

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0051124

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4887 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KTIRI AMINA
Date de naissance : 31-01-1958
Adresse : Residence Attadamon Rue 2 IMM 78
N°1 OULFA CASA
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18-01-23
Nom et prénom du malade : KTIRI Amina Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : DML ALD
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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) :

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.

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
18/01/2005	visite de fabrication	N° 8301	660,00 DH	

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18/01/2023	soins infirmerie	8301	660,00 DH	

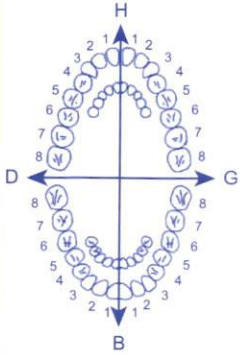
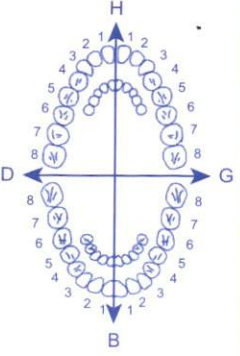
[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D G		00000000 35533411	00000000 11433553	B
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D G												
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

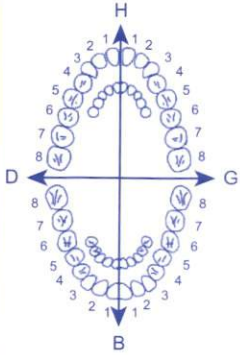
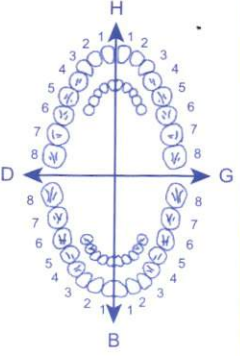
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RELEVÉ 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

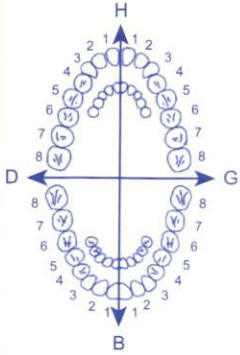
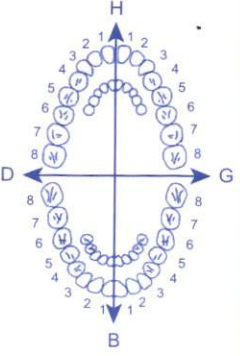
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RELEVÉ 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

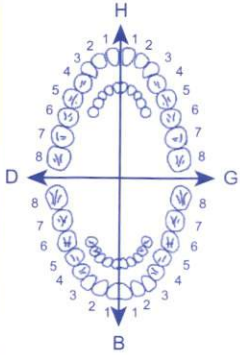
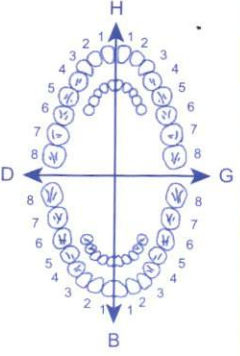
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

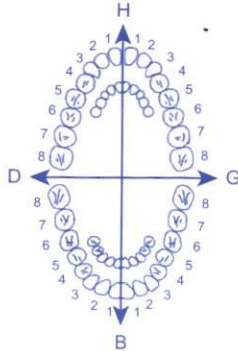
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D G		00000000 35533411	00000000 11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D G													
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													

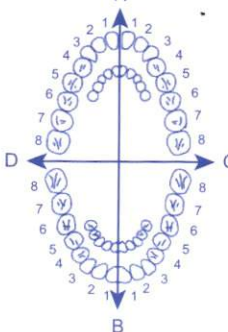
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

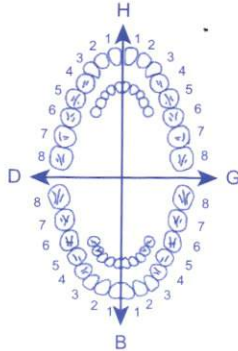
[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		CCEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<p>H</p> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		B	<input type="text"/>
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	D	G													
	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
		B													
<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS													
<input type="text"/>		DATE DU DEVIS													
<input type="text"/>															
<input type="text"/>															
<input type="text"/>															
<input type="text"/>		DATE DE L'EXECUTION													
<input type="text"/>															
<input type="text"/>															

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		CCEFFICIENT DES TRAVAUX															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/>	
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D	G																
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		<input type="text"/>																	
<input type="text"/>		<p>DATE DU DEVIS</p> <input type="text"/>																	
<input type="text"/>																			
<input type="text"/>																			
<input type="text"/>																			
<input type="text"/>																			
<input type="text"/>		<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <input type="text"/>																	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
<p>The diagram shows a top-down view of upper and lower dental arches. Teeth are numbered 1 through 8 from the center (midline) outwards on each side. The upper arch is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The lower arch is labeled 'D' on the left and 'G' on the right.</p>	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	Coefficient des Travaux	<input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montants des Soins	<input type="text"/>
		Date du Devis	<input type="text"/>
		Date de l'exécution	<input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		CCEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<p>H</p> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		B	<input type="text"/>
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	D	G													
	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
		B													
<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS													
<input type="text"/>		DATE DU DEVIS													
<input type="text"/>															
<input type="text"/>															
<input type="text"/>															
<input type="text"/>		DATE DE L'EXECUTION													
<input type="text"/>															
<input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE N° **8901** / **2023** du **18/01/2023**

