

# 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.

## Analyses 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.

## Prothèse 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

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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0037321

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1687 Société : ~~Ats~~  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 701427  
Nom & Prénom : SALHI Anna  
Date de naissance : 1-1-1939  
Adresse : Hay Boulay Abdelhak 293 n°6  
Ain chock  
Tél. : 0672836086 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr Filali Redouane  
chirurgien orthopédiste et traumatologue  
Date de consultation : 24/12/2021  
Nom et prénom du malade : SALHI Ahmed Age : 88 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : hémion de gen 6 - Chute Genou  
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
24/12/21		20	613,76	
24/12/21				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/12/21	1096,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24/12/21	215	150 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 d

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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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



الضمان الاجتماعي

+oIIOst+ +oIoC%I+

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة  
ORDONNANCE

مصلحة  
POLYCLINIQUE



الإدارة II  
INARA II

le 24/24/2021

Seif El  
Mouel

22-00

Casablanca



4780

Dokan



9850 x 10

Hibou 3500



109680

42-00

Om.3



Dr Filali Redouane  
chirurgien orthopédiste  
et traumatologue

11-1; 11-2000

Arrière

Boulevard Al Qods, Inara II - Aïn Chok - CASABLANCA

Tél.: 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 50 48 06

Hôpital N° 05.22.21.73.64  
Rue Sidi Bel Abbès - Ain Chok  
CASABLANCA  
PHARMACIE ABDELALAH  
ATAOUI Mohamed

# Cédol®

PARACETAMOL + CODEINE

## IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### COMPOSITION

Paracétamol .....	400,00 mg
Phosphate de codéine hémihydratée .....	20,00 mg
(Quantité correspondante en codéine base) .....	14,8 mg
Excipients q.s.p. ....	un comprimé.

### FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 20.

### CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N. Système nerveux central)

### DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

### DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants:

- allergie connue au paracétamol ou à la codéine
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- Allaitement

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE des médicaments contenant de la buprénorphine, de la EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER VOTRE PHARMACIEN.

### MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les su Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en

### PRECAUTIONS D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée. EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE PHARMACIEN.

**INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS**  
AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUS avec la buprénorphine, la nalbuphine ou la pentazocine, IL FAUT SIGNA AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN

Ce médicament contient du paracétamol et de la codéine. D'autre Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales

Cédol®

20 Comprimés



6 118000 180913



# Omiz®

Oméprazole

Microgranules gastrorésistants en gélule

## PRESENTATIONS :

**OMIZ® 20 mg :** Boîte de 7 gélules  
Boîte de 14 gélules  
Boîte de 28 gélules

**OMIZ® 10 mg :** Boîte de 7 gélules  
Boîte de 14 gélules  
Boîte de 28 gélules

## COMPOSITION :

**OMIZ® 20mg**  
Oméprazole.....20 mg  
Excipients q.s.p.....1 gélule  
Excipient à effet notoire : saccharose

## COMPOSITION :

**OMIZ® 10mg**  
Oméprazole.....10 mg  
Excipients q.s.p.....1 gélule  
Excipient à effet notoire : saccharose

## CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE :

Inhibiteur de la pompe à protons (appareil digestif et métabolisme). Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

## INDICATIONS :

### - Chez l'adulte :

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale.
- Ulcère duodénal évolutif.
- Ulcère gastrique évolutif.
- Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien.
- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien associé ou non à une œsophagite, en cas de résistance à la posologie de 10 mg d'oméprazole par jour.
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux chez les patients non infectés par *Helicobacter pylori* ou chez qui l'éradication n'a pas été possible.
- Traitement d'entretien des œsophagites par reflux gastro-œsophagien.
- Syndrome de Zollinger-Ellison.
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable.
- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients à risques (notamment âge supérieur à 65 ans, antécédents d'ulcère gastroduodénal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable.

- Chez l'enfant à partir d'un an : Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

## CONTRE-INDICATIONS :

- Hypersensibilité à l'un des constituants de ce médicament.
- En association avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux).

