

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
		Chirp	CFT Note: D14 Nupros engagé Réun.	2574,00 179

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	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



Caisse des Français de l'Étranger

160 RUE DES MEUNIERS
CS 70238 RUBELLES 77052 MELUN CEDEX
Tél. : 33 1 64 14 62 62
www.cfe.fr

MR ABDELLAOUI HAMDOUNE
VILLA 72 LOTISSEMENT AIN DIAB II
ANFA
20180 CASABLANCA
MAROC

Rubelles, le 15/12/2023

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 remb. t	Taux	
1	ASSURE : HAMDOUNE - Maladie (100%) 17/11/2023 17/11/2023 17/11/2023 20/11/2023 11/12/2023 11/12/2023 11/12/2023 11/12/2023 TOTAL DU DECOMpte	ETR : CONSULTATION SPÉCIALISTE ETR : BIO. ET ANATOMO-CYTOPATHOLOGIE ETR : ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX ETR : PHARMACIE REFERENCE : 20231215I00140 -E	27,16 97,71 64,03 44,82 	25,00 1 1 1 NUMERO DE DEMANDE : 231115641		1 1 1 1	25,00 97,71 64,03 44,82	100 65 72 100	25,00 63,51 46,10 44,82 179,43

Montant total payé en Euros

179,43

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)

Assuré	N° de Sécurité Sociale : 1 53 52 99 350 747 76	Règlement	Référence : 20231215I00140
Nom : ABDELLAOUI Prénom : HAMDOUNE	Destinataire : MR OU MME BRICE ABDELLAOUI Mode : Virement SEPA Compte : FR56 3000 2083 3400 0002 6827 D48		



Caisse des Français de l'Étranger
La Sécurité sociale des expatriés

FEUILLE DE SOINS DISPENSÉS A L'ÉTRANGER

Réservée à l'usage exclusif des adhérents de la CFE – A 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) : 111531152199113501124111161

NOM (en capitales) : A.B. DELLAOUÉ

Date de naissance : 10/11/01/11/53

Prénom : HANDOUNE

Pays où ont été dispensés les soins : TAZIC

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

NOM (en capitales) : **Date de naissance** : 11/11/11/11

Prénom :

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 ayant-droits

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

Accident causé par un tiers, indiquez la date : 11/11/11

Accident de travail, indiquez la date : 11/11/11

Maternité, indiquez la date de conception : 11/11/11

(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 L766-1-3 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 libertés 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, 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^{re} 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^{er} envoi de feuille(s) de soins.
- Pour tout renseignement complémentaire, consultez le site de la CFE : 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**

entité du malade : NOM : ABDELLAÏD [PRENOM : HASSOUNE] DATE DE NAISSANCE : 01/01/1973	Notre du praticien Dr. Mounir CHABAB CHEFCHAOUNI Rési. Parc Lyautey, 2ème Etage N° 17 Tél: 0522 23 65 58 88 Urgence: 0651 20 62 14	Date des soins 17/11/23	Montant réglé en monnaie locale 300,00	Montant éventuellement pris en charge par l'organisme local
---	---	-----------------------------------	--	--

CONSULTATION(S)				
Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/>	Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile <input type="checkbox"/>	Date des soins 17/11/23	Montant réglé en monnaie locale 300,00	
Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/>	Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile <input type="checkbox"/>	Date des soins 17/11/23	Montant réglé en monnaie locale	
Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/>	Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile <input type="checkbox"/>	Date des soins 17/11/23	Montant réglé en monnaie locale	
Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/>	Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile <input type="checkbox"/>	Date des soins 17/11/23	Montant réglé en monnaie locale	

CARDIOLOGIE				
Électrocardiogramme (ECG) <input type="checkbox"/>	Date des soins 17/11/23	Montant réglé en monnaie locale		
Électrocardiogramme + test d'effort (EFF) <input type="checkbox"/>	Date des soins 17/11/23	Montant réglé en monnaie locale		
Autre acte, à préciser : <input type="checkbox"/>	Date des soins 17/11/23	Montant réglé en monnaie locale		

ACTE(S) D'IMAGERIE				
Radiographie, zone à préciser : <input type="checkbox"/>	Date des soins 17/11/23	Montant réglé en monnaie locale		
Radiographie panoramique <input type="checkbox"/>	Date des soins 17/11/23	Montant réglé en monnaie locale		
Mammographie : <input type="checkbox"/> Unilatérale <input type="checkbox"/> Bilatérale <input type="checkbox"/>	Date des soins 17/11/23	Montant réglé en monnaie locale		
Scanner <input type="checkbox"/>	Date des soins 17/11/23	Montant réglé en monnaie locale		
IRM <input type="checkbox"/>	Date des soins 17/11/23	Montant réglé en monnaie locale		
Électroencéphalogramme <input type="checkbox"/>	Date des soins 17/11/23	Montant réglé en monnaie locale		
Echographie, zone à préciser : <input type="checkbox"/>	Date des soins 17/11/23	Montant réglé en monnaie locale		
Autre, à préciser : <input type="checkbox"/>	Date des soins 17/11/23	Montant réglé en monnaie locale		

