

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.

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

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3264 Société : 203517
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHRAIBI FAICAL
 Date de naissance : 06/06/1985
 Adresse : Volunt Atlas Tamou
Rue 6 N° 57 out
 Tél. 0666198568 Total des frais engagés : 300+501+1000+5000=1301,00 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/06/2021
 Nom et prénom du malade : Chraibi Faical Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : visite réf. mèl
 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) :

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
06/04/24			300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

22/4/24

501.6004

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

PM

Montant détaillé des Honoraires

17/04/24

20/04/24

12/04/24

20/24

champs visuel

4

500m

1000m

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

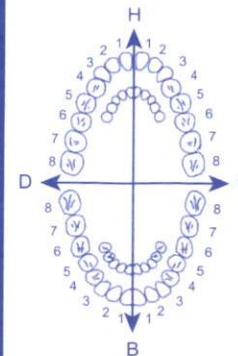
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

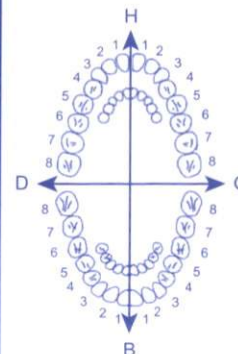
FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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'EXECUTION



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

22/04/24.

Elhraïbi Fayçal

167.20 x 3

① Thonoprost (S.V)

1 goutte / 1 le soir
à 20h

2 501.60

(006)

(03 mois)

صيدلية صوفيا
Pharmacie SOPHIA

Mme. Benbrahim p. Slomus
214, Bd. Ibnou Sina - CASA
Tél : 022 66 01 24

Dr. BAHTI SOUKAÏNA
Ophtalmologiste
Inp: 090063728

Monoprost®

50 microgrammes/ml

collyre en solution en récipient unidose

Latanoprost

30 x 0,2 ml

مونوبروست®

50 ميكروغرام/ملل

محلول قطرات للعين في وعاء أحادي الجرعة

لتانوبروست

30 x 0,2 ملل

26106502

Lot / Fab / EXP :

2715

09 2023

09 2025

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose

PPV 167.20 DH

Distribué par les laboratoires SOTHEMA
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc



6 118001 072583

Monoprost®

50 microgrammes/ml

collyre en solution en récipient unidose

Latanoprost

30 x 0,2 ml

مونوبروست®

50 ميكروغرام/ملل

محلول قطرات للعين في وعاء أحادي الجرعة

لتانوبروست

30 x 0,2 ملل

26106502

Lot / Fab / EXP :

2715

09 2023

09 2025

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose

PPV 167.20 DH

Distribué par les laboratoires SOTHEMA
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc



6 118001 072583

Monoprost®

50 microgrammes/ml

collyre en solution en récipient unidose

Latanoprost

30 x 0,2 ml

مونوبروست®

50 ميكروغرام/ملل

محلول قطرات للعين في وعاء أحادي الجرعة

لتانوبروست

30 x 0,2 ملل

26106502

Lot / Fab / EXP :

2715

09 2023

09 2025

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose

PPV 167.20 DH

Distribué par les laboratoires SOTHEMA
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc



6 118001 072583

3D Disc Report OU w/ Topography

ID : 15874

Name : FAICAL CHRAIBI

3D OCT-2000(Ver.8.11)

Print Date : 22/04/2024

TOPCON

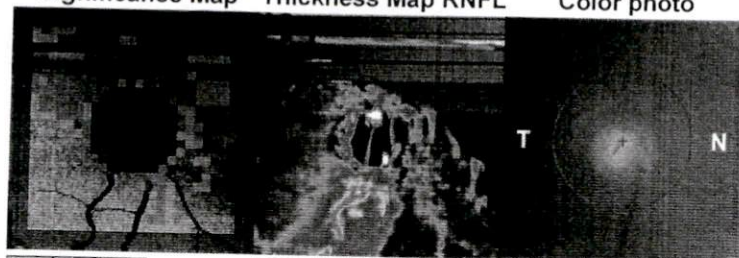
Ethnicity :
Gender : Male
DOB : 01/01/1949 Age : 75

Technician :
Fixation : OD(R) Disc / OS(L) Disc
Scan : 3D(6,0 x 6,0mm - 512 x 128)

