

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

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.

N° W21-802313

<input checked="" type="checkbox"/>	Maladie	<input type="checkbox"/>	Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/>	Optique	<input type="checkbox"/>	Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)				Société : <i>Royal Air Maroc</i>			
Matricule : <i>12617</i>		Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/>		Nom & Prénom : <i>MIKLASS Nisrine</i>		Autre :	
Date de naissance : <i>01/03/1988</i>		Adresse : <i>Auchange</i>		Tél. : <i>0663084084</i>		Total des frais engagés : <i>169368</i> Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin							
Cachet du médecin : Docteur Laurence Falque Ophtalmologiste							
Date de consultation : <i>19/05/2023</i>							
Nom et prénom du malade : <i>MIKLASS Nisrine</i> Age : <i>40</i>							
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant							
Nature de la maladie : <i>Conjunctivite hiviale</i>							
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 : *26 Mai 2023*

Signature de l'adhérent(e) : *(Signature)*



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
19/05/23				INP : CS 111111 Docteur Laurence Falque Ophtalmologiste

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de la Côte Marignasse 10, place Raoul Dautry 75015 PARIS Tél. : 01 43 21 42 42 Fax : 01 40 47 07 65 75 203 4017	19/05/23 19/05/23	41,01 € 9,76 €

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS
DEBUT D'EXECUTION
FIN D'EXECUTION
COEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS
DATE DU DEVIS
DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CDS SOMED MONTPARNASS
17 BOULEVARD DE VAUGIRARD
75015 PARIS
Tél: 01.83.94.60.60
N° SIRET : 849 451 869 00028

N° FINESS : 75 0 06358 8

Patient : MIKLASS Nisrine (N°: 587964)

Né(e) le : 01/03/1988

N° SS :

Risque :

Lien :

N°Adhérent :

FACTURE

N° Fact / FSE : 168 969 / 0

du 19/05/2023

Praticien : **FALQUE Laurence**

Spécialité 15 - Ophtalmologue

Page 1 of 1

Assuré : MIKLASS Nisrine (N°: 587964)

Adresse :

Date des soins	Acte	Cotation	Sécu	Mutuelle	Patient	Montant
19/05/2023	Pachy+Explo flux lacrymaux+Rétino	1.00 ATM	0.00	0.00	21.58	21.58
19/05/2023	Pachy+Explo flux lacrymaux+Rétino	1.00 ATM	0.00	0.00	9.60	9.60
19/05/2023	Pachy+Explo flux lacrymaux+Rétino	1.00 ADI	0.00	0.00	20.83	20.83
						Total : 52.01

CDS SoMeD Montparnasse

Gare SNCF – 17 Blvd de Vaugirard 75015 PARIS

Tél : 01 83 94 60 60

Finess : 750063588

Mail : Montparnasse@somedsante.fr

Montant des avances consenties	A la charge de l'assuré			
	52.01 €			
	ACQUITTÉ PAR LE PATIENT			
	Espèces	Chèques	Cartes	Autres
	0,00	0,00	52,01	0,00
Total : 0.00 €			Reste dû le 19/05/2023 : 0.00 €	

Le montant dû par le patient peut être révisé compte tenu des remboursements versés par les régimes obligatoires et complémentaires



CDS SOMED MONTPARNASS
17 BOULEVARD DE VAUGIRARD
75015 PARIS

Tél: 01.83.94.60.60
N° SIRET : 849 451 869 00028

N° FINESS : 75 0 06358 8

Patient : MIKLASS Nisrine (N°: 587964)

Né(e) le : 01/03/1988

N° SS :

Risque :

Lien :

N°Adhérent :

FACTURE

N° Fact / FSE : 168 968 / 0

du 19/05/2023

Praticien : LACHKAR Alexis

Spécialité 29 - Orthoptiste

Page 1 of 1

Assuré : MIKLASS Nisrine (N°: 587964)

Adresse :