ACTE(S) DISPENSÉ(S) PAR UN AUXILIAIRE MÉDICAL (Kinésithérapeute, Infirmier(e), orthophoniste...)				
Date de la prescription : <input type="checkbox"/>				
Traitement dispensé du <input type="checkbox"/> au <input type="checkbox"/>				
Nombre de séances dispensées : <input type="checkbox"/>				
Description du traitement :				

ANALYSES DE LABORATOIRE				
Date de la prescription : <input type="checkbox"/>	Date d'exécution : <input type="checkbox"/>			
Date de la prescription : <input type="checkbox"/>	Date d'exécution : <input type="checkbox"/>	1084,00		

PHARMACIE / FOURNISSEUR				
Date de la prescription : <input type="checkbox"/>	Date de délivrance : <input type="checkbox"/>			
Date de la prescription : <input type="checkbox"/>	Date de délivrance : <input type="checkbox"/>			
Date de la prescription : <input type="checkbox"/>	Date de délivrance : <input type="checkbox"/>			
Date de la prescription : <input type="checkbox"/>	Date de délivrance : <input type="checkbox"/>			
Date de la prescription : <input type="checkbox"/>	Date de délivrance : <input type="checkbox"/>			

AUTRES FRAIS DE SANTÉ				
Description des frais facturés :	Date des soins 17/11/23	Montant réglé en monnaie locale		
	Date des soins 17/11/23	Montant réglé en monnaie locale		
	Date des soins 17/11/23	Montant réglé en monnaie locale		

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

IF : 40303250 CNSS : 1121946 RC : 187112 INPE : 09300124 TP : 35504101
ICE : 001656516000089
RIB : 007780000200100000003735

FACTURE N° : 230000514

CASABLANCA le 20-11-2023

Mme ABDELLAOUI Hamdoune

CN	Prélèvement sanguin Testostérone TESTOSTERONE Biodisponible – Bioactive (homme) SERUM	Récapitulatif des analyses	
		Clé	Coefficient
9105		E	25
0162		B	300
		B	490

Total des B : 790

TOTAL DOSSIER : 1084 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille quatre-vingt-quatre dirhams .

JO
LABORATOIRE TAZI
TAZI MOHAMED
Biomédecins
78, Rue d'Alger - Casablanca
Tél: 0522 272808 - 0522 296486

**CABINET
D'UROLOGIE**



عيادة جراحية
المسالك البولية

Dr. Mounir CHARIF
CHEFCHAOUNI
Chirurgien Urologue
Ancien Professeur Assistant
au C.H.U. IBN SINA
De Rabat
Ancien Chef de Clinique
du Groupe Hospitalier
COCHIN De Paris
Membre de L'Association
Française d'Urologie et
de l'European Association
of Urology

الدكتور منير شريف
شفشاوني
اختصاصي في أمراض
وجراحة المسالك البولية
أستاذ مساعد سابق بالمركز
الصحي الجامعي ابن سينا
بالرباط و코شان بباريز
عضو بالجمعية الفرنسية
لأمراض المسالك البولية

- Urologie Générale / Circoncision
- Coeliochirurgie
- Chirurgie des Troubles
- de la Statique pelvipérinéale
- et de l'incontinence Urinaire
- chez la femme
- Cancérologie Urologique
- Andrologie (Stérilité masculine
et Impuissance - Sexologie)
- Exploration Urodynamique
- du bas appareil urinaire
- Lithotripsie extra-corporelle
- Echographie prostatique
transrectale

Casablanca, le 17/11/2023

Mr ABDELLAOUI Hamdoune 70 ans

**TESTOSTÉRONE TOTALE ET BIODISPONIBLE,
prélèvement sanguin entre 10-11 H du matin**

LABORATOIRE TAZI
TAZI Mohamed
BIOLOGISTE

Dr. Mounir CHARIF CHEFCHAOUNI
Chirurgien Urologue
Rési. Parc Lyautey 1, Rond Point ST EXUPERY
2ème Etage Appt. n°11
Tél: 0522.48.40.58/88 - Fax: 0522.48.40.88
Urgence: 0522.48.89.14 - Casablanca



مختبر التازي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

TAZI MOHAMED

PHARMACIENS BIOLOGISTES - DIPLOMES D'ETUDES SPECIALES DE BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE,
HEMATOLOGIE, BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

NF EN ISO 9001:2008

ASCII CERTIFICAT MA-2015-XIV.

