dr A. BENBRAHIM

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
 Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
 20100 CASABLANCA
 Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
 INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

| N° IPP : | 1230827 | N° SEJOUR : | 210059198 | FACTURE N° 2105036941 | | | DATE D'ENTREE : | 01/08/2021 | DATE DE SORTIE : | 01/08/2021 |
|-------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------|-----------------|-----------------|------------------|------------|
| ASSURE : | | | | | | | DESTINATAIRE : | BENRHANNOU,Adil | | |
| MALADE : | BENRHANNOU,Adil | | | UF: | 5002 URGENCES | | | | | |
| NOM JEUNE FILLE : | | | | N° IMMAT C.N.S.S : | | | | | | |
| TIERS PAYANT 1 : | | | | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : | | | | | | |
| TIERS PAYANT 2 : | | | | N° SE. SOC. ETRANG. : | | | | | | |
| NATURE DE PRESTATION | LETTRE CLE | NOMBRE x COEF | PRIX UNITAIRE | TOTAL | TIERS PAYANT 1 | | TIERS PAYANT 2 | | PART DU MALADE | |
| | | | | | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT |
| ACTES DE RADIOLOGIE | | | | | | | | | | |
| TDM | TDM | 1.00 | 1000.00 | 1000.00 | | | | | 0.00 | 1000.00 |
| Intervenant : 18102013 DR BENBRAHIM ABDELILAH (RADIOLOGUE) | | | | TOTAUX : | 1000.00 | | | | | 1000.00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE | | | | PLAFOND PC : | | | | | ACOMPTE: | |
| | | | | REMISE : | 0.00 | REGLE : | | | AVOIR: | |
| | | | | RESTE DU: | 1000.00 | | | | | |
| DATE FACTURE : 01/08/2021 EDITEE LE : 01/08/2021 PAR: IMANE | | | | ACCIDENT DE TRAVAIL : | | | | | | |
| VISA | | | | N° DE POLICE : | DATE AT : | | | | | |
| | | | | Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef | | | | | | |
| | | | | BANQUE : | BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA | | | | | |
| | | | | N° compte bancaire : | 011 780 0000 70 210 00 60 028 31 | | | | | |

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
 Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
 20100 CASABLANCA
 Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
 INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

| N° IPP : | 1230827 | N° SEJOUR : | 210059199 | FACTURE N° 2105036942 | | | DATE D'ENTREE : | 01/08/2021 | DATE DE SORTIE : | 01/08/2021 |
|--------------------------|-----------------|------------------|------------------|----------------------------------|----------------|---------|-----------------|-----------------|------------------|------------|
| ASSURE : | | | | | | | DESTINATAIRE : | BENRHANNOU,Adil | | |
| MALADE : | BENRHANNOU,Adil | | | UF: | 5002 URGENCES | | | | | |
| NOM JEUNE FILLE : | | | | N° IMMAT C.N.S.S. : | | | | | | |
| TIERS PAYANT 1 : | | | | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : | | | | | | |
| TIERS PAYANT 2 : | | | | N° SE. SOC. ETRANG. : | | | | | | |
| NATURE DE PRESTATION | LETTRE CLE | NOMBRE x COEF | PRIX UNITAIRE | TOTAL | TIERS PAYANT 1 | | TIERS PAYANT 2 | | PART DU MALADE | |
| | | | | | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT |
| CONSULTATION DE MEDECIN. | V | 1.00 | 120.00 | 120.00 | | | | | 0.00 | 120.00 |

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------|--|--|--------------------------------------|--|---------------------------------------------|---------|-----------------------|--|-----------|--------|--|
| Intervenant : 06112011 DR RABANI ABDELTIF (GENERALISTE) | | | TOTAUX : | | 120.00 | | | | | 120.00 | |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | | | PLAFOND PC : | | | | | | ACOMPTE : | | |
| CENT VINGT DHS | | | REMISE : | | 0.00 | REGLE : | | | AVOIR : | | |
| | | | RESTE DU : | | 120.00 | | | | | | |
| DATE FACTURE : 01/08/2021 | | | EDITEE LE : 01/08/2021 | | PAR: IMANE | | ACCIDENT DE TRAVAIL : | | | | |
| VISA | | | N° DE POLICE : | | | | DATE AT : | | | | |
| | | | Règlement à effectuer à l'ordre de : | | POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef | | | | | | |
| | | | BANQUE : | | BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA | | | | | | |
| | | | N° compte bancaire : | | 011 780 0000 70 210 00 60 028 31 | | | | | | |



LIAB

المختبر الدولي للتحاليل الطبية
LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMÉDICALES

Casablanca le, 05-08-2021

FACTURE N°

Nom, Prénom du patient : Mr Adil BENRHANNOU

Date de l'examen : 05-08-2021

Type d'examen : Examen biologique

Demande N° : 2108050289

Médecin demandeur :

Récapitulatif des analyses

| <i>CN</i> | <i>Analyse</i> | <i>Val</i> | <i>Clefs</i> |
|-----------|----------------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| | Test de dépistage E-Gene et de confirmation de Coronavirus-RdRP-Gene | - | HN |

Total des BHN : 440

Montant total en chiffre : 440DHS

Montant Total en lettres : quatre cent quarante dirham

Opération bénéficiant de l'exonération à la TVA sans bénéfice du droit déduction conformément à l'article 91-VI-1° du Code Général des Impôts.