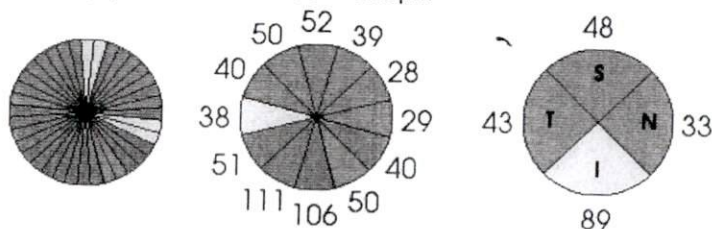
OD(R)

Image Quality : 15 mode : Basic(1.1.0)
Capture Date : 12/04/2024

Significance Map Thickness Map RNFL Color photo



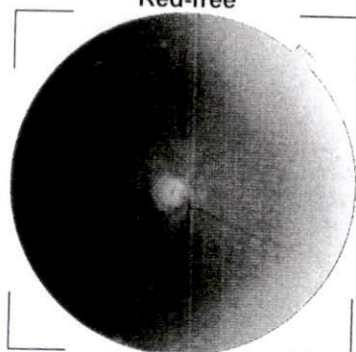
1 5 (%) 0 100 200µm



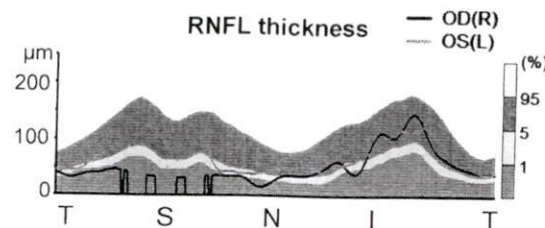
RNFL Circular Tomogram



Red-free



Horizontal Tomogram



RNFL Symmetry 39%

Average thickness RNFL(µm)

54	Total Thickness	70
48	Superior	92
89	Inferior	89

Disc Topography

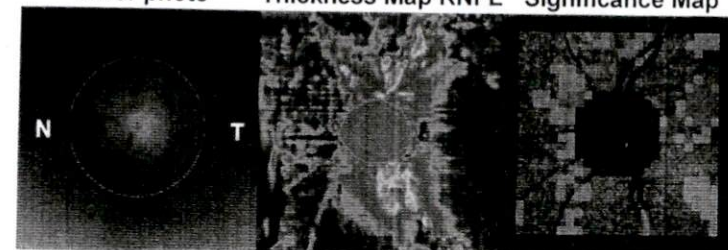
Disc Area	(mm ²)	2,19
Cup Area	(mm ²)	1,21
Rim Area	(mm ²)	0,98
C/D Area Ratio		0,55
Linear CDR		0,74
Vertical CDR		0,77
Cup Volume	(mm ³)	0,37
Rim Volume	(mm ³)	0,16
Horizontal D.D	(mm)	1,81
Vertical D.D	(mm)	1,58

Disc margin — Cup margin —

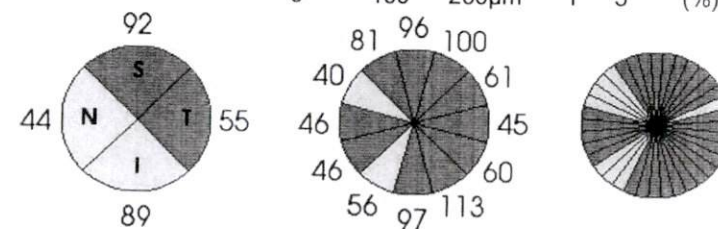
mode : Basic(1.1.0) Image Quality : 19
Capture Date : 12/04/2024

OS(L)

Color photo Thickness Map RNFL Significance Map



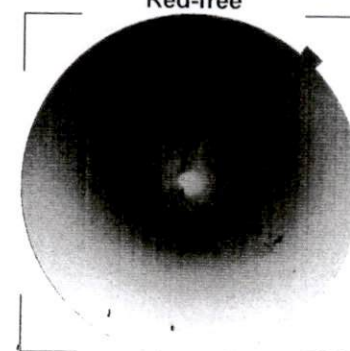
0 100 200µm 1 5 (%)



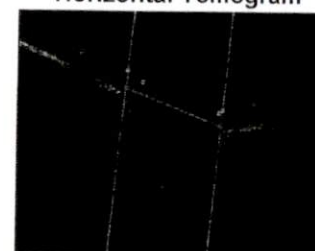
RNFL Circular Tomogram



Red-free



Horizontal Tomogram



Disc parameters are determined at the reference plane height of (OD(R):120/OS(L):120) µm from the RPE plane in this version.

