

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

nditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

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 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.

iladie 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

AUPRAS 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.

JPTRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



Declaration de Maladie

N° W21-764035

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 4214 Société : C.A.T.

Matricule : 4214

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Abdellaoui Hamdane

Date de naissance : 1953

Adresse : villa 22 Lot Ain Diab Ain Diab CASAS LAUCA

Tél : 0662 780571 Total des frais engagés : 2863,10

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles

Fait à : Casablanca Le : 10 / 10 / 22

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

ÉTAT DÉCLARATIF À COMPLÉTER PAR L'ADHÉRENT POUR LES SOINS RECUS À L'ÉTRANGER
QUEL QUE SOIT LE PAYS DE DISPENSE DES SOINS

Identité du malade : NOM : Abdellouah PRENOM : Hamdoune DATE DE NAISSANCE : 01/01/1953

Détails des actes médicaux

Nom du praticien
ou de l'établissement

Date des soins

Montant réglé
en monnaie
locale

Montant
éventuellement
pris en charge par
l'organisme local

CONSULTATION(S)

- ☐ Généraliste ☐ Spécialiste
☒ Au cabinet / En établissement ☐ Au domicile
☐ Généraliste ☐ Spécialiste
☒ Au cabinet / En établissement ☐ Au domicile
☐ Généraliste ☐ Spécialiste
☐ Au cabinet / En établissement ☐ Au domicile
☐ Généraliste ☐ Spécialiste
☐ Au cabinet / En établissement ☐ Au domicile

Kali spécialiste
20/09/22
100 \$

CARDIOLOGIE

- ☐ Électrocardiogramme (ECG)
☐ Électrocardiogramme + test d'effort (EFF)
☐ Autre acte, à préciser :

ACTE(S) D'IMAGERIE

- ☐ Radiographie, zone à préciser :
☐ Radiographie panoramique
☐ Mammographie : ☐ Unilatérale ☐ Bilatérale
☐ Scanner
☐ IRM
☐ Électroencéphalogramme
☐ Echographie, zone à préciser :
☐ Autre, à préciser :

ACTE(S) DISPENSÉ(S) PAR UN AUXILIAIRE MÉDICAL (Kinésithérapeute, infirmier(e), orthophoniste...)

Date de la prescription : / /
Traitement dispensé du / / au / /
Nombre de séances dispensées :
Description du traitement :

ANALYSES DE LABORATOIRE

Date de la prescription : / / Date d'exécution : / /
Date de la prescription : / / Date d'exécution : 09/09/22

1340

PHARMACIE / FOURNISSEUR

Date de la prescription : 04/09/22 Date de délivrance : 21/09/22
Date de la prescription : / / Date de délivrance : / /
Date de la prescription : / / Date de délivrance : / /
Date de la prescription : 20/09/22 Date de délivrance : 21/09/22
Date de la prescription : / / Date de délivrance : / /

LABORATOIRE TAZI
PHARMACIE
276 ho
3476
Tel: 05 23 09 01 16
ICL 00 133 298 000083

AUTRES FRAIS DE SANTÉ

Description des frais facturés :

.....
.....
.....

FEUILLE DE SOINS DISPENSÉS À 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) : 1 53 52 99 350 700 716

NOM (en capitales) : ABDELLAOUI Date de naissance : 01/10/1953

Prénom : HADDOU

Pays où ont été dispensés les soins : ALGER

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

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

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-droit

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

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

☐ Accident de travail, indiquez la date : / /

☐ Maternité, indiquez la date de conception : / /

(si vous ne l'avez pas envoyée, joignez votre déclaration médicale de grossesse)

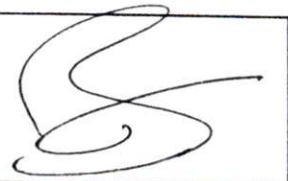
MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

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^{ère} 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

