

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 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.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-553759

83125

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3399 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FARES EDDINE GHANDI

Date de naissance : 31.07.60

Adresse : Résidence La Colline 1 n°4 CALIFORNIE CASABLANCA

Tél. : 066214935 Total des frais engagés : 1102,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. BERRADA KABBAJ Sabah Ophtalmologiste

223 Bd. Abdelmoumen - Casa Tél: 0522 20 86 51 / 0522 20 67

Date de consultation : 23/06/2021

Nom et prénom du malade : Fares Eddine Ghandi

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

Nature de la maladie : affe

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 : 14/09/2021

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
23/06/2021	C2		300 DH	INP : 031055126

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MIRABEL Pharmacie Tél: 012 23 11 59 - Fax: 012 23 11 59	23/6/2021	302,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	JUN 2021	0 SA	500,00

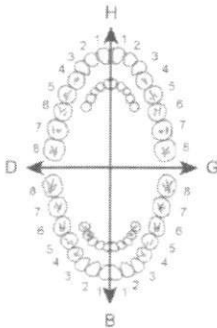
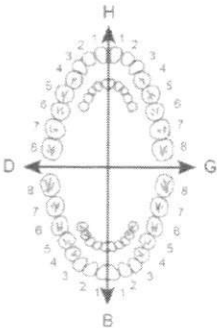
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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	INP :												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Sabah Berrada Kabbaj

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des yeux

Strabismes - Posturologie

Ancien médecin des Hôpitaux Universitaires

Diplômée de l'université de Toulouse et de Nantes

223, Bd. Abdelmoumen Résidence

Réda Abdelmoumen Angle Institut Pasteur

2^{ème} étage N° 9 - Casablanca

Tél.: 05 22 20 86 51 / 05 22 20 67 71

sababherradaophthalmo@gmail.com



الدكتورة صباح بريدة قباچ

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

الحول - علم قوام الجسم

طبية سابقا بالمستشفيات الجامعية

خريجة كلية الطب بتولوز و نانت

223، شارع عبد المومن إقامة

رضى عبد المومن زاوية معهد باستور

الطابق الثاني رقم 9 - الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 20 86 51 / 05 22 20 67 71

Casablanca le

23/06/2021

Fares eodline latifo

26.75

1) Genta POS 2 fl

1 gtt 3 f 5 x 1 mois

156.80

2) Neovistotal 2 fl

1 pte 3 f 5

119.50 x 3 mois

3) Lipostamin

spray

1 pulvériser matin
soir



Sabah BERRADA KABBAG
Ophtalmologiste
223, Bd. Abdelmoumen
CASABLANCA
Tél: 05 22 20 86 51 / 05 22 20 67 71

1 = 302,60

Gentamicin-POS®

Sulfate de gentamicine

5 ml de collyre

A instiller dans le cul-de-sac conjonctival

URSAPHARM

Gentamicin-POS®

URSAPHARM

Arzneimittel GmbH
Industriestraße
D-66129 Saarbrücken
Allemagne

31.1009

Composition:

1 ml de solution contient:

Sulfate de gentamicine 5,0 mg

Excipient à effet notoire: chlorure de benzalkonium

Lire attentivement la notice!

Ne pas laisser à la portée des enfants!

Ne pas stocker à plus de 25 °C.

A utiliser dans les 6 semaines après
ouverture du flacon.

التركيبية :

لكل 1 مل من المحلول :

جنتاميسين سلفات 5,0 ملغ

السواغات معروفة التأثير :كلوريد البنز الكونيوم

يرجى قراءة هذه النشرة بعناية !

لا تترك الأدوية في متناول الأطفال !

يجب تخزين هذا الدواء في درجة حرارة لا تتجاوز

25 درجة مئوية.

يستخدم في غضون 6 أسابيع بعد فتح القنينة.

جنتاميسين - بوص (م)

جنتاميسين سلفات

Laboratoires STERIPHARMA

Z. I Lina n° 347 Sidi Maârouf, Casablanca - Maroc

Amine Tahiri. Pharmacien Responsable

إر صافارم

Gentamicin-POS®

A utiliser avant: / Lot N°

03 / 2023
298236

LCB

uniquement sur ordonnance - Liste I

Respecter les doses prescrites

Gentamicin-POS®

5,0 mg

5 ml de collyre

6 118001 110322

Steripharma
PPV/26,30 dh

4
pim



LIPOSTAMIN

SENZA CONSERVANTI

SPRAY OCULARE AI LIPOSOMI
ED ESTRATTI NATURALI

schalcon®

15 ml

A.F. 015.803
Rev.01 16.09.19

Soluzione oculare spray ai liposomi ed estratti naturali di *Glycyrrhiza glabra*, *Euphrasia officinalis*, *Capparis spinosa*, *Helichrysum italicum*.

INDICAZIONI

Soluzione spray oculare e palpebrale a base di liposomi ed estratti naturali di Elicriso, Eufhrasia, Capperio e Liquirizia, notoriamente indicati come coadiuvanti in caso di forme allergiche da polline, polvere ed altri agenti esterni. L'impiego del prodotto è utile in caso di eccessiva lacrimazione, arrossamento, sensazione di corpo estraneo, bruciore e prurito della zona oculare e palpebrale.

Il prodotto rimane sterile anche dopo la prima apertura.

Non congelare, tenere lontano da fonti di calore.

Per le istruzioni d'uso e le avvertenze leggere attentamente il foglietto illustrativo allegato.

CO*

Lip

tetr

Es

He

off

Sp

pH

CG.