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## MISES EN GARDE / PRECAUTIONS D'EMPLOI :

### Mises en garde :

En raison de la présence de saccharose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose ou de galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase (maladies métaboliques rares).

### Précautions d'emploi :

Utiliser ce médicament avec précaution en cas d'affections chroniques du foie.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS :

Avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux). Si vous prenez ou avez pris récemment un autre obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

42,00

Omiz 20mg  
14 gélules



6 118000 092421

# DASEN® 10.000 UI

## INDICATION DU MEDICAMENT

DASEN 10 000 UI, comprimé enrobé gastro-résistant

## COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

SERRAPEPTASE ..... 10 000 unités\*

Excipients : stéarate de magnésium, amidon de maïs, lactose, acétophtalate de cellulose, jaune orangé S (E110), dioxyde de titane, poloxamère 188.

Pour un comprimé enrobé gastro-résistant

\*1 unité correspond au nombre de µg de tyrosine libérée par 5 ml de substrat (caséine) en 1 minute à partir de 1 mg de serrapeptase.

## FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé enrobé gastro-résistant, boîte de 40.

## CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ENZYMOTHERAPIE à visée antioedémateuse et fluidifiante

(M : Système locomoteur)

(M : Système respiratoire)

## Exploitant/Fabricant :

Laboratoires SYNTHEMEDIC

20-22, Rue Zoubair Bnou Al auouam. Roches Noires - Casablanca

## DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament, modificateur des sécrétions bronchiques, est indiqué en cas d'affection respiratoire récente avec difficulté d'évacuer les crachats.

Il est également utilisé pour traiter les oedèmes consécutifs à un traumatisme ou une intervention chirurgicale.

## ATTENTION !

### DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE en cas d'allergie connue à l'un des constituants notamment à la serrapeptase (enzyme).

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de réaction allergique, le traitement doit être arrêté immédiatement.

Un avis médical est nécessaire :

- en cas de fièvre, de crachats gras ou purulents,
- si vous êtes atteint d'une maladie chronique (au long cours).

Ce traitement doit toujours être suivi jusqu'à la disparition des crachats. La prise simultanée avec d'autres médicaments peut être illogique.

Ne pas prendre de médicament pendant le traitement.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A CONSULTER VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN

PPV :

EXP :

Lot N° :

DASEN® 10 000 UI

Serrapeptase

40 Comprimés enrobés gastro-résistants



## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

## POSSIBLES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS,



وصفة  
ORDONNANCE



le 24/24/2022

Dr. Ahmed

N° 123456789 (f + d)

Dr. Fikri Redouane  
chirurgien orthopédiste  
et traumatologue





وصفة  
ORDONNANCE



le 24.14.2022

Sofiane Khoul

K 90 + 3 Bandes de Stetch cm

7.5 cm + 2 Anest + Jerg.

Santé propri

Dr. Filali Redouane  
Chirurgien orthopédiste  
et traumatologue

Boulevard Al Qods, Inara II - Aïn Chok - CASABLANCA

Tél.: 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 50 48 06





## NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) Date de la constatation de l'état de malade :

24/24/2022

2) Renseignements cliniques sommaires :

Patient au stade de 7e

membre inférieur

3) Traitement envisagé et actes :

PP et

K 20

2) Durée prévisible du traitement :

A

CP

LE

24/24/2022

Signature

F. Redouane  
Chirurgien orthopédiste  
et traumatologue

Pli à joindre à la D.E.P

---

Ce pli ne doit être ouvert  
que par le Médecin contrôleur

Expéditeur :



وصفة  
ORDONNANCE



le 24/24/2022

S237: A7m2

R<sup>2</sup> Na P<sub>c</sub> Qw. P<sub>c</sub> G'f + L

Dr. Hana Redouane  
Chirurgien orthopédiste  
et rhumatologue

Rdv dans 2 mn  
jeudi 9/24/2022



## SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

### COMPTE RENDU

DATE : 24/12/21

NOM & PRENOM : SALHI AHMED

MEDCIN TRAITANT :

EXAMEN : RX CHEVILLE G F/P

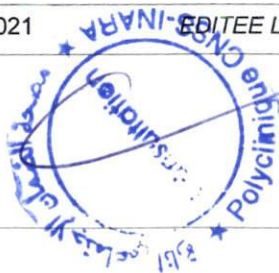
- Fissure horizontale non déplacée du 1/3 inférieur du péroné gauche.

