

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0034677

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9458 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENCREIKH EL AHADI Mr Wahid
 Date de naissance : 26-08-1955
 Adresse : Résidence Elvau Ketur Rue Saeada
 Apt 14 11 étage
 Tél : 0661 13 11 24 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08-12-2022
 Nom et prénom du malade : ZOHRY Bouchra Age: 08-12-1965
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : CASABLANCA Le : 10/11/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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

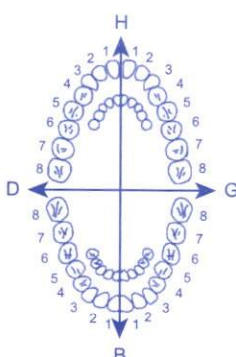
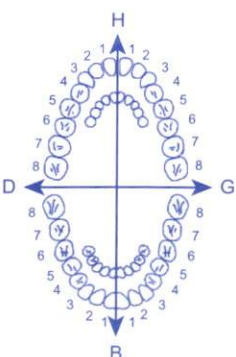
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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.

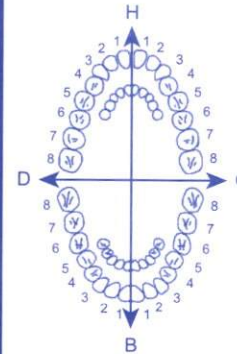
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 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 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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					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

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

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-------------------	---------------------	-------------

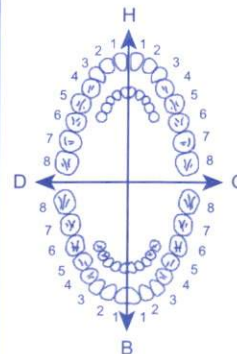


Coefficient des Travaux	
Montants des Soins	
Début d'exécution	
Fin d'exécution	

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

Coefficient des travaux	
Montants des soins	
Date du devis	
Date de l'exécution	



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats de examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les participants eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les PPV et les codes à barres concernant les médicaments achetés doivent être joints aux dossiers de remboursement.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مستفيد ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشتراة بملف التعويض.

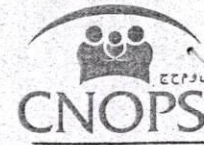
يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعااضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه الغش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
مرجع رقم 1.1.02.01 Réf ANAM

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

الاسم العائلي والشخصي : **Zohay Bouche**
رقم الانخراط : **013 84 65 85**
رقم التسجيل : **BK 14838**
رقم بطاقة التعريف الوطنية : **BK 14838**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له : **Conjoint** ☐ زوج ☐ ابن ☐ **Enfant**

العنوان : **Ag. du Bd Socrate**

مبلغ المصاريف (درهم) : **Montant des frais (Dhs) :**

عدد الوثائق المرفقة : **Nombre de pièces jointes :**

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : **M. M.**
تاريخ الزيداد : **11/11/11**
رقم بطاقة التعريف الوطنية : **111111111**
الجنس : **مذكر** ☐ **أنثى** ☒

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

* N° INP : **111111111** * الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins : **Admissio ALD*** ☐ **oui** ☐ **non**
قبول المرض المزمن : **N° dossier ALD*** **Code ALD***
رقم ملف المرض المزمن : **رقم المرض المزمن :**
تم تقديم الظرف المغلق : **Plu confidentiel remis*** ☐ **oui** ☐ **non**
تاريخ الاستشفاء : **Hospitalisation*** ☐ **استشفاء*** **Date d'hospitalisation :**

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
Fait à : **في** **Le :** **11/11/11**
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Signature de l'assuré (e)
Fait à : **في** **Le :** **11/11/11**
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Signature de l'assuré (e)

* INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعااضدية

M G E N

25 OCT. 2022

CASABLANCA

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

* اشطب الخانة

وصف العمليات المجراة

[illegible]

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الـثمن المفقوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
19/10/22	327,50	<p>Madame BARTOL FATIMA Pharmacien titulaire Rue Soussan Maadi Casablanca - Tél.: 0522 25 22 03</p> 
	INP : [] INPE: 0920C1262	
	INP : []	
	INP : []	

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
24/10/22	Lejos		511	1199 DZ	<p>LABORATOIRE HENRI LUCIA 156, Avenue Pasteur - B. Sultan - 01 Dr. SAÏF H. Fakh Tél: 05 22 22 41 02</p>
INP : 093000594					
INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []					
INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []					

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

Spécialiste en Hépatogastroentérologie

Diplômé de la faculté de médecine de Paris

Ancien attaché au CHU Bicha (Paris) et à l'hôpital de Poissy

Diplômé en endoscopie digestive et interventionnelle

Diplômé en échographie digestive

Diplômé en nutrition

Membre de la Société Française d'Hépatogastroentérologie



اختصاصي في أمراض الكبد والجهاز الهضمي والبواسير

مجاز بكلية الطب بباريس

ملحق سابق بمستشفيات باريس

مجاز الكشف بالمنظار

مجاز الكشف بالتلفزة

مجاز في وقاية وعلاج أمراض التغذية

عضو الجمعية الفرنسية للجهاز الهضمي والتهاب الكبد

Casablanca, le : 19/10/2022

MME ZOHRY BOUCHRA

- NFS Plq
- ALAT ASAT YGT
- TP TCA
- Ferritinémie
- Urée Créatinine
- Vit D2/D3 (25 Hydroxo-vit D)