Signature :

Date :

Comments :

HOPITAL CHEIKH KHAIIEA

OPHTHOLOGISTE

CASABLANCA

Glaucoma Analysis - Macula

ID : 15874

Name : FAICAL CHRAIBI

OS(L)

Image Quality : **23** mode : Basic(1.1.0)
Capture Date : 12/04/2024

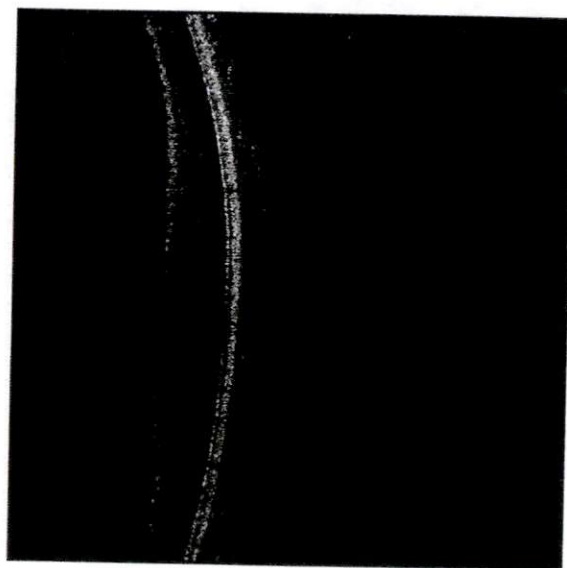
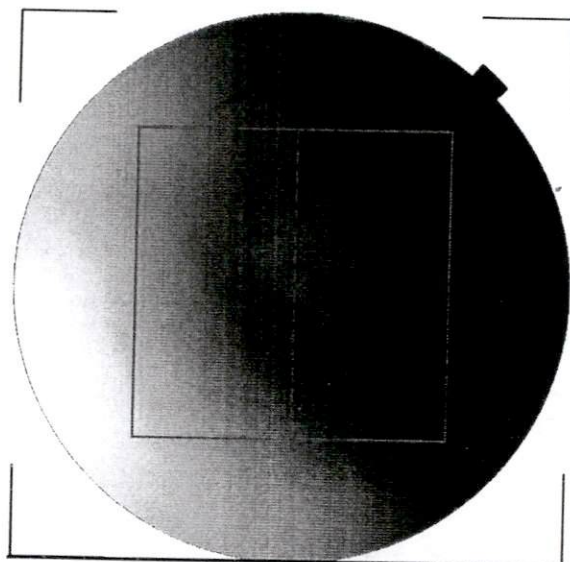
3D OCT-2000(Ver.8.11)

Print Date : 22/04/2024

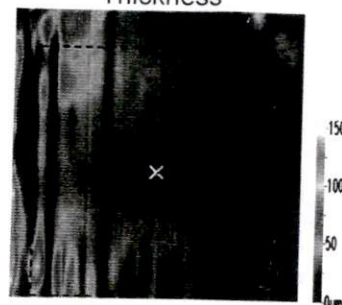
TOPCON

Ethnicity :
Gender : Male
DOB : 01/01/1949 Age : 75

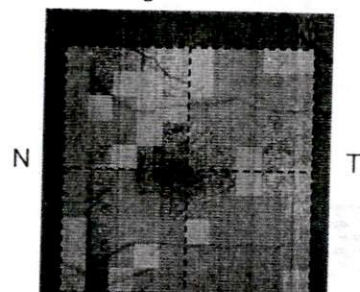
Technician :
Fixation : OS(L) Macula
Scan : 3D(V)(NaN x NaNmm - 512 x 128)



RNFL
Thickness



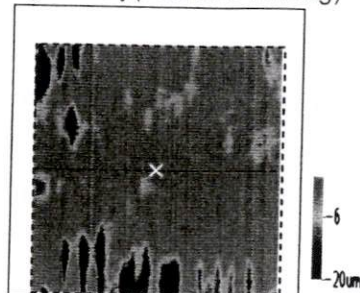
Significance



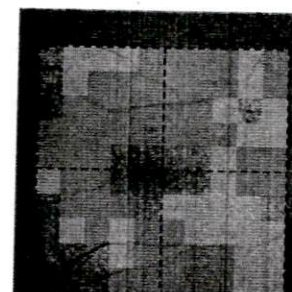
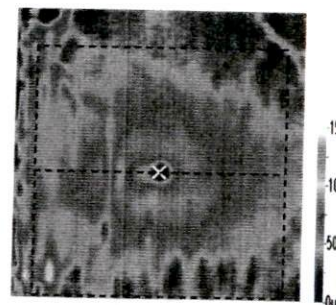
Average(6mm x 6mm)