Angle Boulevard abdelmoumen et Rue Arrachati, Casablanca – Maroc; **Tel** : +212(0)5 22 42 39 60/55; **Fax** : +212(0)5 22 26 22 09 **E-mail** : contact@liab.ma -**site Web** : www.liab.co.ma
IF : 40432071 ; **CNSS** : 8844103 ; **Patente** : 34702187 ; **N°ICE** : 001663876000025 ; **INPE Biogiste** : 097167290 ;
INPE laboratoire : 093060846
Banque : attijariwafa bank, Agence ABDELMOUNEN , **R.I.B** : 007 780 0002385000302818 20



LIAB

المختبر الدولي للتحليفات الطبية
LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMÉDICALES

Casablanca le, 20-07-2021

FACTURE N° 000199592

Nom, Prénom du patient : Mr Adil BENRHANNOU

Date de l'examen : 20-07-2021

Type d'examen : Examen biologique

Demande N° : 2107200209

Médecin demandeur :

Récapitulatif des analyses

| <i>CN</i> | <i>Analyse</i> | <i>Val</i> | <i>Clefs</i> |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| | DECLARATION Test de dépistage E-Gene et de confirmation de Coronavirus-RdRP-Gene | 0 - | HN |

Total des BHN : 440

Montant total en chiffre : 440DHS

Montant Total en lettres : quatre cent quarante dirham

Opération bénéficiant de l'exonération à la TVA sans bénéfice du droit déduction conformément à l'article 91-VI-1° du Code Général des Impôts.



Angle Boulevard abdelmoumen et Rue Arrachati, Casablanca – Maroc; Tel : +212(0)5 22 42 39 60/55; Fax : +212(0) 22 26 22 09 **E-mail** : contact@liab.ma -**site Web** : www.liab.co.ma
IF : 40432071 ; **CNSS** : 8844103 ; **Patente** : 34702187 ;**N°ICE** : 001663876000025 ;**INPE Biogiste** : 097167290 ;
INPE laboratoire : 093060846
Banque : attijariwafa bank, Agence ABDELMOUNEN , **R.I.B** : 007 780 0002385000302818 20



LIAB

المختبر الدولي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMÉDICALES

COMPTE RENDU D'ANALYSES

Medecin Prescripteur :

Dossier N° : 2107200209 -

MR ADIL BENRHANNOU

Spécialité :

Né(e) le : 05-06-1980

Adresse :

Prélevé : reçu le 20-07-2021

Correspondant : RAM

à 11:50

Edition du: 20-07-2021 à 16:48

| Analyses | Résultats | Intervalles de référence | Antériorités |
|-----------------------------|-----------|--------------------------|--------------|
| BIOLOGIE MOLECULAIRE | | | |

Test de détection du coronavirus (COVID-19):

RT-PCR-GeneFinder COVID-19 Plus

Nature de prélèvement:

nasopharyngé.

RESULTATS:

POSITIF

INTERPRETATION:

POSITIF : Détection de l'ARN du SARS-COV 2 (COVID-19)

Validé le :

20-07-2021

Le résultat d'un test négatif ne prouve pas avec certitude que le patient n'est pas infecté par le COVID 19.

Cette problématique concerne essentiellement le début d'incubation du virus. Il y a donc lieu de prendre toutes mesures de prévention pour éviter d'éventuelles transmission à l'environnement .

L'interprétation d'un résultat négatif doit tenir compte de la qualité du prélèvement, de la période d'incubation, de l'évolution clinique et radiologique éventuelle. Dans toutes les situations, les mesures et les gestes barrières doivent être respectés. En cas de forte présomption, il est recommandé de renouveler le prélèvement.

Les données vous concernant collectées dans le cadre du présent examen biologique, en lien avec l'épidémie du COVID 19, sont enregistrées dans le système d'information national, mis en œuvre par le Ministère de la santé. Ce traitement d'intérêt public a pour finalité de centraliser les résultats des examens de dépistage du COVID 19 en vue de leur réutilisation à des fins d'enquêtes sanitaires et de surveillance épidémiologique.

Les examens rendus sous accréditation sont identifiés par le symbole [*]. Toute copie ou utilisation de cette référence ne peut être réalisée sans autorisation écrite du LIAB.