QUALITATEM

www.ascii-qualitatem.fr

TAZI KARIM

Dr CHARIF CHEFCHAOUNI MOUNIR
1,Rond Point Saint Exupery,Résidence Parc Lyautey
Angle Avenue Hassan II et Rue Allal El Fassi
CASABLANCA
Examen du 20-11-2023 - Edité le 20-11-2023

Mr ABDELLAOUI Hamdoune
Né(e) le : 01-01-1953 (70 ans)
Dossier N° : 23110727
Code patient : 23110727

(**) : Résultat non validé biologiquement

HORMONOLOGIE (Cobas e411)

Testostérone **

2.50 ng/ml

(1.93-7.40)

Ce dossier a été imprimé en partiel

(**) : Résultat non validé biologiquement

78, Rue 5 d'Algier - Casablanca
Tel: 05 22 22 22 22 Fax: 05 22 29 64 86



Biologistes-coresponsables : Aurélie Driss-Corbin / Bénédicte Roquebert

Biologistes Médicaux

A. Amara Petitjean	F. Floch	A. Luscan-Valeri	M. Senant
H. Belaouni	A. Ganon	S. Malard	S. Trombert
M. Billet-Delecourt	C. d'Humières	M. Perret	M. Valduga
S. Chikhi	P. Kleinfinger	A. Receveur	L. Verdurne
J-M. Costa	I. Lanois	M. Roussel	B. Visseaux
M-M. Coude	A. Legrand	S. Samaan	
S. Defasque	L. Lohmann	S. Schmit	

Biologistes Généticiens

D. Trost

ABDELLAOUI

HAIDOUNE

Né(e) le 01.01.1953

Sexe : M

Dossier n° : 23D5097200

G / w 994-101 / s 994-101

LABM M TAZI
SIDI BELYOTT 78 RUE D'ALGER
20000 CASABLANCA
MAROC

Transmis par LABM M. TAZI

Vos références : INMA1516062 / 23110727 04074

Enregistré le : 21.11.2023 Edité le : 27.11.2023

Ex envoyé(s) au(x) : Laboratoire

• **TESTOSTERONE BIODISPONIBLE (R.I.A.)**

Prélèvement : 20.11.2023 Sérum 10h 00

2,4 nmol/l N: 2,7 à 12,0
0,70 ng/ml N: 0,78 à 3,46

Validé par : Dr. Marianne Perret

Dr. Aurélie Driss Corbin

Compte rendu complet

**Dr. Mounir CHARIF
CHEFCHAOUNI
Chirurgien Urologue**

Ancien Professeur Assistant
au C.H.U. IBN SINA de Rabat
Ancien Chef de Clinique du Groupe
Hospitalier COCHIN de Paris
Membre de L'Association
Française d'Urologie et
de l'European Association
of Urology



الدكتور مونير شريف شفشاوني
الختصاري في أمراض وجراحة
المسالك البولية
أستاذ مساعد سابقاً بالمركز الصحي
الجامعي ابن سينا بالرباط وكوشن بباريز
عضو بالجمعية الفرنسية والأوروبية
لأمراض المسالك البولية

Casablanca, le 11/12/2023

Mr ABDELLAOUI Hamdoune

Facture : NH 202312/006

Actes

PNORT

Montant

700,00

Total :

700,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : **SEPT CENTS DIRHAMS**

ICE : 001632746000030

INP : 091040600

Dr. Mounir CHARIF CHEFCHAOUNI
Chirurgien Urologue
Rés. Pârc Lyaâli 1, Rond Point S' Exupery,
2ème Etage Appart. 11
Tel: 0522 48 40 88 - Fax: 0522 48 40 88
Agence: 0522 33 82 12 - Casablanca

Dr. Mounir CHARIF
CHEFCHAOUNI
Chirurgien Urologue

Ancien Professeur Assistant
au C.H.U. IBN SINA de Rabat
Ancien Chef de Clinique du Groupe
Hospitalier COCHIN de Paris
Membre de L'Association
Française d'Urologie et
de l'European Association
of Urology



الدكتور منير شريف شفشاوني
اختصاصي في أمراض وجراحة
المسالك البولية
أستاذ مساعد سابقًا بالمركز الصحي
الجامعي ابن سينا بالرباط وكوشنان بباريز
عضو بالجمعية الفرنسية والأوروبية
لأمراض المسالك البولية

Casablanca, le : 11/12/2023

COMPTE RENDU D'ECHODOPPLER

Mr ABDELLAOUI Hamdoune

Résultats

Appareil médical : MINDRAY DC-3. Sonde linéaire 7L4A superficielle de 7 à 10 Mhz en mode M, doppler pulsé, couleur et énergie.