1 flacone da 15 ml

1 prospetto illustrativo

119.50 DH

LIPOSTAMIN

ISOPHARM



SCHALCON S.p.A.
Viale Enrico Ortolan, 195
00125 ROMA Italy



0477

STERILE



LIPOSTAMIN

SANS CONSERVATEURS

SPRAY OCULAIRE AUX LIPOSOMES
ET EXTRAITS NATURELS

schalcon®

15 ml

Solution oculaire en spray aux liposomes et extraits naturels de *Glycyrrhiza glabra*, *Euphrasia officinalis*, *Capparis spinosa*, *Helichrysum italicum*.

INDICATIONS

Solution spray oculaire et pour les paupières à base de liposomes et extraits naturels d'Immortelle, d'Euphrase, de Caprier et de Réglisse, notoirement connus comme coadiuvants en cas de formes allergiques provoquées par les pollens, la poussière ou d'autres facteurs externes.

L'utilisation du produit est utile en cas de larmoiements, rougeurs, sensation de corps étranger, brûlures et démangeaisons de la zone oculaire et des paupières.

Le produit reste stérile même après ouverture.

Ne pas congeler, tenir éloigné des sources de chaleur

Pour les précautions particulières et les instructions d'utilisation, voir la notice d'accompagnement.

COMPOSITION

Complexe phospholipidique, acide borique, tétraborate de sodium, chlorure de sodium.

Extrait de: *Capparis spinosa*, *Helichrysum italicum*, *Euphrasia officinalis*, *Glycyrrhiza glabra*.

Solution isotonique tamponnée à pH 7.2.

CONTENU

Flacon de 15 ml

Notice

CE 0477

STERILE



8

019894

999804

LOT





CN 182880.4

2022-03

10073

LOT

NEOVIS[®] TOTAL multi

Ouverture/Opening date:

A utiliser dans les 3 mois après ouverture.

Use within 3 months of opening.

Te gebruiken binnen 3 maanden na opening.

Nach dem Öffnen innerhalb von 3 Monaten verwenden.

No utilizar pasados tres meses desde su apertura.

Utilizzare entro tre mesi dopo l'apertura.

Patent granted in Europe

148, avenue G. Guynemer-Cap Var
06700-Saint-Laurent du Var
FRANCE
www.horus-pharma.com

CE 0459

20°C-25°C STERILE A

Steripharma

PPC:156,80 dh

CN: 182880.4

CNK 3465-739



3 401060 210106



17611A

EURPACK

NEOVIS[®]
TOTAL multiBevochtigende oogemulsie
van natriumhyaluronaat 0,18%Emulsion zur Benetzung
des Auges von
Natriumhyaluronat 0,18%Distributeur au Maroc:
Laboratoires STERIPHARMA
Z.L. Lina N 347 Sidi Maarouf
CASABLANCA-MAROC
N du CE 1804/2017/DMP
Date d'attribution du CE 08/11/17Hydrateert, beschermt en smeert
Zonder bewaarmiddelSpendet Feuchtigkeit, schützt
und sorgt für Komfort

Ohne Konservierungsmittel

10 ml

108011

NEOVIS[®]
TOTAL multiEmulsion ophtalmique lubrifiante
de hyaluronate de sodium 0,18%Ophthalmic lubricant emulsion
of sodium hyaluronate 0.18%Hydrate, protège et lubrifie
Sans conservateurHydrates, protects and lubricates
Preservative free

10 ml

NEOVIS[®]
TOTAL multiEmulsión oftálmica lubricante
de hialuronato de sodio 0,18%Emulsione oftalmica lubrificante
di ialuronato di sodio 0,18%Hidrata, protege y lubrica
Sin conservantesIdrata, protegge e lubrifica
Senza conservanti

10 ml

6673271P/2M
C/N10042-07/17

- 22

Professeur Daoudi Drissi Jaâfar
Chirurgien Ophtalmologiste

Ex. Attaché CHU Nantes : Chirurgie Strabismes et Nystagmus.

Diplômé : - Chirurgie Réfractive et Cataracte, Besançon.

- Chirurgie Vitréo - Rétinienne, Nancy.

- Posturologie Clinique, Marseille.

10, Place des Nations Unies, 3 ème étage (en face Station Tramway)

8, Bd Mohamed V, au dessus de Mc Donalds - Casablanca.

Tél : 05 22 22 37 76 - 05 22 29 81 19 - Email : strabismedaoudi@hotmail.fr

Docteur Sabah Berrada Kabbaj

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des yeux

Strabismes - Posturologie

Ancien médecin des Hôpitaux Universitaires

Diplômée de l'université de Toulouse et de Nantes

223, Bd. Abdelmoumen Résidence

Réda Abdelmoumen Angle Institut Pasteur

2^{ème} étage N° 9 - Casablanca

Tél.: 05 22 20 86 51 / 05 22 20 67 71

sababherradaophthalmo@gmail.com



الدكتورة صباح برادة قباچ

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

الحول - علم قوام الجسم

طبيبة سابقا بالمستشفيات الجامعية

خريجة كلية الطب بتولوز و نانت

223، شارع عبد المومن إقامة

رضى عبد المومن زاوية معهد باستور

الطابق الثاني رقم 9 - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 20 86 51 / 05 22 20 67 71

Casablanca le 23/06/2021

OSA

Sol sec
+ métronite



Dr. Sabah BERRADA KABBAJ
Ophtalmologiste
223, Bd. Abdelmoumen
CASABLANCA
Tél: 0522 20 86 51 / 0522 20 67 71

Professeur DAOUDI DRISSI Jaâfar
Chirurgien Ophtalmologiste



الدكتور الداودي الإدريسي جعفر
أمراض و جراحة العيون

- Ex. Attaché au CHU de Nantes : Chirurgie du Strabisme et ophtalmo Pédiatrie.
- Ex. Professeur - enseignement sup. - assistant - Faculté de médecine de Casablanca.
- Président et fondateur : Association Marocaine de Strabologie et Ophtalmo Pédiatrie.
- Diplômé en Chirurgie Réfractive et Cataracte - Besançon - France.
- Diplômé en Chirurgie Vitéo-Rétinienne - Nancy - France.
- Diplômé en Posturologie Clinique - Marseille - France.