DOCTEUR MOHAMED SLAOUI

Spécialiste en Hépatologie • Gastro • Entérologie



الدكتور محمد السلاوي

إختصاصي في أمراض المعدة و الأمعاء و الكبد و البواسير

Casablanca, le 08/09/2022 في الدار البيضاء

08/09/2022

ABDELLAOUI Hamdoune

Dosage de la vitmamine B12

Ac anti facteur intrinseque

Ac anti cellules parietales gastriques

NFS, plaquettes

LABORATOIRE TAZI
TAZI Mohamed
BIOLOGISTE
78, Rue Soumaya - Casablanca

Docteur Mohamed Slaoui
Spécialiste: Hépatologie - Gastro - Entérologie
Proctologie Médicale - Chirurgicale
ENDOSCOPIE - ECHOGRAPHIE
82, Rue Soumaya Angle Bd Abdelmoumen
3^e Etage, Immeuble « Fiat - Jeep » - Casablanca - Maroc
Tél: 0522 23 78 83 - Tél / Fax: 0522 25 99 87
m.slaoui@casamail.ma

82, زقة سومية, زاوية شارع عبد المومن • الطابق الثاني, عمارة « فيات - جيب », حي النخيل • الدار البيضاء, المغرب

82, rue Soumaya, angle boulevard Abdelmoumen • 2^{ème} étage, immeuble « Fiat - Jeep », quartier Palmiers • Casablanca, Maroc

Tél : 05 22 23 78 83 | 06 98 97 17 18 • Tél. Fax : 05 22 25 99 87 • Urgence : slaouimed.doc@gmail.com | Clinique Longchamps

محطة ترامواي وفا سلف عبد المومن • Arrêt TRAM : Ligne 1 WAFASALAF

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

78, Rue d'Alger - CASABLANCA

Tél. : 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39 . Fax : 0522 29 64 86

I.F 40 30 32 50

ICE 001656516000089 INPE: 093001246



T P : 35 504 101 - CNSS : 1121946 - R.C. : 187112 01

Casablanca le 9 septembre 2022

Monsieur ABDELLAOUI HAMDOUNE

FACTURE N°		348100	
Analyses :			
Hémato : Numération formule plaquettes -----	B	80	Total : B 980
Chimie : VIT B12 (labo) -----	B	400	
Ac Anti - Estomac (cellules parietales) -----	B	200	
Ac Anti - Facteur intrinsèque -----	B	300	
Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER		1 340,00 DH	

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille Trois Cent Quarante Dirhams

LABORATOIRE TAZI
TAZI Mohamed
BIOLOGISTE
78, Rue d'Alger - Casablanca
Tél. : 0522 27 28 08 - Fax : 0522 29 64 86



مختبر التازي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

NF EN ISO 9001:2008

ASCI

CERTIFICAT MA-2015-XIV

QUALITATEM

www.asci-qualitem.fr

TAZI MOHAMED

TAZI KARIM

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

Docteur MOHAMED SLAOUI

82, Rue Soumaya, Angle Boulevard Abdelmoumen

2ème étage, Quartier Palmiers

CASABLANCA

Examen du 09/09/22 - Edité le 09/09/22

Monsieur ABDELLAOUI HAMDOUNE

Réf. : 22I392

Page : 1/1

ANALYSES

RESULTATS

UNITES

NORMALES ANTECEDENTS

NUMERATION SANGUINE (AUTOMATE SYSMEX XT-4000i)

HEMATIES -----	5,19	106/mm ³	4,4 - 5,55	5,12
HEMOGLOBINE -----	14,5	g/100 ml	13 - 17	14,5
HEMATOCRITE -----	43,8	%	40 - 50	43,8
- VGM -----	84	μ ³	80 - 95	86
- TGMH -----	28	pg	27 - 33	28
- CGMH -----	33	g/100 ml	30 - 35	33
LEUCOCYTES -----	6 200	/mm ³	4000 - 10000	4600
<u>FORMULE</u>				
POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES -----	62	%	50 - 70	64
ou		3 844 /mm ³	2000 - 7500	2944
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES -----	2	%	1 - 3	1
ou		124 /mm ³		16
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES -----	0	%	< 1	0
ou		0 /mm ³		0
LYMPHOCYTES -----	27	%	20 - 40	27
ou		1 674 /mm ³	800 - 4000	1242
MONOCYTES -----	8	%	2 - 10	8
ou		496 /mm ³		368
PLAQUETTES -----	209 000	/mm ³	150000 - 400000	142000