Date des soins	Acte	Cotation	Sécu	Mutuelle	Patient	Montant
19/05/2023	Mesure de l'acuité visuelle/réfraction	8.50 AMY	0.00	0.00	22.10	22.10
Total : 22.10						

CDS SoMeD Montparnasse

Gare SNCF – 17 Blvd de Vaugirard 75015 PARIS

Tél : 01 83 94 60 60

Finess : 750063588

Mail : Montparnasse@somed-sante.fr

Montant des avances consenties	A la charge de l'assuré			
	22.10 €			
	ACQUITTÉ PAR LE PATIENT			
	Espèces	Chèques	Cartes	Autres
	0,00	0,00	22,10	0,00
Total : 0.00 €	Reste dû le 19/05/2023 : 0.00 €			

Le montant dû par le patient peut être révisé compte tenu des remboursements versés par les régimes obligatoires et complémentaires

CENTRE DE SANTE SOMED MONTPARNASSE

Gare SNCF MONTPARNASSE 17 bd de Vaugirard, 75015 Paris

Tél : 01 87 03 93 93

FINESS 750063588

Docteur Laurence FALQUE

Ophtalmologie

N° RPPS : 10000430438

Paris, le 19/05/2023

Madame Nisrine MIKLASS

ORDONNANCE

Pharmacie de la Gare Montparnasse

10, place Raoul Dautry

75015 PARIS

Tél. : 01 43 21 42 42

Fax : 01 40 47 07 65

75 2 03401 7

TOBRADEX

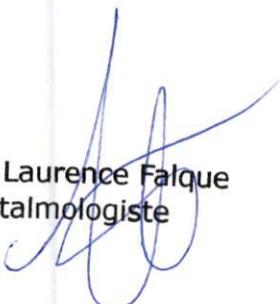
une goutte 4 fois par jour dans les deux yeux /15 jour

Optive Fusion

une goutte matin midi et soir dans les deux yeux.

TRAITEMENT POUR UN MOIS À RENOUVELER 5 FOIS

Docteur Laurence Falque
Ophtalmologiste



PHARMACIE DE LA GARE MONTPARNASSE
Fond. Mme : 427798
40 PLACE RAOUL DALTREY Date fact : 19/05/2007
79015 PARIS Date ord : 19/05/2007
75014 PARIS N° ord : 50000 MAROC
INSEE : 014121422 Maitrise : SODEM Montparnasse
75014 PARIS Date ord : 19/05/2007
00000 MAROC
Ces deux articles
ONT REUVEILLEMENT N° 1
DATE DESIGNATION CIP PRIxAU Bases HS 1955
1 IMPERIAL COLLY S 24000914429972 2.48 - 1.02 0
1 UGP EL 544 0400 687972
1 MONTANT TOTAL : 4.01 0.00 MONTANT AVE : 0.00
MONTANT AVE : 0.00 MONTANT AVE : 0.00

PHARMACIE DE LA GARE MONTPARNASS
 . MR LE MIRE
 10 PLACE RAOUL DAUTRY
 75015 PARIS
 FRANCE
 Tel: 0143214242
 N° SIRET: 48958586900014
 Code NAF: 4773Z - FR73489585869

Page 1 / 1

FACTURE

N°3217/623399

Du 19/05/2023

Date de l'échéance 20/05/2023

MIKLASS NISRINE
 casablanca
 00000 MAROC

Prescripteur : SOMED Montparnasse
 N° AM : 750063588
 Opérateur: clara a

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
OPTIVE FUSION S ocul Fl/10ml2 3401060060718	AAD	0	1	8,133	20,00%	8,13

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
8,13	20% (6)	1,63	9,76
Total HT		Total TVA	Total TTC
8,13		1,63	9,76

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	9,76

Mode(s) de règlement	
CB	9,76
Reste dû	0,00

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

Pharmacie de la Gare Montparnasse

10, place Raoul Dautry
 75015 PARIS
 Tél. : 01 43 21 42 42
 Fax : 01 40 47 07 65
75 0 00401 7