- ملحق بمستشفيات نانت : جراحة الحول.
- أستاذ سابقا بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء.
- رئيس و مؤسس : الجمعية المغربية لطب عيون الأطفال والحول.
- حاصل على دبلوم في جراحة الساد و الإنكسارية بكلية الطب ببنزنان.
- حاصل على دبلوم في جراحة الشبكية والماء الزجاجي بنانسي.
- حاصل على دبلوم في علم تقويم الجسم بمرسيليا.

05/07/2021

Mme FARES-EDDINE Latifa

FACTURE POUR EXPLORATION DE LA SURFACE OCULAIRE

500 DH

CINQ CENT DIRHAMS.

D. DAOUDI D. Jaâfar
Ophtalmologue
10, Place des Nations Unies
Tél : 05 22 22 37 76 - 05 22 29 81 19 - 05 22 22 37 76

10, Place des Nations Unies, 3 ème étage (en face Station Tramway)
8, Bd Mohamed V, au dessus de Mc Donalds - Casablanca.
Tél : 05 22 22 37 76 - 05 22 29 81 19 - Email : strabismedaoudi@hotmail.fr
INPE : 091043851



- Ex. Attaché au CHU de Nantes : Chirurgie du Strabisme et ophtalmo Pédiatrie.
- Ex. Professeur - enseignement sup. - assistant - Faculté de médecine de Casablanca.
- Président et fondateur : Association Marocaine de Strabologie et Ophtalmo Pédiatrie.
- Diplômé en Chirurgie Réfractive et Cataracte - Besançon - France.
- Diplômé en Chirurgie Vitreo-Rétinienne - Nancy - France.
- Diplômé en Posturologie Clinique - Marseille - France.

- ملحق بمستشفيات نانت : جراحة الحول.
- أستاذ سابقا بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء.
- رئيس و مؤسس : الجمعية المغربية لطب عيون الأطفال و الحول.
- حاصل على دبلوم في جراحة الساد و الإنكسارية بكلية الطب ببيزانسان.
- حاصل على دبلوم في جراحة الشبكية و الماء الزجاجي بنانسي.
- حاصل على دبلوم في علم تقويم الجسم بمرسيليا.

Casablanca, le 5 Juillet 2021

Compte Rendu du système d'analyse de la surface oculaire

Mme FARES-EDDINE LATIFA

➤ **Œil droit:**

- **Interferométrie:**
-Mesures de l'épaisseur de la couche lipidique (échelle de classification internationale du Dr Guillon): C
- **Meibographie IR: (PS-PI)**
-Pourcentage de la surface perdue des glandes de meibomius: 24 %
- **Test non effractif du temps de rupture du FL (NIBUT): 10.4**
- **Ménisque lacrymal (hauteur du ménisque lacrymal):**
-Volume lacrymal: 0.12 mm

➤ **Œil gauche:**

- **Interferométrie:**
-Mesures de l'épaisseur de la couche lipidique (échelle de classification internationale du Dr Guillon):C
- **Meibographie IR: (PS-PI)**
-Pourcentage de la surface perdue des glandes de meibomius: 30%

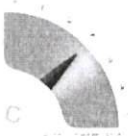
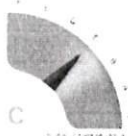
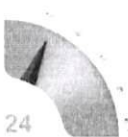
- Test non effraktif du temps de rupture du FL (NIBUT):9.9
- Ménisque lacrymal (hauteur du ménisque lacrymal):
-Volume lacrymal: 0.10 mm

Conclusion

- Couche lipidique insuffisante au niveau des deux yeux
- Instabilité du FL plus prononcée au niveau de l'œil gauche
- Hauteur du ménisque diminuée au niveau des deux yeux

Dr. DAUD D. Jaafar
Ophtalmologue
10, Place des Nations Unies
Téléphone : 0522.22 37 76