Superior	26 um
Inferior	25 um
Total	25 um

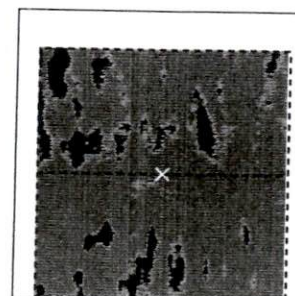
Asymmetry(Relative Thinning)



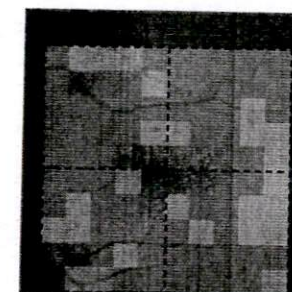
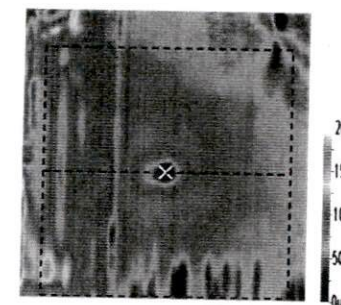
GCL+



Superior	55 um
Inferior	57 um
Total	56 um



GCL++



Superior	81 um
Inferior	82 um
Total	81 um



Comments :

HOPITAL CHEIKH KHALIFA

OPHTHOLOGISTE

Signature :

Date :

CASABLANCA

Programme : Glaucoma threshold

Stimulus : III, blanc

Pupille : ---

Date d'examen : 15/04/2024

Aire : 24-2

Ambiance : 10 cd/m² (31.8 asb)

Durée présentation : 0.2 sec Tps rest. : 14:12:19

Stratégie : Seuil rapide

Correction : Non

Vitesse :

AdaptatAge : 75

Test fix. : Centrale

0 dB: 3180 cd/m² (simulated)

Scot. ab.: 14

Pertes fix. : 2/10 (80% correct)