BIOCHIMIE (AUTOMATE ROCHE COBAS 6000)

VITAMINE B12 -----	292,6	pg/ml	197 - 771
--------------------	-------	-------	-----------



Biologistes-coresponsables : Aurélie Driss-Corbin / Bénédicte Roquebert

Biologistes Médicaux

A. Amara Petitjean

H. Belaouni

J-M. Costa

M-M. Coude

S. Defasque

F. Floch

A. Ganon

S. Haim-Boukoba

P. Kleinfinger

I. Lacroix

I. Lanois

A. Legrand

L. Lohmann

S. Malard

S. Mehral Sedkaoui

M. Perret

M. Roussel

S. Samaan

S. Schmit

S. Serero

S. Trombert

M. Valduga

A. Valeri

L. Verdume

B. Visseaux

Biologistes Généticiens

D. Trost

ABDELLAOUI

HAMDOUNE

Né(e) le 01.01.1953

Sexe : M

Dossier n° : 22V0227207

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 : INMA1290587 / 22I392 04074

Enregistré le : 13.09.2022 Edité le : 15.09.2022

Ex envoyé(s) au(x) : Laboratoire

• AUTO-ANTICORPS ANTI-CELLULES PARIETALES DE L'ESTOMAC (IFI)

Réactif : Triple substrat sur tissu de rat AA-RL/RK/RS (BioSystems)

Prélèvement : 09.09.2022 Sérum 10h 00

160

N: < 40

Recherche positive.

Les anticorps anti-cellules pariétales gastriques sont présents lors d'anémies pernicieuses mais aussi lors d'anémies bénignes, de gastrites atrophiques, de pathologie thyroïdienne,...

Validé par : Dr. Souad Mehral Sedkaoui

• ANTICORPS ANTI-FACTEUR INTRINSEQUE (Chimiluminescence)

Réactif : EliA Intrinsic Factor (Thermo Fisher)

Prélèvement : 09.09.2022 Sérum 10h 00

20,0 U/ml

Interprétation :

- < 7 U/ml : Négatif

- 7 à 10 U/ml : Douteux

- > 10 U/ml : Positif

Recherche positive.

Validé par : Dr. Souad Mehral Sedkaoui

Dr. Aurélie Driss Corbin

A. Driss Corbin

Compte rendu complet



Le laboratoire CERBA est accrédité par le COFRAC selon la norme NF EN ISO 15189 (N°8-0945, Examens Médicaux).
Portée disponible sur www.cofrac.fr
Les examens accrédités sont identifiés par la mention #



Casablanca, le 22/05/2022 في الدار البيضاء

ABDELOU: HAMDOUN

Hydroxo 100mg

167.50
175

1m Im 1 x 4

1m Im 1 x 4

1m Im 1 x 6

292.50

1m Im 1 x 2

21 x 2.60

Serig 2w

54.60

347.10

Dr. Mohamed Slaoui
82, rue Soumaya, angle boulevard Abdelmoumen
Tél: 05 22 23 78 83

Dr. Mohamed Slaoui
82, rue Soumaya, angle boulevard Abdelmoumen
Tél: 05 22 23 78 83

PHARMACIE SUP'ANFA
DR MOUNA CHABACH
RT AZEMMOUR ANFA SUPERIEUR CASABLAN

Patente N°: 35604802
N° R.C. : RC 254350
Compte :
CNSS :
Id.Fiscale : 40606476
ICE : 001835298000083