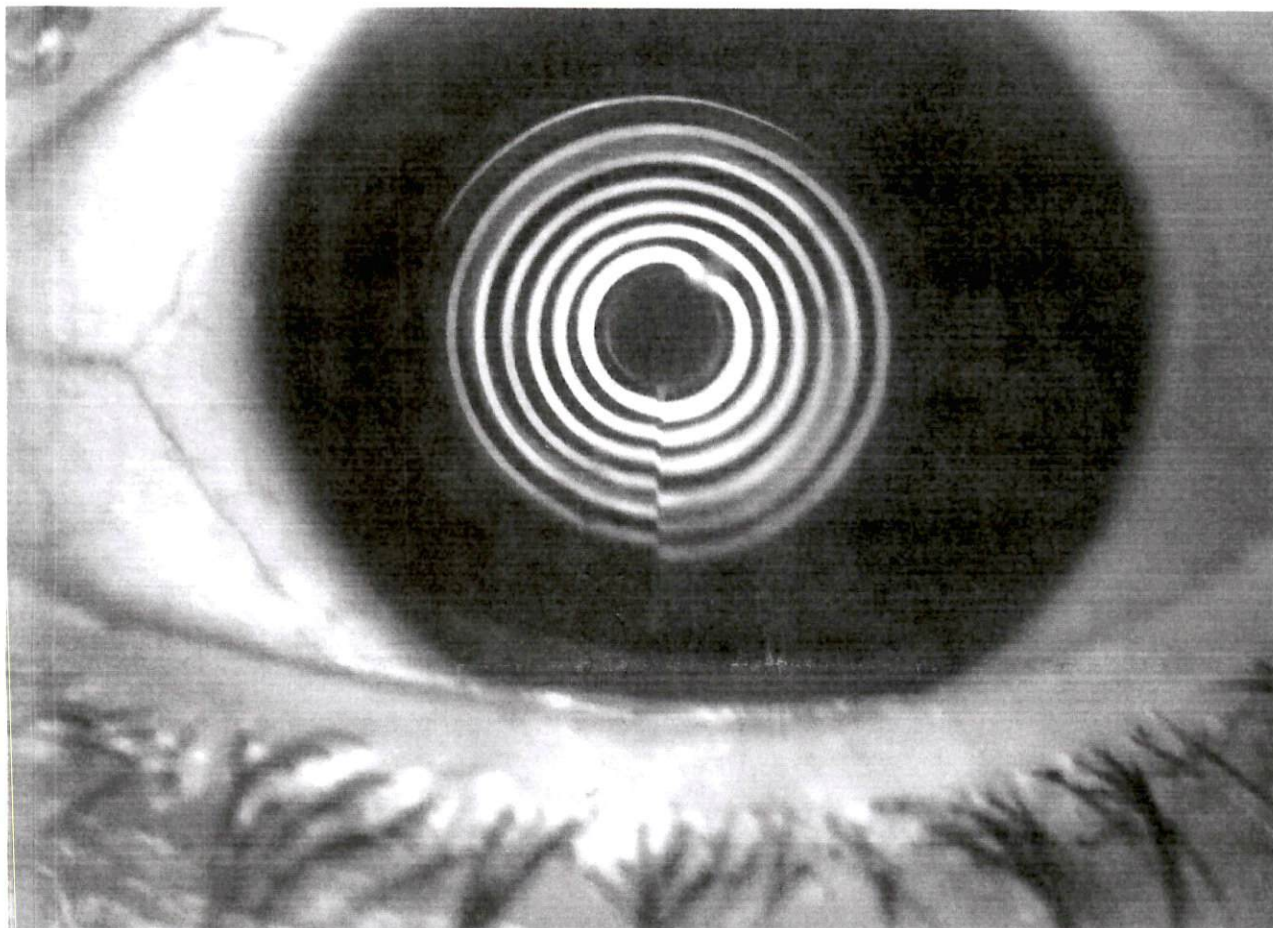
NOM, PRÉNOM		CODE DE SÉCURITÉ	
FARES-EDDINE, LATIFA			
SEXE	DATE DE NAISSANCE	ADRESSE	
F	01/02/1975 (46)		
DATE		DESCRIPTION	
05/07/2021		Rapport par date	

	Oeil Droit (O.D.)	Oeil Gauche (O.S.)
N.I.B.U.T.	 10,4	 9,9
Type couche lipi.	 C	 C
Hauteur du ménisque lacrymal (mm)	 0,12	 0,10
Glandes de Meibomius - Zone de perte (%) - Supérieur	 24	 30

NOM, PRÉNOM		CODE DE SÉCURITÉ
FARES-EDDINE, LATIFA		
SEXE	DATE DE NAISSANCE	ADRESSE
F	01/02/1975 (46)	
DATE		DESCRIPTION
05/07/2021 14:39		N.I.B.U.T