Examen réalisé : PNORT : Penile NO test, par ECHODOPPLER de la verge.

Résultats :

- L'épaisseur de l'albuginée est de 1 mm.
- Avant occlusion pénienne, le diamètre de l'artère caverneuse gauche et droite est de 1,5 mm.
- Après occlusion pénienne pendant 5 minutes et réalisation du test 50 secondes après le dégonflage du brassard, le diamètre de l'artère pénienne gauche et droite est de 2,6 mm.
- Le pourcentage maximum d'augmentation du diamètre est de 73 %.
- L'index PNORT est 2,1.

EN CONCLUSION :

PNORT normale (valeur seuil \geq 35%).

Signé : Dr. Mounir C. CHEFCHAOUNI

Dr. Mounir C. CHEFCHAOUNI
Chirurgien Urologue
Rési. Parc Lyautey, 1 Rond Point S
Exupery 2ème étage Apt N°11 Casab
Tél: 0522 48 40 58/88 - Fax: 0522 48 40 88
Urgence: 06 61 20 82 14

PHARMACIE NAIMA

124. bd. Sidi Abderrahmane Derb Elhouria
Bloc 211 Hy Hassani Casablanca



DR. CHRAIBI NAIMA EP. SAAIDI
Docteur en pharmacie
université de MONTPELLIER
FRANCE

R.C :171496
T.V.A:
Banque:
Tél :022.9031.00

Patente:35003900
C.N.S.S:1044081

Le 11/12/2023

FACTURE N°615968

Pharmacie NAIMA
ICE:001596576000024

MR HAMDOUNE ABDELLAOUI

Désignation	Quantité	PPM	Total
RECTIS 5MG 30CP	1	490,00	490,00
			Total = 490,00

Arrêté la présente facture à la somme de :
Quatre Cent Quatre-vingt-dix Dirhams.

**CABINET
D'UROLOGIE**



عيادة جراحة
المسالك البولية

Dr. Mounir CHARIF
CHEFCHAOUNI
Chirurgien Urologue
Ancien Professeur Assistant
au C.H.U. IBN SINA
De Rabat
Ancien Chef de Clinique
du Groupe Hospitalier
COCHIN De Paris
Membre de L'Association
Française d'Urologie et
de l'European Association
of Urology

Casablanca, le 11/12/2023

Mr ABDELLAOUI Hamdoune 70 ans

490,00

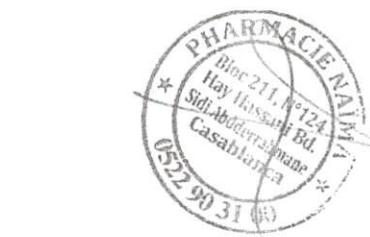
RECTIS 5 MG

1 CP A MIDI APRES LE REPAS, pendant 1 mois



الدكتور منير شريف
شفشاوني
اختصاصي في أمراض
وجراحة المسالك البولية
أستاذ مساعد سابقاً بالمركز
الصحي الجامعي ابن سينا
بالمراكش وكوشاں بباریز
عضو بالجمعية الفرنسية
لأمراض المسالك البولية

- Urologie Générale/ Circoncision
- Coeliochirurgie
- Chirurgie des Troubles de la Statique pelvipérinéale et de l'incontinence Urinaire chez la femme
- Cancérologie Urologique
- Andrologie (Stérilité masculine et Impuissance - Sexologie)
- Exploration Urodynamique du bas appareil urinaire
- Lithotripsie extra-corporelle
- Echographie prostatique transrectale



*Dr Mounir CHARIF CHEFCHAOUNI
Chirurgien Urologue
Résid. Parc Lyautey, 1 Rond Point S
EXUPERY 2ème étage Appt n°11 Casablanca
Tél: 0522 48 40 54/88 - Fax: 0522 48 40 88
Urgence: 06 61 20 82 11*

Résidence Parc Lyautey - 1, Rond Point S^T EXUPERY, Angle Av Hassan II et Rue Allal El Fassi
(en face de parc de la ligue Arabe) 2^o étage, Appt. n°11 - CASABLANCA
Tél. : 05.22.48.40.58 / 88 - Fax : 05.22.48.40.88 - Urgences : 06.61.20.82.11 - E-mail : m_c_chefchaouni@hotmail.com