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 6: taux 20.0

(NF525) 132//1/FACTURATION/FACTURE/YRNQ/N/hFOR/N/RQQh/2.20.1.1.R15-118/0/B525/0370-1/1202862

PHARMACIE DE LA GARE MONTPARNASSE
 . MR LE MIRE
 10 PLACE RAOUL DAUTRY
 75015 PARIS
 FRANCE
 Tel: 0143214242
 N° SIRET: 48958586900014
 Code NAF: 4773Z - FR73489585869

Page 1 / 1

FACTURE

N°3216/623398

Du 19/05/2023

Date de l'échéance 20/05/2023

MIKLASS NIRINE
 casablanca
 00000 MAROC

Prescripteur : SOMED Montparnasse

N° AM : 750063588

Opérateur: clara a

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
TOBRADEX COLLY SUSP FL 5ML 3400934429972	PH4	0	1	2,429	2,10%	2,43
N° Ordonnancier : 683972						
Honor. dispens. HD4	HD4	0	1	0,999	2,10%	1,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
3,93	2,1% (4)	0,08	4,01
Total HT		Total TVA	
3,93		0,08	4,01

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	4,01

Mode(s) de règlement	CB	4,01
Reste dû	0,00	

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

**feuille de soins
auxiliaire médical(e)**Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

date 1 9 0 5 2 0 2 3 A

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)**PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la zone "nom et prénom" est obligatoirement remplie par l'auxiliaire médical(e))**

nom et prénom

MIKLOSS NISRINE

(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

numéro d'immatriculation

date de naissance **0 1 0 3 1 9 8 8**

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

nom et prénom

(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

numéro d'immatriculation

ADRESSE DE L'ASSURE(E)code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par l'auxiliaire médical(e))**IDENTIFICATION DE L'AUXILIAIRE MEDICAL(E)****IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE****LACHKAR ALEXIS****7 5 9 2 2 7 6 1 4**

CONVENTIONNE

CDS SOMED MONTPARNASSE

17 BOULEVARD DE VAUGIRARD

75015 PARIS**AUXILIAIRE MEDICAL(E) REMPLACANT(E)**

nom et prénom

=> 75 0 06358 8 20 1 11 0 n°AM

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé**IDENTIFICATION DU PRESCRIPEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce**nom et prénom **CDS SOMED MONTPARNASSE**

raison sociale

identifiant **75 0 06358 8**n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)**CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE RECEVANT LES SOINS**prestation ou traitement prescrit le **1 9 0 5 2 0 2 3 A A**

accord préalable du

J J M M A A A A **MALADIE** (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante) **SOINS dispensés au titre de l'art. L. 115**
(cf. la notice au verso : § précédé de "n°"
et les recommandations importantes)

soins en rapport avec le protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

oui

date

J J M M A A A A **MATERNITE**

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J J M M A A A A **AT/MP**

numéro

ou

date

J J M M A A A A**ACTES EFFECTUÉS**

dates des actes	codes des actes	tarification	montant des honoraires	1	frais de déplacement	
					I.F.	I.K.
2					nbre	montant
3						
1 9 0 5 2 0 2 3		AMY 8.50	22,10			
J J M M A A A A						

NE PAS UTILISER**EN ATTENTE****DU CODAGE****DES ACTES****PAIEMENT****uniquement)****MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)****22.10 €**

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

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

signature de l'auxiliaire
médical(e) ayant effectué
l'acte ou les actes**CDS SoMeD Montparnasse**
Gare SNCF - 17 Bd de Vaugirard 75015 PARIS
Tél : 01 83 94 00 60
Finess : 750063588signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signerQuiconque se rend coupable Mail : Montparnasse@somedsante.fr de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale). Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail 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.

feuille de soins - médecin

Art. 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) Centre Paiement

Ref. = 168 969

date J J M M A A A A

1 9 0 5 2 0 2 3

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom

MIKLASS NIRSINE

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

J J M M A A A A
0 1 0 3 1 9 8 8code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le médecin)