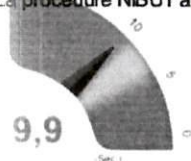
Exam Report

OS



B.U.T. non-invasif automatique

La procédure NIBUT automatique a détecté : 3,92 sec



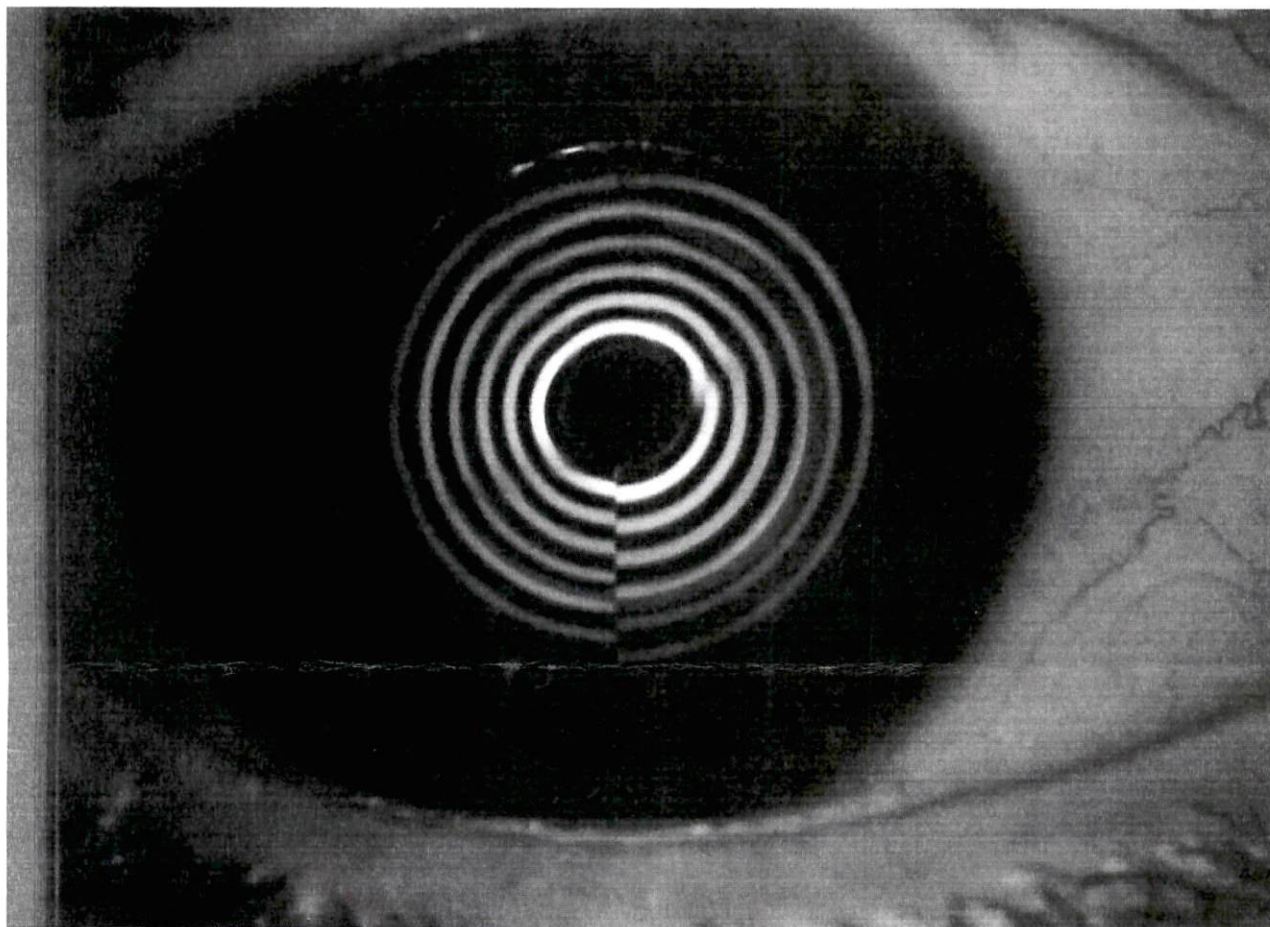
Automatic NIBUT average time: 9,92 sec

Note:

NOM, PRENOM		CIN, N° B.U.T	
FARES-EDDINE, LATIFA			
SEXE	DATE DE NAISSANCE	ADRESSE	
F	01/02/1975 (46)		
DATE		DESCRIPTION	
05/07/2021 14:38		N.I.B.U.T	

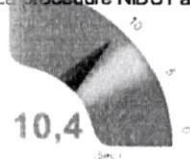
Exam Report

OD



B.U.T. non-invasif automatique

La procédure NIBUT automatique a détecté : 4,64 sec



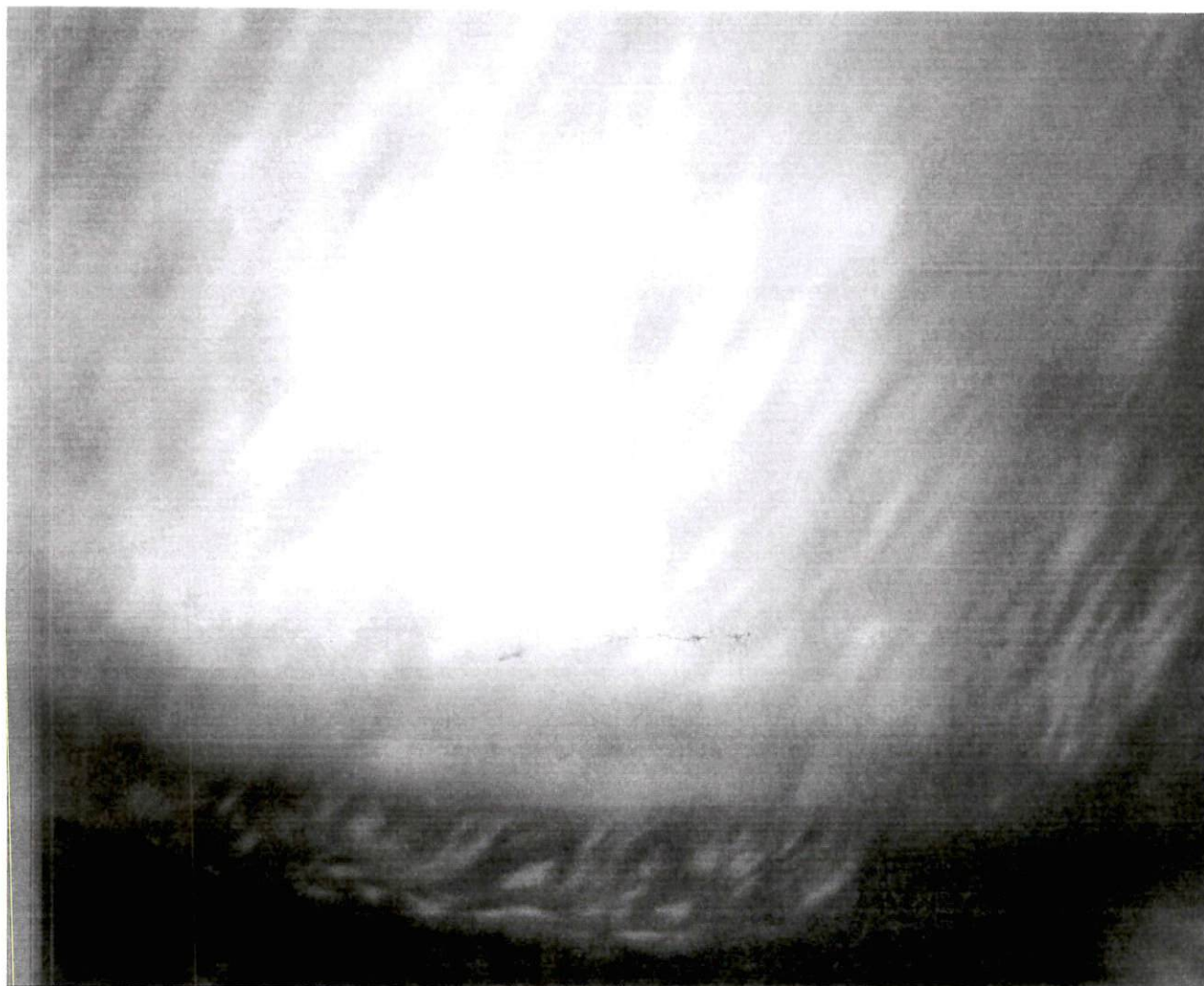
Automatic NIBUT average time: 10,44 sec

Note:

NOM, PRÉNOM		CODE DE SÉCURITÉ
FARES-EDDINE, LATIFA		
SEXE	DATE DE NAISSANCE	ADRESSE
F	01/02/1975 (46)	
DATE		DESCRIPTION
05/07/2021 14:34		Interférométrie

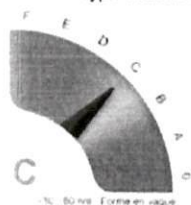
Exam Report

OS



Type couche lipi.