Tél : 022950116

Le : 21/09/2022

mr abdellaoui hamdoune

FACTURE : 11334 du : 21/09/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
5	HYDROXO COBALAMINE 5000 B	58,50	292,50	7,00%
21	SERINGUE 2,5 ML	2,60	54,60	20,00%
		Total TTC	347.10	
		Part client Net	347.10	
		Droits de timbre	0.00	
		Net à payer	347.10	

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENT QUARANTE SEPT DIRHAMS ET DIX CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	273,36	19,14	292,50
20.00%	20,00	45,50	9,10	54,60
		318,86	28,24	347,10

صيدلية أنفا العليا
PHARMACIE SUP'ANFA
Dr. Mouna CHABACH PHA
Rte. d'Azemmour, Anfa Supérieur
Tél: 05 22 95 01 16
ICE: 001835298000083

PHARMACIE SUP'ANFA
DR MOUNA CHABACH
RT AZEMMOUR ANFA SUPERIEUR CASABLAN

Patente N°: 35604802
N° R.C. : RC 254350
Compte :
CNSS :
Id.Fiscale : 40606476
ICE : 001835298000083

Tél : 022950116

Le : 21/09/2022

mr abdellaoui hamdoun

FACTURE : 11332 du : 21/09/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
2	AXIMYCINE 1G DISP BT/14 CP	64,10	128,20	7,00%
2	FLAGYL 500MG BT/20 CP	49,80	99,60	7,00%
2	INEXIUM 20MG/14 CPS	82,10	164,20	7,00%
2	ZECLAR 500MG BT/14CP	192,20	384,40	0,00%

Total TTC 776.40
Part client Net 776.40
Droits de timbre 0.00
Net à payer 776.40

Arrêtée la présente facture à la somme de :SEPT CENT SOIXANTE SEIZE DIRHAMS ET QUARANTE CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar92	0,00	384,40	0,00	384,40
7.00%	7,00	366,36	25,64	392,00
		750,76	25,64	776,40

سجلية انفا العليا
PHARMACIE SUP'ANFA
Dr Mouna CHABACH PHA
Rte d'Azemmour/Anfa Supérieur
Tél: 05 22.95 01 16



Casablanca, le 02/02/2020 في الدار البيضاء، في

Dr. Abdelkader Hamden

02/02/20

Examen

02/02/20

Examen

02/02/20

Examen

Examen

02/02/20

Docteur Mohamed Slaoui
Spécialiste: Hépatologie - Gastro - Entérologie
Proctologie Médicale - Chirurgicale
ENDOSCOPIE - ECHOGRAPIE
82, rue Soumaya, angle boulevard Abdelmoumen
2^e étage, imm. « Fiat - Jeep », quartier Palmiers - Casablanca - Maroc
Tél: 05 22 23 78 83 - Tél / Fax: 05 22 25 99 87
slaouimed.doc@gmail.com



Caisse des Français de l'Étranger

160 RUE DES MEUNIER
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 26/09/2022

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 rembt	Taux	
1	ASSURE : HAMDOUNE - Maladie (100%) 08/09/2022 08/09/2022 08/09/2022 09/09/2022 08/09/2022 21/09/2022 20/09/2022 21/09/2022 TOTAL DU DECOMPTE	ETR : CONSULTATION SPÉCIALISTE ETR : BIO. ET ANATOMO-CYTOPATHOLOGIE ETR : PHARMACIE ETR : PHARMACIE REFERENCE : 20220926I01189 -E	37,60 125,92 73,30 27,62	25,00		1 1 1 1	25,00 125,92 73,30 27,62	100 65 100 100	25,00 81,85 73,30 27,62 207,77

Montant total payé en Euros

207,77

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 : 20220926I01189
Nom : ABDELLAOUI		Destinataire : MR OU MME BRICE ABDELLAOUI	
Prénom : HAMDOUNE		Mode : Virement SEPA	
		Compte : FR56 3000 2083 3400 0002 6827 D48	