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

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION DU MEDECIN

FALQUE LAURENCE

100 0 0 4 3 0 4 3 8

15

CONVENTIONNE

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

CDS SOMED MONTPARNASSE

17 BOULEVARD DE VAUGIRARD

75015 PARIS

=> 75 0 06358 8 20 1 11 0 n°AM

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

 MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante) SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "*" et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

oui

date

J J M M A A A A

 MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J J M M A A A A

 AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique

urgence

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

ACTES EFFECTUÉS

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)

dates des actes	codes des actes	activités C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P,...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	délai de paiement	frais de déplacement	
						1	2
19 0 5 2 0 2 3	B D Q P 0 0 3	1		1		2 1, 5 8	
19 0 5 2 0 2 3 A	B B Q P 0 0 1	1		2		9, 60	
19 0 5 2 0 2 3 A	B G Q P 0 0 7	1		5		2 0, 8 3	

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

5 2, 0 1

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

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

CDS SoMeD Montparnasse

Gare SNCF - 17 Bd de Vaugirard 75015 PARIS

Tél : 01 83 94 60 60

Fax : 01 83 94 60 60

E-mail : 750063588@somedsante.fr

signature du médecin ayant effectué l'acte ou les actes

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 1975 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.

623398
19052023

MIKLASS NISRINE

0 1 0 3 1 9 8 8 1

casablanca 00000 MAROC

MR LE MIRE .

10000341981

PHARMACIE DE LA GARE MONTPARNASSE
10 PLACE RAOUL DAUTRY
75015 PARIS
752034017
RENOUVELLEMENT No 1

SOMED Montparnasse

750063588

19052023

XX

XX

Prest	CIP/Ref.	LPP(Ut)	Homeo	Decon-	Qte	PU	Mt	Fact	Libelle	Nb btes	Mod.	Indic.	Date	Date
			c.	lab	dition.					utili.	presc	Subst.	debut	loc
PH4	3400934429972				1	2,48		2,48	TOBRADEX COLLY SUSP FL					
HD4					1	1,02		1,02	Honor. dispens.	U				
HDR					1	0,51		0,51	Honor. dispens.					

4 , 0 1

MR LE MIRE .

OPTIVE Fusion® est un collyre en solution lubrifiante stérile en flacon multidose, destiné à lubrifier et hydrater la surface des yeux. Il est indiqué pour aider à soulager temporairement la sécheresse, l'irritation, la brûlure, l'inconfort et/ou tout autre symptôme causé par la sécheresse oculaire ou des facteurs environnementaux.

Contient 10 ml de solution

La solution d'OPTIVE® Fusion contient de la carboxyméthylcellulose sodique à 0,5%, de la glycérine à 0,9%, du hyaluronate de sodium à 0,1%, de l'acide borique à 0,7%, du borate de sodium décahydraté à 0,2%, de l'érythritol, du citrate de sodium dihydraté, du chlorure de potassium, du chlorure de calcium dihydraté, du chlorure de magnésium hexahydraté, de l'eau purifiée, de l'acide chlorhydrique ou de l'hydroxyde de sodium pour ajuster le pH et un conservateur, le PURITE® à 0,01%.

- Conserver à température ambiante
- Jeter toute solution restante 90 jours après ouverture



Attention : conserver la notice d'utilisation



65553FP15

abbvie

optive
FUSION®



abbvie

0344

CE

devices.abbvie.com



Zwolle

8017 JV

Pays-Bas

ABBIE LOGISTICS B.V.



Hande

D17 E400

INTERNATIONAL LIMITED

PHARMACEUTICALS

ALLERGAN

EC REP

Etats-Unis

IRVINE CA 92612

ALLERGAN SALES, LLC



optive FUSION®

94607FP

optive
FUSION®

10 ml de solution



REF 10077X

MD

STERILE A



LPP 1168581

3 401060 060718 >