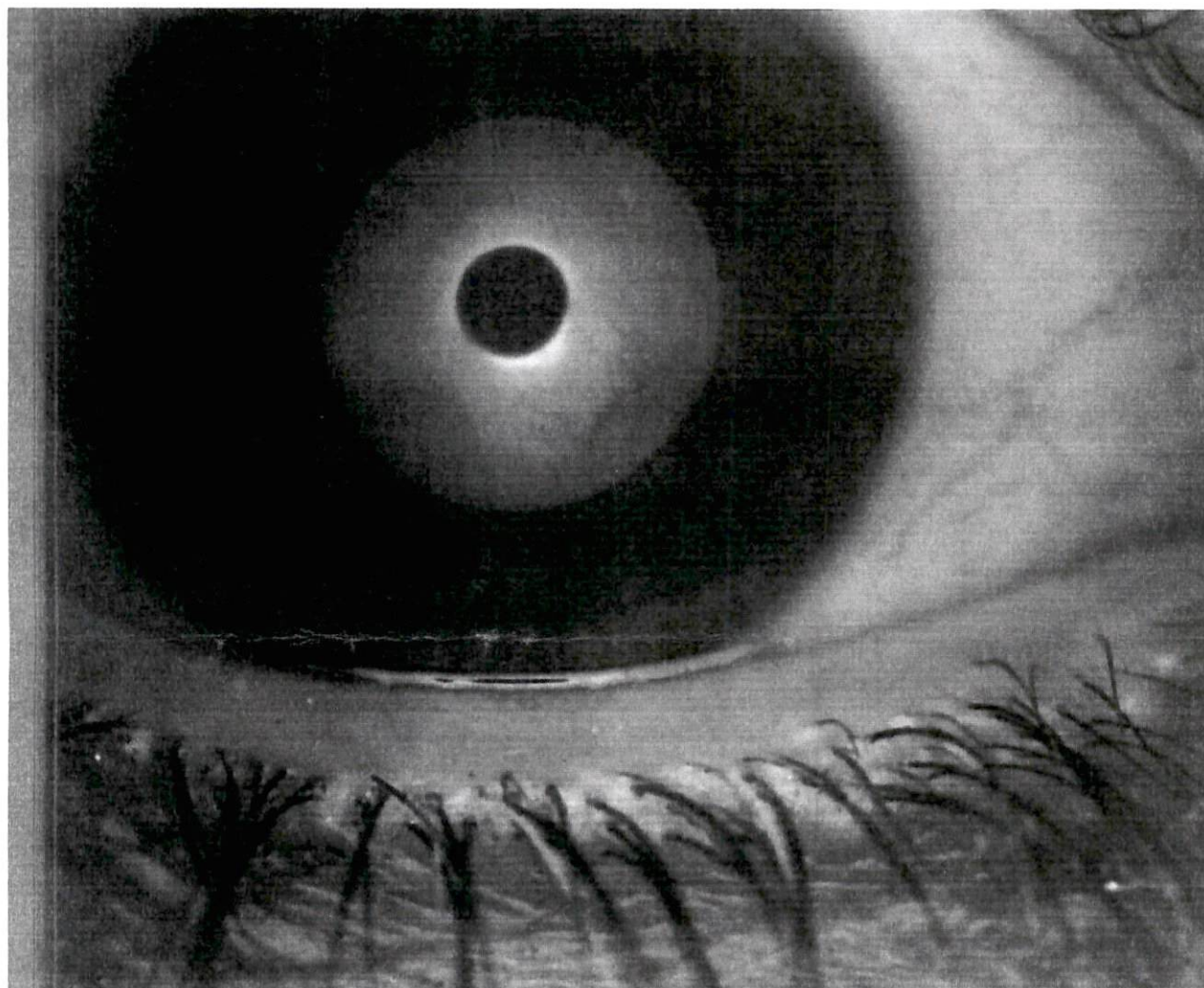
Note:



NOM, PRÉNOM FARES-EDDINE, LATIFA		CODE DE SÉCURITÉ
SEXE F	DATE DE NAISSANCE 01/02/1975 (46)	ADRESSE
DATE 05/07/2021 14:33		DÉSCRIPTION Interférométrie

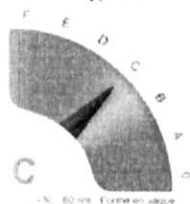
Exam Report

OD



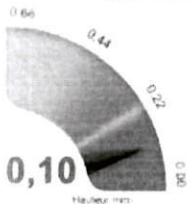
Type couche lpi.