Nom patient **KTIRI AMINA**

Entrée **18/01/2023**

Prise en charge **MUPRAS**

Sortie **18/01/2023**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant Adh
<i>PRESTATIONS</i>				
FIBRO-COLOSCOPIE	1,00		3 300,00	660,00
			Sous-Total	660,00

Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :

SIX CENT SOIXANTE DIRHAMS

Total 660,00

Total facturé au patient

3 300,00

Montant pris en charge par l'organisme

2 640,00

Montant ticket modérateur à charge du patient

660,00

Encaissements patient

Espèces **0,00**

Chèque

Carte bancaire **660,00**

Solde 0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél : 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 03 53 45
 E-mail : contact@ickm-hck.ma
 N° ICE : 090061862
 ICE HCK : 001740003000026



Reçu de caisse

N° : 2301181059353730 / 1 / 0

18/01/23 10:06:46
9900397747
93977401
HOP CHEIKH KHALIFA G1
Casablanca

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300625286	KTIRI AMINA	18/01/2023

A0000000031010
APP : VISA
KTIRI AMINA EP KHAL L
xxxxxxxxxxxx6065
05/24 CARTE NATIONALE
9A4B7E7005220CB8
621-0-9999-1-44

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	011848 Lui-même	660,00
MUPRAS	Total payé	660,00
SIX CENT SOIXANTE DIRHA		

MONTANT: 660,00 MAD
NUM TRANSACTION : 003
NUM AUTORISATION: 368733
STAN : 011848

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

Reçu établi par : SAL.SAD

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 43 45
Fax : 05 29 00 44 77
Email : contact@hckm-hck.ma
N° IPN : 090062862
ICE HCK : 001740003000026



Casablanca, le mercredi 18 janvier 2023

FIBROSCOPIE OESO-GASTRO-DUODENALE

Identification du Patient	Informations administratives
Nom : KTIRI	Médecin traitant :
Prénom : Amina	Service : Endoscopie
Age : 64 ans	IPP du patient : 171019104534MA

INDICATION :

Sciatalgies gauches, HTA, 2 césariennes
Vomissements alimentaire, RGO, acidité
Douleurs abdominale + ballonnement, constipation chronique

RESULTAT :

Œsophage:

- Muqueuse normale
- Discrète hernie hiatale par glissement avec œsophagite catarrhale

Estomac:

- Lac muqueux clair
- Muqueuse fundique: érythémateuse, plissements fundiques harmonieux Biopsies
- Muqueuse antrale: congestive, érythémateuse. Biopsies.
- Rétrovision: normale
- Pylore centré, bien franchi.

Bulbe: sans anomalies

D1+D2: sans anomalies

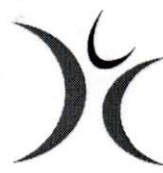
CONCLUSION :

HH

Gastrite érythémateuse. Biopsies

Signature :

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Pr. BENRISSE LAMGHARI
Gastroentérologie et endoscopie
digestive Interventionnelle
101100020



Casablanca, le mercredi 18 janvier 2023

COLOSCOPIE TOTALE

Identification du Patient

Informations administratives

Nom : KTIRI

Médecin traitant :

Prénom : Amina

Service : Endoscopie

Age : 64 ans

IPP du patient : 171019104534MA

INDICATION :

Sciatalgies gauches, HTA, 2 césariennes
Vomissements alimentaire, RGO, acidité
Douleurs abdominale + ballonnement, constipation chronique

PREPARATION :

Bonne : Boston 8

RESULTAT :

- Ascension jusqu'au bas fond caecal avec cathétérisme de la dernière anse iléale
- Présence de 3 polypes sessiles, 2 millimétriques du colon droit et le troisième de 12 mm à 60 cm de la MA
- Le reste du colon est d'aspect normal
 - DAI : sans anomalies
 - Dolichocôlon+++

CONCLUSION :

Polypes colique millimétrique du colon droit
Polype sessile 12 mm à 60 cm de la MA, nécessitant une polypectomie
Dolichocôlon+++

Signature :

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. EL IDHASSI LAMEL ABOUABDELKADER
Gastroentérologie et Endoscopie
Digestive Interventionnelle
101100020

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : KTIRI AMINA		
Chambre : NA		
Médecin traitant	EL IDRISSE LAMGHARI ABDE	
Prise en charge	MUPRAS	
Date entrée	18/01/2023	
Date sortie	18/01/2023	15:12
Le caissier	L'infirmier	Le major
Billet de sortie établi par : JAW.BAD 13/02/2023 11:45 2300625286		

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel : 05 29 03 59 45
E-mail : contact@ickm.ma
Fax : 05 29 00 44 77
N° IPN : 090961862
ICE HCK : 001740003000026