DR. SAYED FORTS
Tél : 05 22 22 41 52

Dr. BENKIRANE MED JALIL
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE
13, BD. AIN TAOUJTATE - CASA

13, Bd Ain Taoujtate (en face clinique Badr) Rés Iliass Appt N°3, 2^{ème} Étage - Quartier Bourgogne

Casablanca - Anfa - Tél : 05 22 27 03 53

13 شارع عين ثوجطات مقابل مصحة بدر إقامة إلياس، شقة رقم 3 الطابق الثاني - حي بوركون

الدار البيضاء - أنفا - الهاتف 05 22 27 03 53

E-mail: faxcabinetbenkirane@gmail.com

Docteur M.J BENKIRANE

الدكتور محمد جليل بنكيران

Spécialiste en Hépatogastroentérologie

Diplômé de la faculté de médecine de Paris

Ancien attaché au CHU Bicha (Paris) et à L'hôpital de Poissy

Diplômé en endoscopie digestive et interventionnelle

Diplômé en échographie digestive

Diplômé en nutrition

Membre de la Société Française d'Hépatogastroentérologie

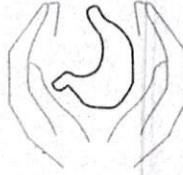
اختصاصي في أمراض الكبد والجهاز الهضمي والبنكرياس

مجاز بكلية الطب بباريس

ملحق سابق بمستشفيات باريس

مجاز الكشف بالمنظار

مجاز الكشف بالتلفزة



التهاب الكبد

Casablanca, le : 19/10/2022

MME ZOHRY BOUCHRA

129,50

• CurCol

1 Capsule, matin midi et soir, avant les repas pendant

• Fortrans

1 sachets par litre fois 4 à débiter la veille de la col

198,00

• Nociceptol

1 application, le soir, pendant 10 jours

327,50

Madame ZOHRY BOUCHRA
Pharmacie Achraf
Rue Socrate - Maarif
Casablanca - Tél : 05 22 25 22 03

Dr. BENKIRANE M
HEPATO GASTRO ENT
13, BD. AIN TAOUJATE



CurCol



REV. 2021/01/C
C161
2024-08
PUC: 198.0000H
LOT

13, Bd Ain Taoujtate (en face clinique Badr) Rés Iliass Appt N°3, 2^{ème} Étage - Quartier Bourgogne
Casablanca - Anfa - Tél : 05 22 27 03 53

13 شارع عين ثوجطات مقابل مصحة بدر إقامة إلياس، شقة رقم 3 الطابق الثاني - حي بوركون

الدار البيضاء - أنفا - الهاتف 05 22 27 03 53

E-mail: faxcabinetbenkirane@gmail.com

LABORATOIRE MERS SULTAN D'ANALYSES MEDICALES

Dr. Fahd SAYEH

N° 196; Mers sultan Appt 32 5ème étage Tel :05 22 22 41 52

Mail : labo.merssultan@gmail.com

Facture

N° facture 22-01752

Casablanca, le 24/10/2022

Date de prélèvement 24/10/2022

Mme ZOHRY Bouchra

CNOPS

Code Acte	Designation Acte	Cotation B
NFS	NUMERATION FORMULE SANGUINE AVEC PLAQUETTES	80
TP	Taux de prothrombine (Temp de quick , TP)	40
TCK	Temps de cephaline kaolin	40
UREE	Urée	30
CREA	Créatinine	30
GOT	Transaminase - SGOT	50
GPT	Transaminase - SGPT	50
GGT	GGT	50
VITD	25-OH Vitamine D (D2 + D3)	450
FERRI	Ferritinémie	250

Total B	1070
Total en dirhams	1199

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille cent quatre-vingt-dix-neuf dirhams***

LABORATOIRE MERS SULTAN
196, Avenue Hassan II, Casablanca
Dr. Fahd SAYEH
Tel : 05 22 22 41 52

MME ZOHRY BOUCHRA
RUE 9 IBNOU KATIR ETG 5 APT
14 MAARIF
CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

**Accusé de Réception**

N° de Dossier : 77000376 Date et heure : 24/10/2022 11:58
Nom et prénom Assuré : ZOHRY BOUCHRA
Immatriculation : 93816585 / 090305604
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: ZOHRY BOUCHRA / 01
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS
Lieu de réception : CASA SIEGE 90139
Valeur en Dirhams : 2 026,50
Code Etablissement :
Nom Etablissement :
Nombre de pièces : 3
Agent de réception : 9MGE160