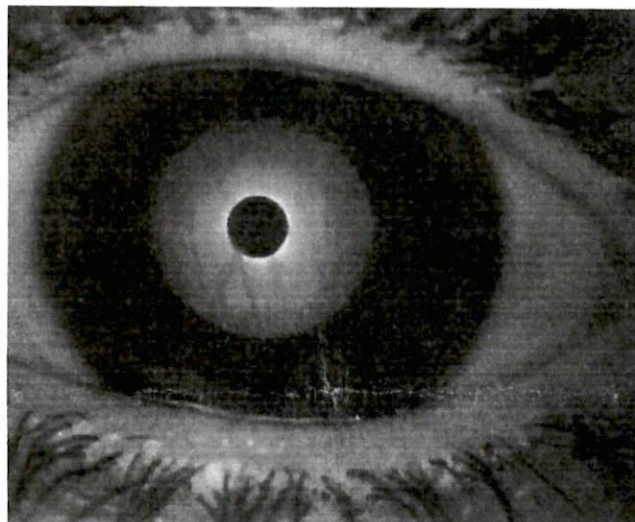
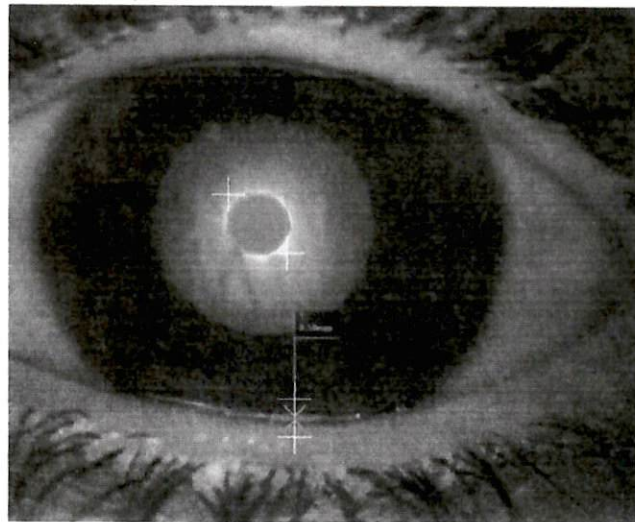
Note:



Exam Report

OS

NOM, PRÉNOM
FARES-EDDINE, LATIFA
SEXE
F
DATE DE NAISSANCE
01/02/1975 (46)
ADRESSE
CODE DE SÉCURITÉ
DATE
05/07/2021 14:34
DESCRIPTION
Ménisque lacrymal
Ménisque lacrymal

Hauteur du ménisque lacrymal (mm): 0,10m
Point 1: 0,10mm
NOTE

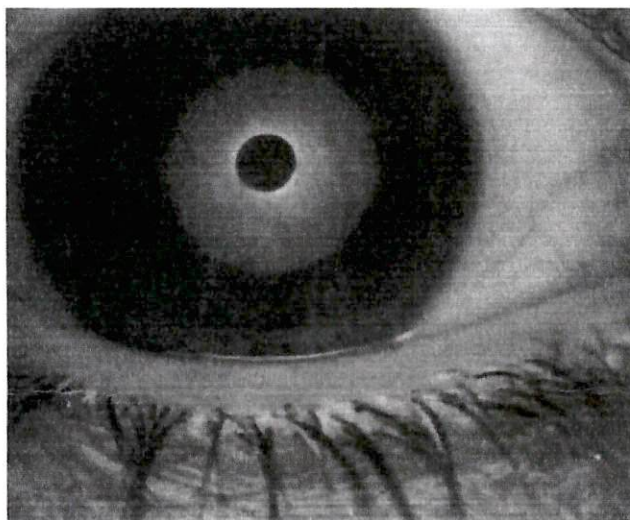
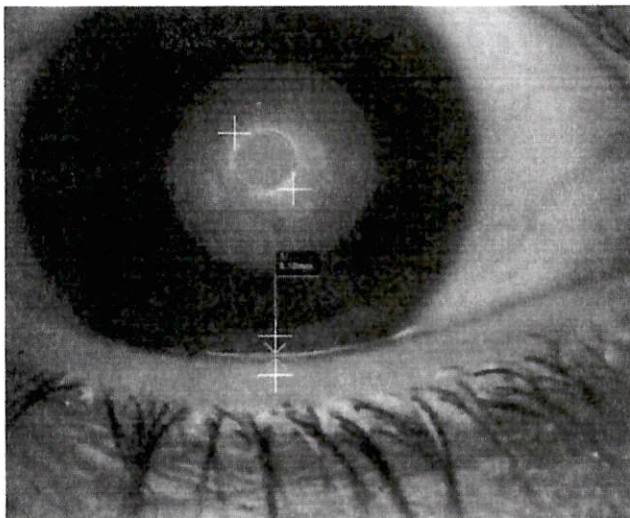


Exam Report

OD

NOM, PRÉNOM
FARES-EDDINE, LATIFA
SEXE
F
DATE DE NAISSANCE
01/02/1975 (46)
ADRESSE
CODE DE SÉCURITÉ
DATE
05/07/2021 14:33
DESCRIPTION
Ménisque lacrymal
Ménisque lacrymal

