

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 061192

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4927 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ARFII SAID

Date de naissance : 12-11-1962

Adresse : 595 Bd EL QUOAS, OULED TALEB, ANASSER

CASTELANCA, ALGER

Tél. : 0661667894 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/04/2021

Nom et prénom du malade : MONSIEUR BAHIA Age : 54

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Thrombocythémie essentielle

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 : ALGER Le : 20/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :



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
20/04/2021	CS		300	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie des Miroirs</b>	6 MA 2021	689,96
303 Allée du Dragon		
91000 EVRY		
Tél. : 01 60 77 50 34		
91 2 01333 1		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02.06.21	B. 80 + m	132 pl

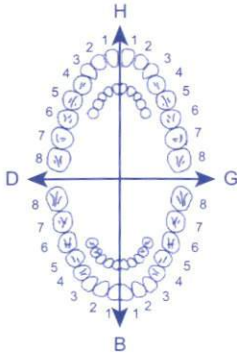
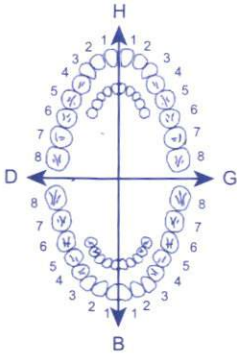
[illegible]

## 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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>																																							
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>																																							
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>																																							
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>																																							
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>																																							
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <b>H</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <b>G</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 5px;"> <b>B</b> </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 5px;"> <b>[Création, remont, adjonction]</b>                      Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                 </td> </tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				<b>H</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div>		<b>G</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div>		<b>B</b>				<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																														
	<b>H</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div>		<b>G</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div>																																								
	<b>B</b>																																										
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# مركز أمراض الدم و الأنكولوجيا Centre d'Hématologie & Oncologie

**Dr. Saadia ZAFAD**

Professeur Agrégée

Hématologie Clinique

Adultes-Enfants

Oncologie pédiatrique

Grefe de Moelle

الدكتورة السعدية زفاض

أستاذة مبرزة

أمراض الدم

البالغين و الأطفال

سرطان الطفل

زراعة النخاع

Casablanca, Le : 21/06/2020

Nom / Prénom : MONSIEUR BAHDA

Age : .....

Renseignements clinique : .....

☒ NFS + plaquettes

☐ Réticulocytes

☐ Urée

☐ Créatinine

☐ ASAT / ALAT

☐ GGT

☐ Phosphatases Alcalines

☐ Bilirubine

☐ VS

☐ CRP

☐ Ferritine

☐ Glycémie à jeun

☐ Fibrinogène

☐ TP

☐ TCK

☐ D-Dimères

☐ Autres.....

☐ Myélogramme

☐ Natrémie

☐ Kaliémie

☐ Calcémie

☐ Acide urique

☐ Sérologie HBS

☐ Sérologie HCV

☐ Sérologie HIV

☐ LDH

☐ B2microglobuline

☐ Electrophorèse des protides

☐ Protéinurie des 24h

☐ Electrophorèse de l'hémoglobine

LABORATOIRE D'ANALYSES  
MEDICALES MANABOHA  
23, Bd Al Qods 20460  
Tél : 05 22 52 85 00  
Fax : 05 22 21 92 41

Dr. Saadia ZAFAD  
Hématologie & Oncologie  
Clinique Al Madina





PHARMACIE DES MIROIRS  
MR FATHALLA  
303 Square de dragon  
91000 EVRY

Identifiant : 91 2 01333 1

Tél. : 0160775034

MONSEEF Bahia  
00000 CASABLANCA

**Justificatif de vente n° 89871 du 06 mai 2021**

Code	Désignation	% TVA	Px Unit. TTC €	Qté	Montant TTC €
3400930130001	ANAGRELIDE 0,5MG BIOGARAN GELU 100	2,10	170,45	4	681,80
	HONORAIRE DE DISPENSATION	2,10	1,02	4	4,08
HDR	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	2,10	0,51	1	0,51
HDE	HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE	2,10	3,57	1	3,57

**Pharmacie des Miroirs**  
303 Allée du Dragon  
91000 EVRY  
Tél. : 01 60 77 50 34  
91 2 01333 1

Taux %	Net HT €	TVA €	TTC €
2,10	675,78	14,18	689,96
Total	675,78	14,18	689,96

Part Principale €		Part Assuré €	689,96
Part Complémentaire €			

**Net à payer** **689,96** euros



مختبر منظرونا للتحاليل الطبية  
LABORATOIRE MANDARONA  
D'ANALYSES MEDICALES

Dr Yahya BENGHALEM

Pharmacien Biologiste  
Lauréat de la faculté de Pharmacie de  
Montpellier

Dr Abderrahmane BOUMZERRA

Pharmacien Biologiste  
Diplômé des facultés de Médecine et de Pharmacie de  
Toulouse et Montpellier