Marked

MME ZOHRY BOUCHRA
RUE 9 IBNOU KATIR ETG 5 APT
14 MAARIF
CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000



Accusé de Réception



N° de Dossier : 77000376 Date et heure : 24/10/2022 11:58
Nom et prénom Assuré : ZOHRY BOUCHRA
Immatriculation : 93816585 / 090305604
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang : ZOHRY BOUCHRA / 01
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS
Lieu de réception : CASA SIEGE 90139
Valeur en Dirhams : 2 026,50
Code Etablissement :
Nom Etablissement :
Nombre de pièces : 3
Agent de réception : 9MGE160

MME ZOHRY BOUCHRA
RUE 9 IBNOU KATIR ETG 5 APT
14 MAARIF
CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000



Accusé de Réception



N° de Dossier :
Nom et prénom Assuré :
Immatriculation :

77000376
ZOHRY BOUCHRA

Date et heure : 24/10/2022 11:58

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:
Type de dossier :

93816585 / 090305604

/ 01

Lieu de réception :

FEUILLE DE SOINS

Valeur en Dirhams :

CASA SIEGE 90139

2 026,50

Nombre de pièces : 3

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE160

Nom Etablissement :



Adhérent : 090305604 Benef : 01 ZOHRY BOUCHRA

Date.Déc.: 25102022 Num décompte : [REDACTED] Décomptes adhérents

09 MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCA 602318 MUT GLE EDUCATION NLE SECT M

Nat.s: A Mod.p: V PS Dest.r: 090305604 ZOHRY BOUCHR

Soins.: 19102022 - 19102022 Arrivée: 24102022 Compos.: 77000376 Dss.: 31102022

Orig: SA09 Réf RO: N° 93816585 G.Rég. 02 Caisse 06 Centre 0000

Acte	Dépense	Multi.	Prix Uni.	Tro Trc	Remb. R.O.	Remb. R.C.	Majo
R409	500,00	1,00	200,00	80	90	160,00	20,00
PHN	327,50	1,00	327,50				
B	1199,00	1070,00	1,10	80	100	941,60	235,40

Royaume du Maroc



Part complémentaire réglée le : 25.10.22

Fin

..Totaux.. ..Remb.RO... Remb.RC... Net.dest. ...Tiers...

Nb.l.: 3 1101,60 255,40 1357,00

Paie. et édit. dest.: 31102022 31102022

F10=M/trq

F12=Aband.

F17=Paie

F24=Autres



Adhérent : 090305604 Benef : 01 ZOHRY BOUCHRA

Date.Déc.: 25102022 Num décompte : [REDACTED] Décomptes adhérents

09 MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCA 602318 MUT GLE EDUCATION NLE SECT M

Nat.s: A Mod.p: V PS Dest.r: 090305604 ZOHRY BOUCHR

Soins.: 19102022 - 19102022 Arrivée: 24102022 Compos.: 77000376 Dss.: 31102022

Orig: SA09 Réf RO: N° 93816585 G.Rég. 02 Caisse 06 Centre 0000

Acte Dépense Multi. Prix Uni. Tro Trc Remb. R.O. Remb. R.C. Majo

Royaume du Maroc

R409 500,00 1,00 200,00 80 90 160,00 20,00

PHN 327,50 1,00 327,50



B 1199,00 1070,00 1,10 80 100 941,60 235,40

Part complémentaire réglée le : 25.10.22

Fin

..Totaux.. ..Remb.RO.. ..Remb.RC.. ..Net.dest.Tiers....

Nb.l.: 3 1101,60 255,40 1357,00

Paie. et édit. dest. : 31102022 31102022

F10=M/trq

F12=Aband.

F17=Paie

F24=Autres



Adhérent : 090305604 Benef : 01 ZOHRY BOUCHRA

Date.Déc.: 25102022 Num décompte : [REDACTED] Décomptes adhérents

09 MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCA 602318 MUT GLE EDUCATION NLE SECT M

Nat.s: A Mod.p: V PS Dest.r: 090305604 ZOHRY BOUCHR

Soins.: 19102022 - 19102022 Arrivée: 24102022 Compos.: 77000376 Dss.: 31102022

Orig: SA09 Réf RO: N° 93816585 G.Rég. 02 Caisse 06 Centre 0000

Acte	Dépense	Multi.	Prix Uni.	Tro	Tro	Remb. R.O.	Remb. R.C.	Majo
R409	500,00	1,00	200,00	80	90	160,00	20,00	
PHN	327,50	1,00	327,50					
B	1199,00	1070,00	1,10	80	100	941,60	235,40	

Part complémentaire réglée le : 25.10.22

Fin

..Totaux.. ..Remb.RO.. ..Remb.RC.. ..Net.dest. ...Tiers...

Nb.l.: 3 1101,60 255,40 1357,00

Paie. et édit. dest. : 31102022 31102022

F10=M/trq

F12=Aband.

F17=Paie

F24=Autres

d'embarquement