Demande validée biologiquement par : PROF IDRISI LARBI

Page 1 sur 2

Horaires d'ouverture : Lundi au vendredi : 7h30–18h30/Samedi et jours fériés :

7h30–13h00

Angle Bd Abdelmoumen et rue arrachati, Casablanca – Maroc; Tel : +212(0)5 22 42 39 60/55; –GSM : 06 61 85 78 48 Email:

contact@liab.ma

Site Web : www.liab.co.ma – IF : 40432071-ICE : 00166387600025-CNSS : 8844103-Patente : 34702187-INPE : 107159782

Prélèvement à domicile sur RDV



LIAB

المختبر الدولي للتحاليلات الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMÉDICALES

Dossier N° : 2107200209; MR ADIL BENRHANNOU ;
Né(e) le : 05-06-1980



Page 2 sur 2

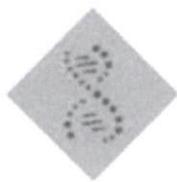
Horaires d'ouverture

Lundi au vendredi : 7h30–18h30/Samedi et jours fériés : 7h30–13h00

Angle Bd Abdelmoumen et rue arrachati, Casablanca – Maroc; Tel : +212(0)5 22 42 39 60/55; –GSM : 06 61 85 78 48– Email: contact@liab.ma

Site Web : www.liab.co.ma–IF : 40432071–ICE : 001663876000025–CNSS : 8844103–Patente : 34720627–INPE : 107159782

Prélèvement à domicile sur RDV



LIAB

المختبر الدولي للتحاليلات الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMÉDICALES

COMPTE RENDU D'ANALYSES

Medecin Prescripteur :

Spécialité :

Adresse :

Correspondant : RAM

Edition du: 05-08-2021 à 17:02

Dossier N° : 2108050289 -

MR ADIL BENRHANNOU

Né(e) le : 05-06-1980

Prélevé : reçu le 05-08-2021

à 11:44

| Analyses | Résultats | Intervalles de référence | Antériorités |
|----------|-----------|--------------------------|--------------|
|----------|-----------|--------------------------|--------------|

BIOLOGIE MOLECULAIRE

Test de détection du coronavirus (COVID-19):

RT-PCR-GeneFinder COVID-19 Plus

Nature de prélèvement:

nasopharyngé.

RESULTATS:

POSITIF LOW

Ct R=33.38

Ct E= 30.20

Ct N=31.08

INTERPRETATION:

POSITIF : Détection de l'ARN du SARS-COV 2 (COVID-19)

Validé le :

05-08-2021

Le résultat d'un test négatif ne prouve pas avec certitude que le patient n'est pas infecté par le COVID 19. Cette problématique concerne essentiellement le début d'incubation du virus. Il y a donc lieu de prendre toutes mesures de prévention pour éviter d'éventuelles transmission à l'environnement .

L'interprétation d'un résultat négatif doit tenir compte de la qualité du prélèvement, de la période d'incubation, de l'évolution clinique et radiologique éventuelle. Dans toutes les situations, les mesures et les gestes barrières doivent être respectés. En cas de forte présomption, il est recommandé de renouveler le prélèvement.

Les données vous concernant collectées dans le cadre du présent examen biologique, en lien avec l'épidémie du COVID 19, sont enregistrées dans le système d'information national, mis en œuvre par le Ministère de la santé. Ce traitement d'intérêt public a pour finalité de centraliser les résultats des examens de dépistage du COVID 19 en vue de leur réutilisation à des fins d'enquêtes sanitaires et de surveillance épidémiologique.

Les examens rendus sous accréditation sont identifiés par le symbole [*]. Toute copie ou utilisation de cette référence ne peut être réalisée sans autorisation écrite du LIAB.



Page 1 sur 2

Horaires d'ouverture : Lundi au vendredi : 7h30–18h30/Samedi et jours fériés :

7h30–13h00

Angle Bd Abdelmoumen et rue arrachati, Casablanca – Maroc; Tel : +212(0)5 22 42 39 60/55; –GSM : 06 61 85 78 48 Email: contact@liab.ma

Site Web : www.liab.co.ma-IF :40432071-ICE : 00166387600025-CNSS : 8844103-Patente : 34702187-INPE : 107159782
Prélèvement à domicile sur RDV



LIAB

المختبر الدولى للتحاليلات الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES

Dossier N° : 2108050289; MR ADIL BENRHANNOU ;
Né(e) le : 05-06-1980

Demande validée biologiquement par : PROF IDRISI LARBI



Page 2 sur 2

Horaires d'ouverture

Lundi au vendredi : 7h30–18h30/Samedi et jours fériés : 7h30–13h00

Angle Bd Abdelmoumen et rue arrachati, Casablanca – Maroc; Tel : +212(0)5 22 42 39 60/55; –GSM :06 61 85 78 48– Email:
contact@liab.ma

Site Web :www.liab.co.ma–IF :40432071–ICE :001663876000025–CNSS :8844103–Patente :34720627–INPE :107159782

Prélèvement à domicile sur RDV