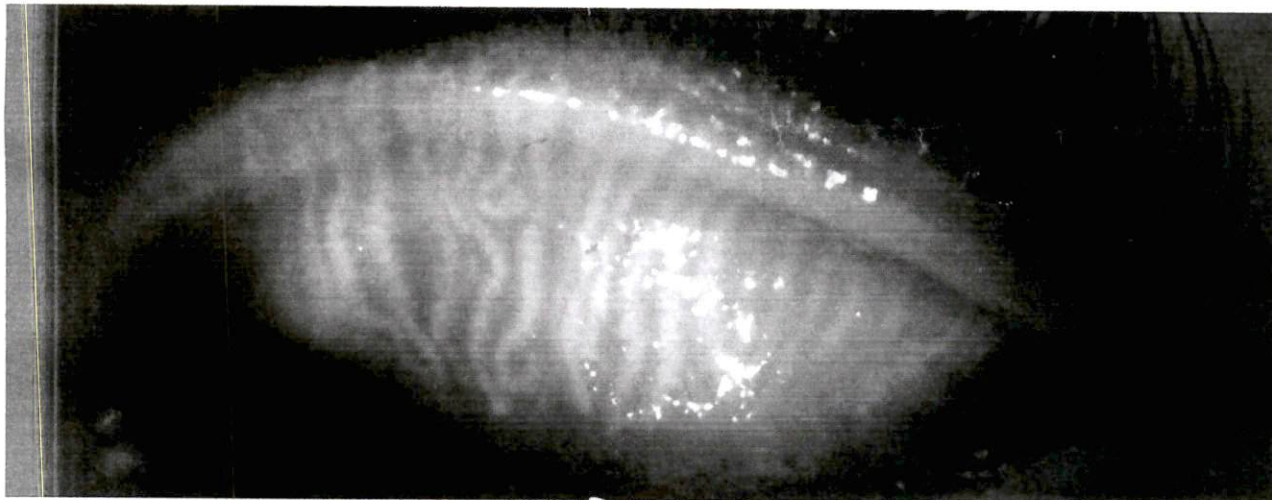
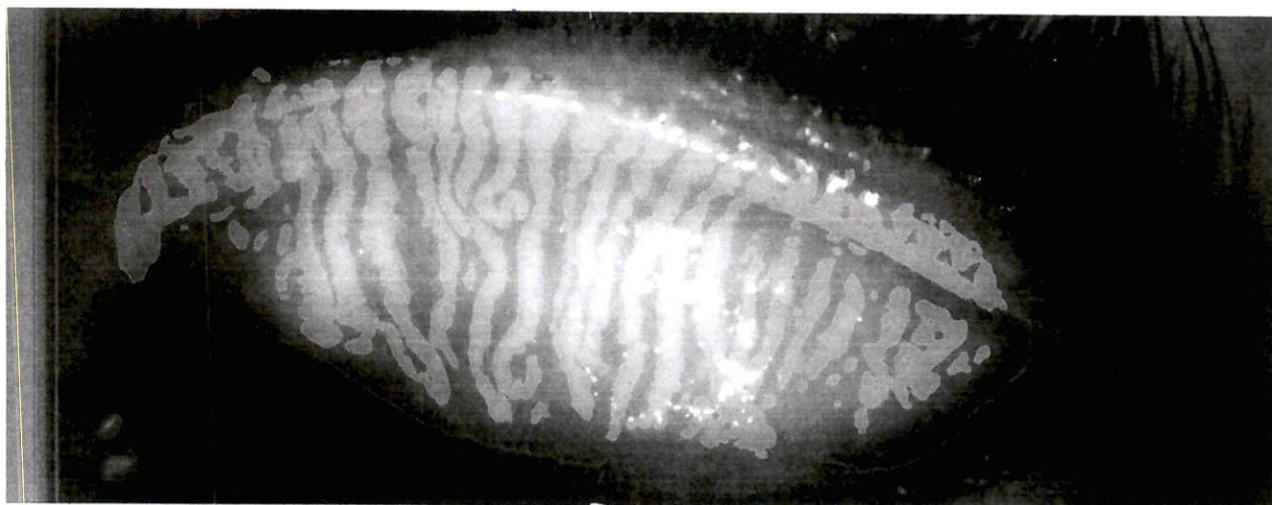
Hauteur du ménisque lacrymal (mm): 0,12m
Point 1: 0,12mm
NOTE



NOM, PRÉNOM		CODE DE SÉCURITÉ
FARES-EDDINE, LATIFA		
SEXE	DATE DE NAISSANCE	ADRESSE
F	01/02/1975 (46)	
DATE		DESCRIPTION
05/07/2021 14:44		Melbographie

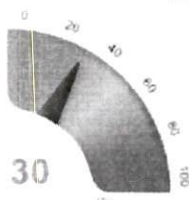
Exam Report

OS UL



DGM

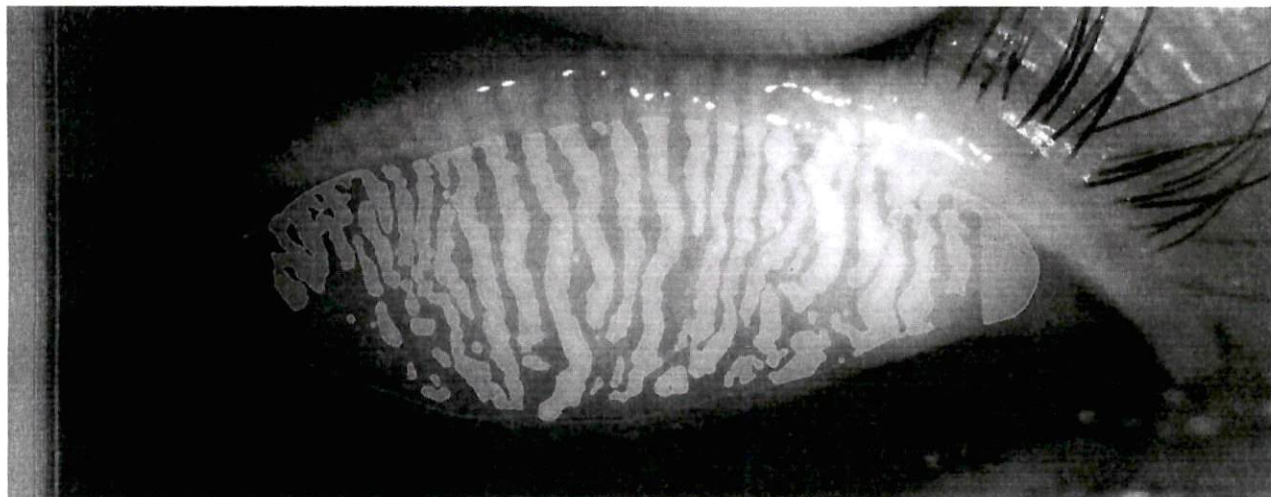
Note:



NOM, PRENOM		CODE DE SECURITE	
FARES-EDDINE, LATIFA			
SEXE	DATE DE NAISSANCE		ADRESSE
F	01/02/1975 (46)		
DATE		DESCRIPTION	
05/07/2021 14:43		Meibographie	

Exam Report

OD UL



DGM

Note:

