

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
 O Prise en charge : pec@mupras.com
 O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 23992 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M23-0009731**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

D

00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the 12th chakra (H) as a central vertical column of energy points. It receives energy from the 11th chakra (D) on the left and sends energy to the 13th chakra (B) on the right. The energy path is depicted as a series of interconnected circles and ovals, representing the flow of life force through the body.

[Création, remont, adjonction]

ctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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



Déclaration de Maladie

N° W21-769468

Paquin

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

09392

Société :

B.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

BAGASSE Hafida

Date de naissance :

25-11-52

Adresse :

Pass. d. Feria : 15- Al Kech

Tél. :

06.00.770653 Total des frais engagés : 2341,50 Dhs

Autorisation CHDP N° : AA-215/2010

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

3-1-2023

Nom et prénom du malade :

BAGASSE Hafida

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

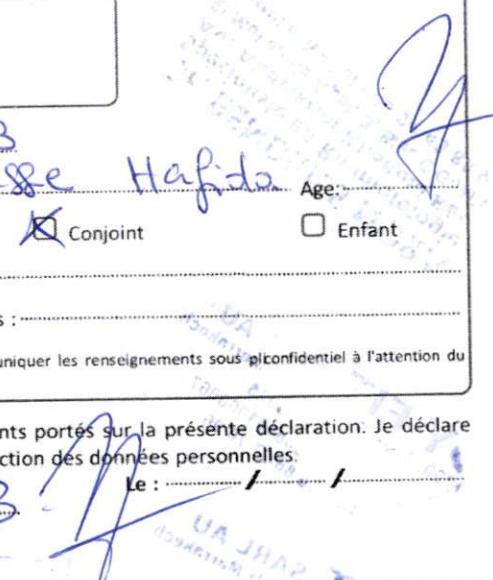
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

02/01/23



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-769468

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

FEUILLE DES MARS 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
3/2/2023	Clé		300 Dhs	INP : 07-140266 Dr. BENDRISS S. Spécialiste en Rhumatologie Abdelkrim Khatib Rés. Appl. 3, Bloc C Guéliz 05 24 43 88 99

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. LAMBERT, PHARMACIE FLEMING à dechirer, Gueret - 1990	31.02.2023	341,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Bureau de Radiologie et de Médecine Nucléaire de l'Hôpital Saint-Louis	30/12/2013	Rx de paupier Faux	200 DT
			-
			-
			-

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
N°90, Arriet St. ICE, 100-008891000067 1/1/96 86 27 70 96	du 6-1-83 au 7/3/83	Réducc ^t , Dr En Rhumatolog ^e		10 x K150 d= 1500 d.	-	

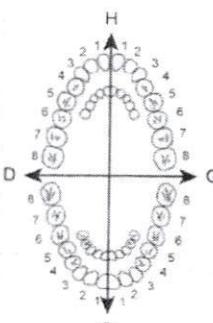
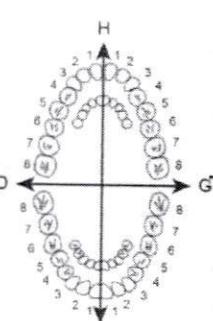
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
					<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
					<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
					<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
					<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
		H 25633412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
					<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
					<input type="text"/> DATE DU DEVIS
					<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

Dr. BENDRISS Nora

Spécialiste en Rhumatologie

maladies des os, des articulations, des muscles et de la colonne vertébrale

Ancien médecin du CHU Mohamed VI

et de l'hôpital Ibn Tofail de Marrakech

- Diplôme interuniversitaire de Polyarthrite

- et maladies systémiques, Faculté de médecine Lille 2 - France

- Diplôme universitaire en Echographie ostéo articulaire

الدكتورة بن دريس نورة

الخصائية في أمراض الروماتيزم

العظام، المفاصل والعمود الفقري

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي محمد السادس

ومستشفى ابن طفيل بمراكش

- دبلوم جامعي في التهاب المفاصل

- والأمراض الجهازية بكلية الطب ليل 2 - فرنسا

- دبلوم جامعي في الفحص بالصدى

Marrakech le,

03/02/2023

M :

Mme BAGASSE Hafida

ARIXIB 90

1 Gélule le matin après le repas pendant 3 semaines

ARTIFLEX CREME

1 Application le matin, 1 Application le soir pendant 20j

REUMADEP CAP

1 Capsule le matin, 1 Capsule le soir après le repas pendant 7 jours ,
puis 1 Capsule le matin après le repas pendant 3 mois

341160

Pharmacie FLEMING
Dr. LAMHET
Résidence SANIENNE
1 Rue de la Sidi Imm. Lamhite
Marrakech

Dr. BENDRISS
El Mouhendez
Boulevard Guéliz
Bâtiment 155 N°1
Sous-sol
Appt. 05 24 43 88 99
Tél: 05 24 43 88 99 - E-mail: cabinetbendriss@gmail.com

شارع عبد الكريم الخطابي، إقامة المهندس، عمارة C شقة 3 الطابق 1 جلز - مراكش

Av. Abdelkarim Khattabi, Rés. El Mouhendez, Appt. N°3 Bloc C 1er étage, Guéliz Marrakech
Tél: 05 24 43 88 99 - E-mail: cabinetbendriss@gmail.com

LOT : 221653
EXP : 12/2025
PPV : 152,00DH

REUMADEP® Capsules
Contenu 16,35 g
LOT:
PER:
PPC: 137,00 DH



V013
01/2025

Dr. BENDRISS Nora

Spécialiste en Rhumatologie

maladies des os, des articulations, des muscles et de la colonne vertébrale

Ancien médecin du CHU Mohamed VI

et de l'hôpital Ibn Tofail de Marrakech

- Diplôme interuniversitaire de Polyarthrite

- et maladies systémiques, Faculté de médecine Lille 2 - France

- Diplôme universitaire en Echographie ostéo articulaire

الدكتورة بن دريس نورة

اختصاصية في أمراض الروماتيزم

العظام، المفاصل والعمود الفقري

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي محمد السادس

ومستشفى ابن طفيل بمراكش

- دبلوم جامعي في التهاب المفاصل

- والأمراض الجهازية بكلية الطب ليل 2 - فرنسا

- دبلوم جامعي في الفحص بالصدى

03/02/2023

Marrakech le,

M : Mme BAGASSE Hafida

Facture

Dr. BENDRISS NORA
Spécialiste en Rhumatologie
Av. Abdelkarim Khattabi, Rés.
El Mouhendez Appt. 3 Bloc C Gueliz
Marrakech . Tel : 05 24 43 88 99

Je soussignée DR BENDRISS NORA avoir
Reçu le montant de 200DH de Mme BAGASSE
Hafida pour une Rx 2 épaules face.

Arrêter la présente facture à la somme de 200DH

Dr. BENDRISS NORA
Spécialiste en Rhumatologie
Av. Abdelkarim Khattabi, Rés.
El Mouhendez Appt. 3 Bloc C Gueliz
Marrakech . Tel : 05 24 43 88 99

شارع عبد الكريم الخطابي، إقامة المهندس، عمارة C شقة 3 الطابق 1 جلizi . مراكش

Av. Abdelkarim Khattabi, Rés. El Mouhendez, Appt. N°3 Bloc C 1er étage, Guéliz Marrakech
Tél: 05 24 43 88 99 - E-mail: cabinetbendriss@gmail.com

Dr. BENDRISS Nora

Spécialiste en Rhumatologie

maladies des os, des articulations, des muscles et de la colonne vertébrale

Ancien médecin du CHU Mohamed VI

et de l'hôpital Ibn Tofail de Marrakech

• Diplôme interuniversitaire de Polyarthrite

et maladies systémiques, Faculté de médecine Lille 2 - France

• Diplôme universitaire en Echographie ostéo articulaire

M : Hafida

Marrakech le,
Rabat

الدكتورة بن دريس نورا

اختصاصية في أمراض الروماتيزم

العظام، المفاصل والعمود الفقري

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي محمد السادس

ومستشفى ابن طفيل بمراكش

• دبلوم جامعي في التهاب المفاصل

والأمراض الجهازية بكلية الطب ليل 2 - فرنسا

• دبلوم جامعي في الفحص بالصدى

31/12/13

DC: tendinopathie épaule droite

merci de faire 10 séances (3/semaine)

Protocole

Physiothérapie au US avant chaque séance

- Massage décontracturant du trapèze et des fixateurs de l'omoplate
- Restauration des amplitudes articulaires passives
- Equilibrer le couple deltoïde/ coiffe des rotateurs en faisant travailler en isométrique et en dynamique les muscles stabilisateurs de la tête

Y FIT SARL AU
n°90, Arsat Sbainy Guéliz Marrakech

RCN : 119.325
ICE N° : 002900891000067
Tél : 06 86 27 70 96

Dr. BENDRISS NORRA
Spécialiste en Rhumatologie
Av. Abdelkarim Khattabi, Rés. El Mouhendez, Appt. N°3 Bloc C 1er étage, Guéliz Marrakech
Tél: 05 24 43 88 99 - E-mail: cabinetbendriss@gmail.com

شارع عبد الكريم الخطابي، إقامة المهندس، عمارت C شقة 3 الطابق 1 جليز - مراكش

Av. Abdelkarim Khattabi, Rés. El Mouhendez, Appt. N°3 Bloc C 1er étage, Guéliz Marrakech
Tél: 05 24 43 88 99 - E-mail: cabinetbendriss@gmail.com

Dr. BENDRISS Nora

Spécialiste en Rhumatologie

maladies des os, des articulations, des muscles et de la colonne vertébrale

Ancien médecin du CHU Mohammed VI

et de l'hôpital Ibn Tofail de Marrakech

• Diplôme interuniversitaire de polyarthrite
et maladies systémiques, Faculté de médecine Lilie 2 - France

• Diplôme universitaire en Echographie ostéo articulaire

الدكتورة بن دريس نورة

اختصاصية في أمراض الروماتيزم

العظام المفاصل والعمود الفقري

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي محمد السادس

وبمستشفى ابن طفيل بمراش

• دبلوم جامعي في التهاب المفاصل

والأمراض الجهازية بكلية الطب ليل 2 - فرنسا

• دبلوم جامعي في الفحص بالصدى

03/02/2023

Marrakech le :

M : Mme BAGASSE Hafida

COMPTE RENDU ECHOGRAPHIQUE DES DEUX EPAULES

Épaule droit

• LPB: en place, d'aspect ovalaire, homogène entourée d'une lame d'épanchement

• sub scapulaire est d'écho structure homogène

• aspect hétérogène épaissi du susépineux droit avec aspect irrégulier du trochiter

• BSAD DOP-

• infraépineux est sans anomalie

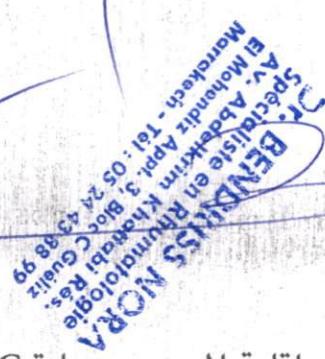
Épaule gauche

• LPB: en place, d'aspect ovalaire, homogène

• sub scapulaire est d'écho structure homogène non épaissi

• aspect hétérogène épaissi du susépineux gauche avec signe de meplat en rapport avec une
rupture

• infraépineux est sans anomalie



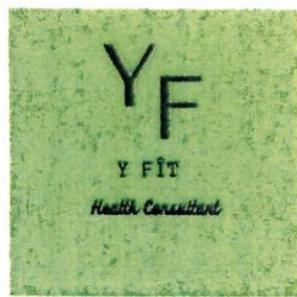
شارع عبد الكريم الخطابي، إقامة المهندس، عمارة C شقة 3 الطابق 1 جلiz، مراكش

Av. Abdelkarim Khattabi, Rés. El Mouhendiz, Appt. N°3 Bloc C 1^{er} étage, Guéliz - Marrakech

Tél. : 05 24 43 88 99 / 06 96 97 26 97 / E-mail : cabinetbendriss@gmail.com

Centre Y.Fit

De Rééducation et Réadaptation
Fonctionnel



Facture

Marrakech le : 02/05/2023

N° RD 113

Date d'admission	Nom/Prénom du Patient	Date d'encaissement
06/02/2023	HAFIDA BAGASSE	07/03/2023.

Mode de Patient	Référence du Patient	Montant en DH
Par chèque	DH	10 Séances x 150 dh
Payant	Total Payé	1500 dh
Arrêtée à la somme de		Miller Cinq mille Cinq cent dirhams.

Calendrier des Séances.

- 1) 06/02/2023
- 2) 10/02/2023
- 3) 14/02/2023
- 4) 17/02/2023
- 5) 20/02/2023

- 6) 04/02/2023.
- 7) 27/02/2023.
- 8) 03/03/2023
- 9) 05/03/2023.
- 10) 07/03/2023.

Signature :

Y FIT SARL AU
 N°90, Arset Sbaia Gueliz Marrakech
 RC N°: 119375
 ICE N°: 002900891000067
 Tel: 06.66.27.70.96

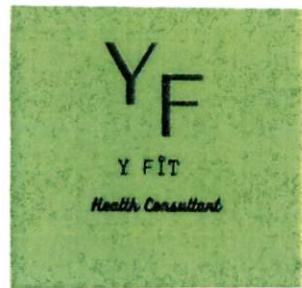
Mr. RASSOUI **Y FIT AU**
 N°90, Arset Sbaia Gueliz Marrakech
 Tel: 06.66.27.70.96

Cadre Kinésithérapeute
 N°90, ARSET SBAIA GUELIZ MARRAKECH
 Tél : 06.66.27.70.96

Centre Y.Fit

De Rééducation et Réadaptation
Fonctionnel

Compte Rendu



MARRAKECH le 02/05/2023.

Je Soussigne M. RAISONSSI YOUSSEF cadre Kiné
avoir pas en charge par HAFIDA BAGASS.
pour 10 séances de Rééducation Prescrite.
Par Dr. BENDRISS NORA. le 03/01/2023.
Par des séances de Physiothérapie
et renforcement + équilibre.
Vous Trouvez G-Joint la Force + fluidité
des séances.
Veuillez agréer mes solutions les plus
distincte.

Y FIT SARL AU
490, Arset Sbaïa Gueliz Marrakech
RC N° 119375
ICE N° : 00290H891000067
Tél : 06 66 27 70 96

Dr. BENDRISS Nora

Spécialiste en Rhumatologie

maladies des os, des articulations, des muscles et de la colonne vertébrale

Ancien médecin du CHU Mohamed VI

et de l'hôpital Ibn Tofail de Marrakech

• Diplôme interuniversitaire de Polyarthrite
et maladies systémiques, Faculté de médecine Lille 2 - France

• Diplôme universitaire en Échographie ostéo articulaire

الدكتورة بن دريس نورة

اختصاصية في أمراض الروماتيزم

العظام، المفاصل والعمود الفقري

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي محمد السادس

ومستشفى ابن طفيل بمراكش

• دبلوم جامعي في التهاب المفاصل
والأنسجة المهازلية بكلية الطب ليل 2 - فرنسا

• دبلوم جامعي في الملاحة

31/12/2023

Dr. BENDRISS NORA
Spécialiste en Rhumatologie
Av. Abdelkarim Khattabi, Rés.
El Mohendiz Appt. 3, Bloc C Guéliz
Marrakech - Tel : 05 24 43 88 99

Mme BAGASSE Hafida

Marrakech le,

M :

Rx des deux épaules face en rotation neutre

Résultats:

- pas d'anomalie de la minéralisation osseuse
- pincement de l'espace sous acromial bilatérale
- cortical irregulier du trochiter gauche
- respect de l'interligne articulaire gléno huméral
- arthrose acromio claviculaire bilatérale

Dr. BENDRISS NORA
Specialiste en Rhumatologie
Av. Abdelkarim Khattabi, Rés.
El Mohendiz Appt. 3, Bloc C Guéliz
Marrakech - Tel : 05 24 43 88 99

شارع عبد الكريم الخطابي، إقامة المهندس، عمارة C شقة 3 الطابق 1 جليز - مراكش

Av. Abdelkarim Khattabi, Rés. El Mouhendez, Appt. N°3 Bloc C 1er étage, Guéliz Marrakech
Tél: 05 24 43 88 99 - E-mail: cabinetbendriss@gmail.com

03 FEV 2023

B F 15 MHZ G 54%
PPC 4 CM XV C
PRC 11-4-H PRS 6
PST 4

EPAULE LA435



03 FEV 2023 12:20

B F 15 MHZ G 54%
PPC 4 CM XV C
PRC 11-4-H PRS 6
PST 4

EPAULE LA435