Scot. rel.: 25

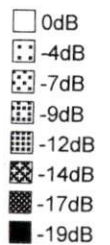
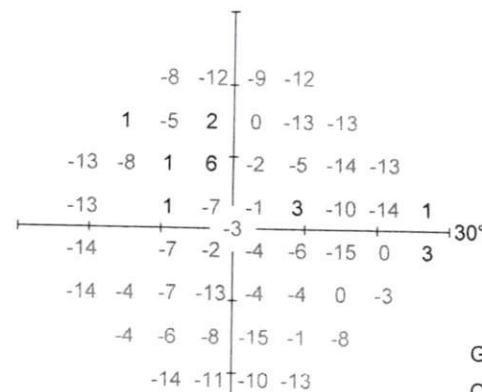
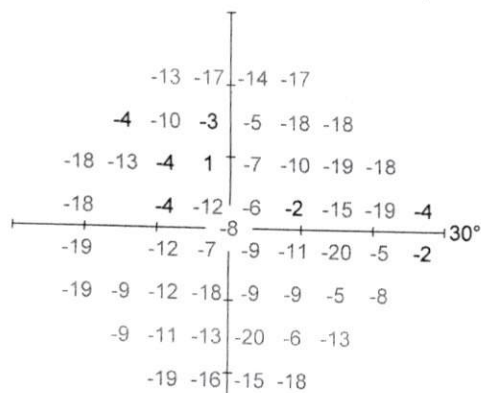
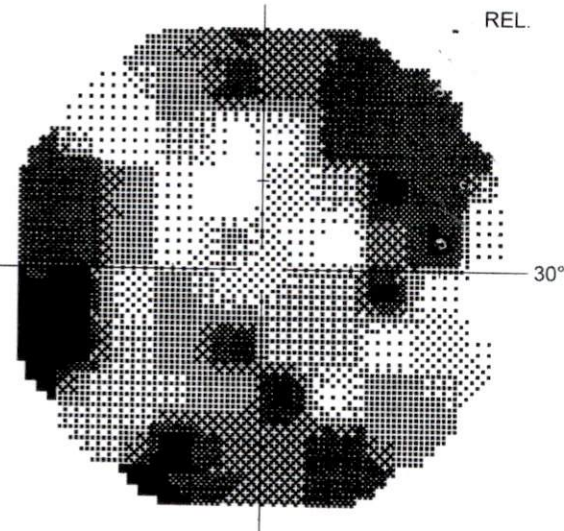
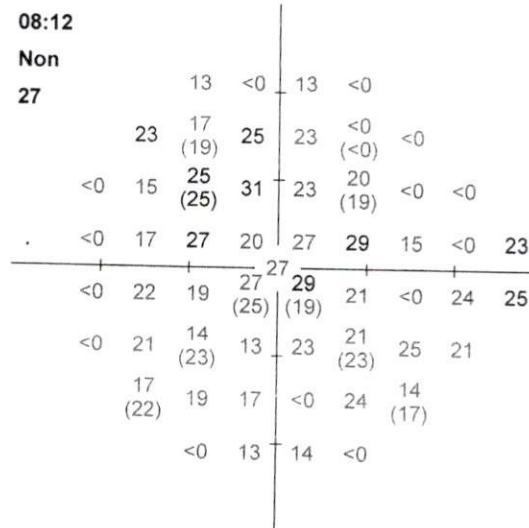
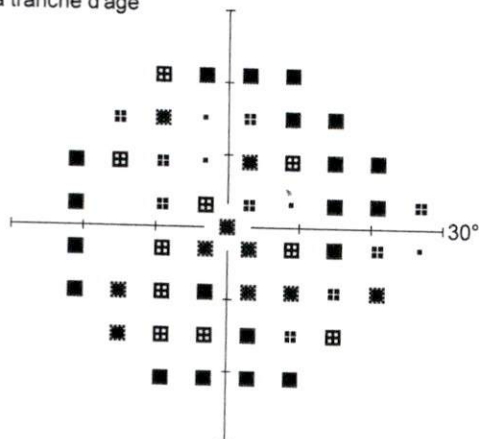
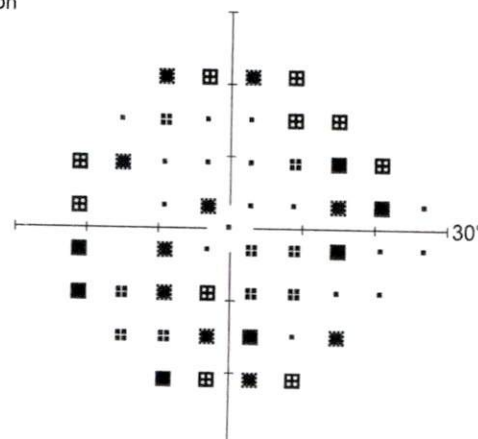
Faux positifs : 0/9 (100% correct)

Points présentés : 271

Durée : 08:12

Ré-examiner: Non

FOV : 27

Déviation par rapport
à la tranche d'âgeCorrigé
déviationGlaucoma Asymmetric Test ((
Outside normal limits

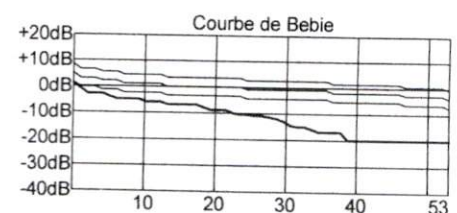
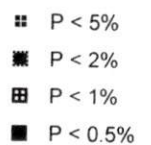
MS: 17.94 (29.47)

MD: 11.53

RF: 0.9

LV: 33.93

SF: 3.38



Casablanca, le lundi 22 avril 2024

Compte rendu OCT papillaire

Identification du Patient	Information sur le Séjour
Nom : CHRAIBI	Médecin traitant :
Prénom : FAICAL	Service d'hospitalisation : Ophtalmologie
Age : 75 ans	IPP du patient : 151008151631GH
Sexe : Masculin	NDA séjour : 2400863249

- **Contexte :**

- Suspicion de glaucome

- **OCT du nerf optique :**

- Appareil : 3D OCT-2000 (Ver.8.11) de Topcon®

- **Qualité :**

- Signal et imagerie de qualité correcte (indice de qualité 15OD et 19OG)

- - OD : Epaisseur de la couche des fibres optiques anormales dans les 4 quadrants supérieur, temporal et inférieure et en nasale en comparaison avec les données de la base normative.

- - OG : Epaisseur de la couche des fibres optiques anormales dans les 2 quadrants inférieure et nasale en comparaison avec les données de la base normative.

- - Epaisseur moyenne OD : **54 µm** / Epaisseur moyenne OG **70 µm**

- **Analyse de la couche des cellules ganglionnaires :**

- Signal et imagerie de qualité correcte (indice de qualité 15OD et 23OG)

- - OD : Epaisseur dans la limite de la normale de la couche des cellules ganglionnaires, des deux hémirétines supérieure et inférieure dans la région maculaire

- - OG : Epaisseur anormale de la couche des cellules ganglionnaires, des deux hémirétines supérieure et inférieure dans la région maculaire

- - Epaisseur moyenne du OG **CCG 140µm** / OD **CCG 81µm**

Hôpital Universitaire
 International Cheikh Khalifa
ELHASSOUNI CHAÏMAE
 ORTHOPHTE

Dr. BAHTI SOUKAÏNA
 Ophtalmologiste
 Tél : 090063728

Casablanca, le lundi 15 avril 2024

Compte rendu du champ visuel

Ci-joint le compte rendu du champ visuel test central, seuil fovéolaire 24-2, fait à CHRAIBI FAICAL âgé de 75 ans.

Œil droit

L'examen est fiable avec des pertes de fixation 2/10(80% correct) et sans faux positifs 0/9 (100% correct)

Le seuil fovéal est abaissé à 27 dB. Présence de plusieurs déficits relatifs au niveau des 4 quadrants ainsi que des scotomes absolus objectivés par le schéma de déviation par rapport à la tranche d'âge et ainsi que l'indice de déviation moyenne (MD= 11.53dB) (LV=33.93 dB).

Œil gauche

L'examen est fiable avec des pertes de fixation 5/15(67% correct) et quelques faux positifs 1/13 (92% correct)

Le seuil fovéal est abaissé à 27 dB. Présence de plusieurs déficits relatifs au niveau des 4 quadrants ainsi que des scotomes absolus au champ supérieur objectivés par le schéma de déviation par rapport à la tranche d'âge et ainsi que l'indice de déviation moyenne (MD= 8.87dB) (LV=30.16 dB).

Conclusion

Le champ visuel 24-2 ODG diffuse une atteinte modérée à sévère.

A confronter aux données cliniques et fonctionnelles.

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaï
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fckm.hck.ma
N°INP 090061

HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
ELHASSOUN CHAIMAE
ORTHOPTESTE



مركز التحريات

15/04/24 13:11:15

9900397911

93979101

HOP CHEIKH KHALIFA G5
Casablanca

A0000000031010

APP : VISA

CHRAIBI/FAICAL.MR

xxxxxxxxxxxx6199

04/26 CARTE NATIONALE

B59CFCF936D81273

220-0-9999-1-44

MONTANT: 500,00 MAD

NUM TRANSACTION : 007

NUM AUTORISATION: 017385

STAN : 000643

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N°: 240415111840SO / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400863249	CHRAIBI FAICAL	15/04/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	000643	500,00
	Total payé	500,00

Reçu établi par : SOF.OUB

Upisat
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 00 4 77
E-mail: contact@hkh.ma
www.hkh.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

Date : 15/04/2024
Numéro : 57 911



090061862

Nom patient : CHRAIBI FAICAL

Médecin : DR. BAHTI SOUKAINA
Ophthalmologie

2400863249

PAYANTS

	Montant
EXAMEN DU CHAMP VISUEL AUTOMATISE	500,00

Total 500,00


Arrêtée la présente à la somme de :
CINQ CENTS DIRHAMS

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 22 89 28 54
E-mail: contact@hckm
N° INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Date 15/04/2024

BILLET D'ADMISSION

N° admission	 2400863249	395
Nom patient	CHRAIBI FAICAL	
Médecin	DR. BAHTI SOUKAINA <i>Ophthalmologie</i>	
	Prestations EXAMEN DU CHAMP VISUEL AUTOMATISE	
Encaissement	500,00 PAYANT	Visa accueil SOF.OUB 11:18

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel : 05 29 03 5415
Fax : 05 29 03 5415
E-mail : contact@hckz.com
N° INP 0900