Biochimie - Hématologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Toxicologie

Casablanca le 1 juin 2021

Madame MONSSEF BAHIA

FACTURE N°	145395		
Analyses :			
Numération formule sanguine -----	B	80	Total : B 80
Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER			132,20 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
Cent Trente Deux Dirhams et Vingt Centimes

LABORATOIRE ANALYSES  
MEDICALES MANDARONA  
679, Bd Al Qods 20460 - Casablanca  
Tél. : 05 22 52 83 88  
Fax : 05 22 21 92 41



Dr Yahya BENGHALEM

Pharmacien Biologiste

Lauréat de la faculté de Pharmacie de  
Montpellier

Dr Abderrahmane BOUMZERRA

Pharmacien Biologiste

Diplômé des facultés de Médecine et de Pharmacie de  
Toulouse et Montpellier

Biochimie - Hématologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Toxicologie

Dossier ouvert le : 01/06/21

Prélèvement effectué à 09:51

Edition du : 29/06/21

Madame MONSSEF BAHIA

Docteur SAADIA ZAFAD

Réf. : 21F53

Compte Rendu d'Analyses

**HEMATOLOGIE**

**NUMERATION FORMULE SANGUINE**

(SYSMEX XS-1000i)

Normales

(Femme Adulte)

**GLOBULES ROUGES**

Hématies -----:	3,70	*	M/mm <sup>3</sup>	4,2 - 5,2
Hémoglobine -----:	9,4	*	g/100 ml	12 - 16
Hématocrite -----:	29	*	%	35 - 45
- V.G.M. -----:	78	*	μ <sup>3</sup>	85 - 95
- T.C.M.H. -----:	25	*	pg	28 - 32
- C.C.M.H. -----:	32		g/100 ml	30 - 35

**GLOBULES BLANCS**

Numération des leucocytes -----:	12 870	*	/mm <sup>3</sup>	4000 - 10000
Formule leucocytaire				
Polynucléaires Neutrophiles -----:	72,5	*	%	50 - 70
Soit :	9 331		/mm <sup>3</sup>	2000 - 7500
Polynucléaires Eosinophiles -----:	1,2		%	1 - 3
Soit :	154		/mm <sup>3</sup>	40 - 300
Polynucléaires Basophiles -----:	0,1		%	< 1
Soit :	13		/mm <sup>3</sup>	< 100
Lymphocytes -----:	17,9	*	%	20 - 40
Soit :	2 304		/mm <sup>3</sup>	1500 - 4000
Monocytes -----:	8,3		%	1 - 14
Soit :	1 068		/mm <sup>3</sup>	40 - 1000

**PLAQUETTES**

Résultat -----:	509 000	*	/mm <sup>3</sup>	150000 - 400000
-----------------	---------	---	------------------	-----------------

679, Bd El Qods 20460 Ain Chock - Casablanca - Tél. : 0522 52 83 88 / 0522 87 22 82

Fax : 0522 21 92 41 - E-mail : labo\_mandarona@yahoo.fr

CNSS : 8521090 - IF : 40213596 - Patente : 37980291 - ICE : 001634915000055 - IPN : 093060663

BMCE AL QODS : 0117940000 3121000 0144347

LABORATOIRE MANDARONA  
MEDICAL ES MANARONA  
679, Bd El Qods 20460 Ain Chock  
Tél. : 05 22 52 83 88  
Fax : 05 22 21 92 41





N° 11389\*05

joindre la prescription  
à l'ordonnance

Ordonnance

feuille de soins  
pharmacien ou fournisseurArt. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale  
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

1 4 5 2 3 5  
0 6 0 5 2 0 2 1  
date

## PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom

MONSEEF

Bahia

(25157)

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

code de l'organisme de rattachement  
en cas de dispense d'avance des frais  
(à remplir par le pharmacien ou  
le fournisseur)

Vd:1

## ADRESSE de L'ASSURE(E)

00000

CASABLANCA

## IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

## IDENTIFICATION de la STRUCTURE

MR FATHALLA

PHARMACIE DES MIROIRS

303 Square de dragon

91000 EVRY

91 2 01333 1

Tel: 0160775034

## PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

## IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

ZAFAD SAADIA

identifiant

raison sociale

n° de la structure  
(AM, FINESS ou SIRET)

## CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

0 6 0 5 2 0 2 1

date de l'accord préalable (le cas échéant)

MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

oui

date

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1  
(cf. la notice au verso : § précédé de "§"  
et les recommandations importantes)

AT/MP

numéro

ou

date

## PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

Code	Code	Top	Base					Nb	Mode	Indic.	Date	Date
tarif	détailée	Labo	Decond.	Qte	Rembt	Mt factu.	Libelle	Btes	Presc.	Substi.	Deb loc	Fin loc
Acte	Cip/Ipp											
FH1	34009 3013000 1			4	170,45	681,80	ANAGRELIDE 0,5MG BIOGA					
HD1				4	1,02	4,08	Honoraire de dispensat					
HDR				1	0,51	0,51	HONORAIRE MEDICAMENT R					
HDE				1	3,57	3,57	HONORAIRE MEDICAMENT S					

imprimer les codes à barres  
ou coller les étiquettes de la liste  
des produits et prestations  
dans l'ordre de la prescription

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL  
en euros

6 8 9 9 6

Part ASS.: 689,96

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien  
ou du fournisseur

MR FATHALLA

signature de  
l'assuré(e)impossibilité  
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.



## quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

**Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.**

La première information à donner concerne **la personne recevant les soins et l'assuré(e)** :

**Si vous ne payez pas votre pharmacien ou votre fournisseur**, celui-ci remplira l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne.

**Si vous payez votre pharmacien ou votre fournisseur**, celui-ci indiquera uniquement vos nom et prénom, dans la zone prévue, selon vos indications ou au vu des informations portées dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres zones seront remplies par vous même (*le code de l'organisme de rattachement n'est pas à préciser*).

- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous êtes **assuré(e) social(e)**, inscrivez seulement :
  - votre **numéro d'immatriculation** (en vous aidant de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne).
- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous n'êtes pas **assuré(e) social(e)**, indiquez :
  - votre **numéro d'immatriculation**,  
**ou** (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
    - votre **date de naissance**,
    - le **nom** et le **prénom** de l'**assuré(e)** auquel (à laquelle) vous êtes rattaché(e) et son **numéro d'immatriculation**,
- **complétez enfin cette rubrique en indiquant l'adresse de l'assuré(e).**

**Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à compléter par votre pharmacien ou votre fournisseur, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.**

- \* Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident causé par un tiers, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à l'accident auprès de l'assureur concerné.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident du travail, dont vous avez été victime, ou avec une maladie professionnelle, présentez-lui la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

### Recommandations importantes :

Le double de votre prescription médicale doit être joint à l'envoi de votre feuille de soins (sauf en cas de renouvellement, ou s'il a été joint à la demande d'accord préalable).

**Prévenez votre organisme d'assurance maladie en cas de changement intervenant dans votre situation**, par exemple :

- **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : adressez-lui le relevé d'identité correspondant.
- **changement d'organisme** d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations, **n'oubliez pas** également d'indiquer votre nouvelle adresse sur la feuille de soins.

\* **Si le pharmacien ou le fournisseur a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).**

**N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.**



**Dr. Saadia ZAFAD**

Professeur Agrégée  
Hématologie Clinique  
Adultes-Enfants  
Oncologie pédiatrique  
Grefe de Moelle

الدكتورة السعدية زفاض

أستاذة مبرزة  
أمراض الدم  
البالغين و الأطفال  
سرطان الطفل  
زراعة النخاع

Casablanca, Le : .....

20 avril 2021

**Mme MONSSEF Bahia**

**ANAGRELIDE 0,5 MG**

4 boites

**Dr. Saâdia ZAFAD**  
Professeur Agrégée  
Hématologie - Oncologie  
CLINIQUE AL MADIN  
Tél: 05 22 77 77 40 à 4  
Gsm: 06 62 54 23 07

PHARMACIE DES MIROIRS  
MR FATHALLA  
91 2 01333 1  
303 Square de dragon  
91000 EVRY  
Tel: 0160775034  
Ordonnance: 06/05/21  
Delivrance: 06/05/21  
Vendeur: 1

Facture no : 145235  
Malade : MONSEEF  
25157 Bahia  
  
00000 CASABLANCA  
  
Medecin: ZAFAD SAADIA

Qte	P. unit	Cip	Designation	Base	Hon.	taux	Ordo
4	170,45	3400930130001	ANAGRELIDE 0,5MG BIOGARAN GELU 1	170,45	1,02	100%	000326387
			HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE		0,51	70%	
			HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE		3,57	70%	

TOTAL GENERAL: 689,96 TOTAL ASSURE: 689,96  
TOTAL R.O.: 0,00  
TOTAL R.C.:

COPIE CONFORME A L'ORIGINAL