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA  
 3d El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA  
 Tél : 0522-21-30-99 ( L.G ) Fax : 0522-50-48-06  
 RDV : 0522-50-45-13  
 INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 892901	N° SEJOUR : 210041698	<b>FACTURE N° 2102014241</b>		DATE D'ENTREE : 24/12/2021		DATE DE SORTIE : 24/12/2021					
ASSURE :		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : <b>SALHI, Mohamed</b>							
MALADE : SALHI, Mohamed											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
						% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00
CONSULTATION DE SPECIALISTE											

Intervenant : 04112021 DR FILALI REDOUANE ORTHOPEDISTE	TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
CENT CINQUANTE DHS		REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :	
		RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 24/12/2021	EDITEE LE : 24/12/2021	PAR: BOUNAS	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
		Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA				
		BANQUE :		BMCE - INARA				
		N° compte bancaire :		011.780.0000 54 210 00 60 016 91				



POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA  
 8d El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA  
 Tél : 0522-21-30-90 ( L.G ) Fax : 0522-50-48-06  
 RDV : 0522-50-45-13 ,  
 NPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 891708	N° SEJOUR : 210041713	<b>FACTURE N° 2105012235</b>		DATE D'ENTREE : 24/12/2021	DATE DE SORTIE : 24/12/2021
ASSURE :		UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : <b>SALHI,Ahmed</b>	
MALADE : SALHI,Ahmed					
NOM JEUNE FILLE :					
TIERS PAYANT 1 :					
TIERS PAYANT 2 :					
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :				

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
<b>AUTRES ACTES COTES EN K</b>										
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE	K	20.00	22.50	450.00					0.00	450.00
<b>FOURNITURES MEDICALES</b>				163.76					0.00	163.76

Intervenant : 04112021 DR FILALI REDOUANE ORTHOPEDISTE	TOTAUX :	613.76						613.76
Arrêtée la présente facture à la somme de : SIX CENT TREIZE DHS ET SOIXANTE SEIZE CENTIMES		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :	613.76		AVOIR :	
		RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 24/12/2021	EDITEE LE : 24/12/2021	PAR: BOUNAS	<b>ACCIDENT DE TRAVAIL :</b> N° DE POLICE : DATE AT :					
VISA			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA BANQUE : BMCE - INARA N° compte bancaire : 011.780.0000 54 210 00 60 016 91					



POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA  
 El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA  
 : 0522-21-30-30 ( L.G ) Fax : 0522-50-48-06  
 DV : 0522-50-45-13  
 PE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



* IPP : 891708		N° SEJOUR : 210041702		<b>FACTURE N° 2103016127</b>		DATE D'ENTREE : 24/12/2021		DATE DE SORTIE : 24/12/2021				
ASSURE :				UF: 5003 RADIOLOGIE N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : <b>SALHI,Ahmed</b>						
MALADE : SALHI,Ahmed												
NOM JEUNE FILLE :												
TIERS PAYANT 1 :												
TIERS PAYANT 2 :												
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :										
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT		
ACTES DE RADIOLOGIE												
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE		Z	15.00	10.00	150.00					0.00 150.00		
Intervenant : 46208 DR ADABI AICHA					TOTAUX :	150.00				150.00		
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS					PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
					REMISE :	0.00		REGLE :	150.00		AVOIR :	
					RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 24/12/2021					EDITEE LE : 24/12/2021		PAR: BOUNAS		ACCIDENT DE TRAVAIL :			
VISA					N° DE POLICE :		DATE AT :					
					Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA					
					BANQUE :		BMCE - INARA					
					N° compte bancaire :		011.780.0000 54 210 00 60 016 91					



LOTN°:

21201A

EXP:

03 2023

P.P.V.:

98,50 DH