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 06/04/24

Dr Chraïbi Faïçal

O CT papillaire

+


CU automatisé
24-2

Dr. BAHTI SOUKKALIM
Ophtalmologiste
tél: 090083728

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Date 12/04/2024

BILLET D'ADMISSION

N° admission	 2400862203	61
Nom patient	CHRAIBI FAICAL	
Médecin	DR. AIT ELHAJ JIHANE <i>Ophtalmologie</i>	
	Prestations OCT MACULAIRE	
Encaissement	0,00 PAYANT	Visa accueil BAS.LAZ 09:29

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel. 05 29 01 57 45
Fax. 05 29 01 57 45
E-mail: compta@hkhz.ma
N° NP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 56 946 / 2024 du 12/04/2024

Nom patient : CHRAIBI FAICAL

Entrée 12/04/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 12/04/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
OCT MACULAIRE	1,00		1 000,00	1 000,00
			Sous-Total	1 000,00
Total Frais Clinique				1 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DIRHAMS

Total 1 000,00


Encaissements					Total encaissé	Solde
						1 000,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
Email: rcm@hckm.hck.ma
N°INP 091061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Date 12/04/2024

BILLET D'ADMISSION

N° admission	 2400862203
Nom patient	CHRAIBI FAICAL
Médecin	AIT ELHAJ JIHANE
Motif	OCT MACULAIRE
Encaissement	1 000,00

Visa accueil

BAS LAZ 09:29

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 56 946 / 2024 du 12/04/2024

Nom patient : CHRAIBI FAICAL

Entrée 12/04/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 12/04/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
OCT MACULAIRE	1,00		1 000,00	1 000,00
			Sous-Total	1 000,00
Total Frais Clinique				1 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DIRHAMS

Total 1 000,00

Encaissements		Carte Bq	Total encaissé	Solde
		1 000,00	1 000,00	0,00



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

06/04/2024


M. Chraïbi Fakel
présente une acuité
visuelle corrigée à
6/10^{ème}

Dr. BAHTI SOUKKAINA
Ophtalmologiste
Tél : 0900657128

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Date 06/04/2024

BILLET D'ADMISSION

N° admission	 2400860544	55
Nom patient	CHRAIBI FAICAL	
Médecin	DR. BAHTI SOUKAINA <i>Ophtalmologie</i>	
	Prestations CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE	
Encaissement	300,00 PAYANT	Visa accueil ZOH.SAL 10:42

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 00 33 45
Fax: 05 29 00 33 45
E-mail: contact@ckm.hck.ma
N° NP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N°: 240406104252ZO / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400860544	CHRAIBI FAICAL	06/04/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	0581 Lui-même	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par : ZOILSAL

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 63 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: contact@icck.hck.ma
N°INP 090061852

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

Date : 06/04/2024

Numéro : 55 264



090061862

Nom patient : CHRAIBI FAICAL

Médecin : DR. BAHTI SOUKAINA
Ophtalmologie

2400860544

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE	300,00

Total	300,00
Arrêtée la présente à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS	

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@hckm.hckm.ma
N° INP 090061862



Compagnie Marocaine de Imprimerie

11-39-56

06/04/24

390039211

9392101

HOF CHEIKH KHALIFA C2

Casablanca

00000000000000000000

APR : VISA

CHRAIBI FAICAL MR

XXXXXXXXXXXX6199

04/26 CARTE NATIONALE

662626ABF08B251

250-0-999-1-44

300,00 MAD

MONTANT :

NUM TRANSACTION : 003

NUM AUTORISATION : 014901

000581

STAN

DEBIT



مركز الدفعات

06/04/24 11:39:56
9900397911
93979101
HOP CHEIKH KHALIFA G5
Casablanca

A0000000031010
APP : VISA
CHRAIBI/FAICAL.MR
xxxxxxxxxxxxx6199
04/26 CARTE NATIONALE
A62962A48F08B291
220-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 003
NUM AUTORISATION: 014901
STAN : 000581

DEBIT



مركز النقدية

12/04/24 10:29:31
9900397911
93979101
HOP CHEIKH KHALIFA G5
Casablanca

A00000000031010
APP : VISA
CHRAIBI/FAICAL.MR
xxxxxxxxxxxxx6199
04/26 CARTE NATIONALE
0A72E228198B9FB1
220-0-9999-1-44

MONTANT: 1000,00 MAD

NUM TRANSACTION : 002
NUM AUTORISATION: 016535
STAN : 000620

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT