

**RECOMMANDATION
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS**

JAMAL EDDINE Mohamed
081

**LIRE POUR
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

- 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

M22- 0020547

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0836 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : JAMAL EDDINE MOHAMED 123646
Date de naissance : 01.01.1943
Adresse : 49 RUE MY IDRIS EL AZHAR - BERRECHID
Tél. : 06.41.44.46.05 Total des frais engagés : 1232,80 DHS

Cadre réservé au Médecin

CENTRE D'HEMODIALYSE BERRECHID
Dr. Zainab EL BOUZZAOUI
Médecin Directrice
25, Lot. Chabab Berrechid
Tél : 05 22 32 84 31 / INP : 061172813

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/06/2023
Nom et prénom du malade : JAMAL EDDINE MOHAMED Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : affection néphrologique
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 : BERRECHID Le : 20/06/2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 22/06/23 | CS | | 822.80 | CENTRE D'HEMODIALYSE BERRECHID Dr. Zainab EL BOUZZAOUI Medecin Directrice 25, Lot. Chabab Berrechid Tél: 05 22 32 84 31 INP: 061172843 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

20.06.23 822.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

22/06/23 120,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

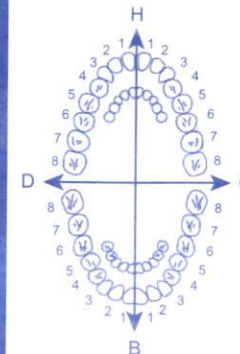
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

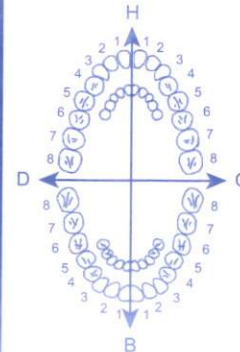
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



مركز تصفية الدم برشيد

Centre d'hémodialyse Berrechid

Dr. Zainab El BOUAZZAOUI

Dr. Mahfoud GOUNAJJAR

Spécialistes en Néphrologie

Maladies Rénales, Hypertension artérielle,

Dialyse, Transplantation Rénale

الدكتورة زينب البوعزاوي

الدكتور محفوظ غونجار

أخصائي أمراض الكلى

تصفية الدم

وارتفاع الضغط الدموي

Berrechid, le :

20/06/2023

Pharmacie 2000
Docteur Kadiri L. Zineb
27 rue Mohammed V
BERRECHID

Mr JANARODINE

Nohamef

3130
x2

1) Zyloric 200mg (2 mois)

no.10
x2

2) CACIT 1000 vit D3 (2 mois)

Gerv
x9

3) sachet / 1000 repa

2

FERREX amp.

3 mois

CENTRE D'HEMODIALYSE BERRECHID
Dr. Zainab EL BOUAZZAOUI
Medecin Directrice

05 22 32 50 17 - 05 22 32 84 31 : الهاتف 25 تجزئة الشات

25, Lot Chabab - Berrechid (en face Marjane) - Tél.: 05 22 32 84 31

RC : 10953 - IF : 15204795 - CNSS : 4681856 - TP : 40711209 - N°PE 3080082189 - ICE : 00168489900048

E-mail: dialyseberrechid@gmail.com

N° Urgence: 06-13-232-420

97,70
41

ANEP 5 mg. (2 mois)

1cp/j

 **Pharmacie 2000**
Docteur Kadiri L. Zineb
22, bd Mohammed V BERRECHID
022.53.36.05

CENTRE D'HEMODIALYSE BERRECHID
Dr. Zainab EL BOUZZAOUI
Medecin Directrice
25, Lot. Chahab Berrechid
Tél: 05 22 32 84 31 / MP: 061172813

CENTRE D'HEMODIALYSE BERRECHID
Dr. Zainab EL BOUZZAOUI
Medecin Directrice
25, Lot. Chahab Berrechid
Tél: 05 22 32 84 31 / MP: 061172813



مركز تصفية الدم برشيد

Centre d'hémodialyse Berrechid

Dr. Zainab El BOUAZZAOUI

Dr. Mahfoud GOUNAJJAR

Spécialistes en Néphrologie

Maladies Rénales, Hypertension artérielle,

Dialyse, Transplantation Rénale

الدكتورة زينب البوعزاوي

الدكتور محفوظ غونجار

أخصائي أمراض الكلى

تصفية الدم

وارتفاع الضغط الدموي

Berrechid, le : 20/06/2023

Nom et Prénom :

Yannick Gounajjar Mohamed

Hématologie

- ☐ NFS
☐ Ferritine
☐ Coefici de saturation en fer
☐ Reticulocytes

Ionogramme

- ☐ Urée
☐ Créatinine
☐ Acide unique
☐ Na+
☒ K+ Saus garret
☒ Bicarbonates (HCO₃)

- ☐ Ca++
☐ Phosphore
☐ Ionogramme sanguin
☐

Hémostase

- ☐ TP-INR
☐ TCA

Glucose

- ☐ Glycémie à jeun
☐ Hémoglobine glyquée

Séro - immuno

- ☐ Ag HBS
☐ Ac Anti-Hbs
☐ Ac Anti-Hbc
☐ Ac Anti-HVC
☐ HIV (1,2)
☐ GOT, GPT
☐ EPP
☐ Albuminémie
☐ Protidémie
☐ TSH
☐ PTH(1-84)
☐ Vitamine D (250 HD)
☐ PSA
☐ GGT

Groupage

- ☐ ABO

Examen urinaire

- ☒ Protéinurie de 24h
☐ ECBU + Antibioqramr

Lipidique

- ☐ Cholestérol total
☐ Cholestérol HDL
☐ Cholestérol LDL
☐ Triglycéride

Osseuse

- ☐ 25 OH VT D
☐ 1.25 OH VT D
☐ PAL

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
CENTRE D'HEMODIALYSE BERRECHID
Dr. Zainab EL BOUAZZAOUI
Medecin Directrice
25, Lot Chabab Berrechid
Tél: 05 22 32 50 17 / INP: 061172813

25 تجزئة الشباب - برشيد (مقابل مرجان) - 05 22 32 50 17 : الفاكس - 05 22 32 84 31 : الهاتف

25, Lot Chabab - Berrechid (en face Marjane) - Tél.: 05 22 32 84 31 - Fax : 05 22 32 50 17

RC : 10953 - IF : 15204795 - CNSS : 4681856 - TP : 40711209 - INPE : 060062189 - ICE : 001684899000048

E-mail: dialyseberrechid@gmail.com - N° Urgence: 06-13-232-420

Laboratoire Sekkat d'analyses médicales

Docteur Mohamed Sekkat
Médecin Biologiste en analyses médicales

Adresse : N°12 Lot. El Youssef II, intersection rue Mohamed V et rue
Moqawama, à côté de BMCE bank, Berrechid
Tél. : 05 22 51 77 81 / Email : laboratoiresekkat@gmail.com
Urgences : 06 25 63 42 71

Biochimie - Hématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -
Immunologie - Hormonologie - Toxicologie - Biologie de la reproduction

Facture

N° facture : 2023-07469

Patient : Mr JAMAL EDDINE Mohamed

Edité le : 22/06/2023

Date prélèvement : 22/06/2023

| Analyses | Valeur en B | Montant |
|---------------------|-------------|---------|
| Potassium | 30 | 30,00 |
| Réserve Alcaline | 40 | 40,00 |
| PROTEINURIE DE 24 H | 40 | 40,00 |
| Total B | 110 | 110,00 |
| APB | 2,0 | 0,00 |
| | | |
| Total | | 110,00 |

*Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent dix dirhams****

LABORATOIRE SEKKAT
D'Analyses Médicales
Dr. SEKKAT Med
Lot LE Youssef II N°12 Berrechid



LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MEDIC

مختبر سقاط للتحاليل الطبية

ΒΙΟΧΗΜΕΙΑ ΟΥΡΩΝ ΨΕΥΔΟΜΟΝΟΓΡΑΦΙΑΣ.

Biochimie - Hématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -
Immunologie - Hormonologie - Toxicologie - Biologie de la reproduction

Dr. Mohamed SEKKAT
Médecin Biologiste

Pvt du: 22/06/2023
Edition du : 22/06/2023
Dossier N° : 10A05662021
C..LN : W16543

Mr JAMAL EDDINE Mohamed

Né(e) le : 01/01/1943



PASSEPORT :



Page : 1/1

IONOGRAMME (BECKMAN COULTER AU 480)

| | | Valeurs Usuelles | Antériorité |
|---------------------------------------|---|--------------------------|-------------|
| Potassium | : | 4,55 mEq/l (3,5 - 5,5) | |
| Réserve Alcaline (technique : ISE) | : | 23,0 mEq/L (21 - 28) | |

CHIMIE URINAIRE

| | | Valeurs Usuelles | Antériorité |
|---|---|----------------------------------|-------------|
| PROTEINURIE DE 24 H | | | |
| Diurèse de 24 heures (Sous réserve d'un bon recueil urinaire.) | : | 1 500 ml | |
| Protéinurie sur échantillon | : | 0,060 g/l (Inférieur à 0,15) | |
| Protéinurie de 24 h | : | 0,090 g/24h (Inférieur à 0,15) | |

LABORATOIRE SEKKAT
D'Analyses Médicales
Dr. SEKKAT Med
Lot EL Yousser II N° 12 Berrechid

NOTICE D'INFORMATION POUR LES UTILISATEURS

FERPLEX 40 mg, Solution Orale
Fer protéinsuccinylate
 Boîte de 10 flacons de 15 ml

Veillez lire attentivement l'intégralité de l'avant d'utiliser ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit.
- Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Contenu de la notice :

1. Qu'est-ce que FERPLEX 40 mg solution orale et dans quels cas est-il utilisé.
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre FERPLEX 40 mg solution orale.
3. Comment prendre FERPLEX 40 mg solution orale.
4. Quels sont les effets indésirables éventuels.
5. Comment conserver FERPLEX 40 mg solution orale.
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE FERPLEX 40 MG SOLUTION ORALE ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ :

Classe pharmacothérapeutique : Fer trivalent, préparations orales. FERPLEX 40 mg solution orale est un médicament qui apporte du fer aux globules rouges dans le sang, pour le traitement des carences de fer ainsi que le traitement de l'anémie (diminution du taux d'hémoglobine ainsi que du nombre et de la dimension des globules rouges), due à cette carence en fer.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE FERPLEX 40 MG SOLUTION ORALE :

Ne prenez jamais FERPLEX 40 mg solution orale dans les cas suivants :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) au Fer protéinsuccinylate ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament.
- Si vous êtes allergique aux protéines lactées.
- Si vous souffrez d'une maladie qui provoque une accumulation de fer dans l'organisme (Hémochromatose et Hémochromatose).
- Si vous souffrez d'une pancréatite (inflammation du pancréas) ou d'une cirrhose hépatique (maladie chronique du foie qui se caractérise par la formation de lésions de fibrose ou de « cicatrices » dans le tissu hépatique et qui altère sa structure et son fonctionnement normal) dues à une accumulation de fer.

Si vous souffrez d'une maladie hépatique, il est possible que vous ayez des problèmes de fonctionnalité hépatique.

Faites attention
 En cas de carence avant de prendre
Prise ou utilisation
 Si vous prenez ou avez pris un médicament

6 118001 040070
 Fabricant :
 HERMES PHARMA GmbH
 ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG
 AUTRICHE
 BOTTU SA PPV : 110 DH 10

6 118001 040070
 Fabricant :
 HERMES PHARMA GmbH
 ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG
 AUTRICHE
 BOTTU SA PPV : 110 DH 10

- Alfa méthylodopa, utilisée pour le traitement de l'hypertension artérielle.
- Thyroxine, utilisée pour le traitement de l'hypothyroïdie (glande thyroïde trop peu active).
- Lévodopa et carbidopa utilisés pour le traitement de la maladie de Parkinson.
- Mycophénolate mofétil, utilisé en prévention de rejet de greffe.

L'absorption intestinale du fer et ainsi l'efficacité du FERPLEX 40 mg solution orale peut être réduite si l'administration est accompagnée par les médicaments mentionnés ci-dessous. Il est nécessaire d'espacer d'au moins deux heures la prise du FERPLEX et celle des médicaments suivants :

- Antiacides, habituellement utilisés chez les patients qui souffrent d'acidité gastrique.
- Chloramphénicol (antibiotique).
- Cholestyramine, utilisé chez les patients ayant une hypercholestérolémie.
- Médicaments pour le traitement de l'ulcère gastrique ou le reflux gastro-œsophagique comme l'oméprazole, le lansoprazole et le pantoprazole.
- Risque d'interférences avec les tests diagnostiques :

Ce médicament peut interférer avec les analyses en laboratoire pour la recherche de sang occulte dans les selles.

Prise de FERPLEX 40 mg solution orale avec les aliments et boissons :

Certains aliments végétaux, le lait, le café et le thé diminuent l'absorption du fer. Il est donc nécessaire d'espacer d'au moins deux heures l'administration de FERPLEX 40 mg et la prise de ces aliments.

L'absorption des dérivés de fer peut être augmentée suite à l'ingestion de jus d'orange (orange, citron, etc.) fraîchement pressés.

Grossesse et allaitement :

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

FERPLEX est indiqué pendant la grossesse et l'allaitement pour le traitement des carences en fer, il n'y a donc aucune précaution particulière à prendre.

Conduite de véhicules et utilisation de machines :

Aucun effet sur l'aptitude à la conduite et l'utilisation de machines n'a été observé.

Informations importantes concernant certains composants de FERPLEX 40 mg solution orale :

FERPLEX peut provoquer des réactions allergiques (éventuellement retardées) car il contient du sel de sodium de parahydroxybenzoate de propyle (E-217) et du sel de sodium de parahydroxybenzoate de méthyle (E-219).

3. COMMENT PRENDRE FERPLEX 40 MG SOLUTION ORALE :

Reportez toujours la posologie indiquée par votre médecin ou votre pharmacien. En cas de doute, consultez votre médecin. Rappelez-vous de prendre votre médicament.

Votre médecin vous indiquera la durée du traitement. Ne pas suspendre le traitement car vous n'allez pas obtenir le résultat attendu. De préférence, prendre ce médicament quelques heures avant les repas.

Le contenu du flacon peut être administré directement ou bien dilué dans l'eau.

Le dosage suivant est recommandé :

Adulte : 1 à 2 flacons par jour, suivant les recommandations de votre médecin (équivalent à 40 – 80 mg de fer) en 2 prises.

Enfant : 1,5 ml/kg/jour (équivalent à 4 mg de fer/kg/jour) en 2 prises ou suivre les recommandations de votre médecin.

La durée du traitement dépend de la nature et de l'importance de la carence en fer. Le traitement doit se poursuivre jusqu'à ce que les réserves en fer de l'organisme aient été reconstituées.

Avertissez votre médecin si vous ressentez que l'effet du FERPLEX est trop fort ou trop faible.

Si vous avez pris plus de FERPLEX 40 mg solution orale que vous n'auriez dû :

Contactez votre médecin ou votre pharmacien ou appelez le centre Anti Poison et de Pharmacovigilance au téléphone suivant : 05 37 68 64 64.

Si vous avez oublié de prendre FERPLEX 40 mg solution orale :

Ne prenez pas une double dose pour compenser la dose oubliée. Ne prenez jamais 2 doses en même temps.

Si vous avez oublié de prendre une dose, prenez la dose suivante le plus rapidement possible puis poursuivez votre traitement normalement.

Si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin.

4. QUELLES SONT LES EFFETS INDESIRABLES ÉVENTUELS :

Comme tous les médicaments, FERPLEX 40 mg solution orale est susceptible de provoquer des effets indésirables.

LOT 230304
 EXP 01 2027
 PPV 31.30

LOT 22 2026
 EXP 11 2026
 PPV 31.30

Si vous avez une réaction allergique, consultez votre médecin.

5. COMPOSITION :
 Aconsul
 Tenir hors de la portée des enfants.

Ne pas utiliser si vous êtes allergique à la pénétration indiquée sur la boîte. La date d'expiration fait référence à la date d'expiration faite par le fabricant. Les médicaments ne doivent pas être utilisés dans les ordures ménagères. Demandez des médicaments inutilisés, de l'environnement.

6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES :

Composition de FERPLEX 40 mg :

La substance active est le fer (II) sous forme de fer protéinsuccinylate (à base de fer) :

Chaque flacon de 15 ml de solution orale de fer protéinsuccinylate, équivalent à 40 mg de fer.

Les autres composants sont :

Sorbitol (E-420), propylène glycol (E-219), Propylène glycol sodique (E-219), Propylène glycol sodique, Arôme de menthe de sodium et de l'eau purifiée.

Aspect du produit et contenu :

FERPLEX se présente sous la forme de couleur marron et avec une odeur de menthe.

Boîte contenant 10 flacons.

Fabricant :
 ITALFARMACO SA
 C / San Rafael,
 28108 Alcobendas (Madrid),
 Espagne.

Titulaire de l'autorisation de mise sur le marché :

Versalya
 Les formes et les dosages

Laboratoire Pharmaceutique,
 Zone Industrielle du Sahel, lot 149
 Had Soualem, Province d'Alger

FERPLEX 40 mg
 Fer protéinsuccinylate
 Boîte de 10 Flacons buvables
 PPV 60,00 Dhs

FERPLEX 40 mg
 Fer protéinsuccinylate
 Boîte de 10 Flacons buvables
 PPV 60,00 Dhs

FERPLEX 40 mg
 Fer protéinsuccinylate
 Boîte de 10 Flacons buvables
 PPV 60,00 Dhs

FERPLEX 40 mg
 Fer protéinsuccinylate
 Boîte de 10 Flacons buvables
 PPV 60,00 Dhs

FERPLEX 40 mg
 Fer protéinsuccinylate
 Boîte de 10 Flacons buvables
 PPV 60,00 Dhs

FERPLEX 40 mg
 Fer protéinsuccinylate
 Boîte de 10 Flacons buvables
 PPV 60,00 Dhs

FERPLEX 40 mg
 Fer protéinsuccinylate
 Boîte de 10 Flacons buvables
 PPV 60,00 Dhs

FERPLEX 40 mg
 Fer protéinsuccinylate
 Boîte de 10 Flacons buvables
 PPV 60,00 Dhs

FERPLEX 40 mg
 Fer protéinsuccinylate
 Boîte de 10 Flacons buvables
 PPV 60,00 Dhs

FERPLEX 40 mg
 Fer protéinsuccinylate
 Boîte de 10 Flacons buvables
 PPV 60,00 Dhs

FERPLEX 40 mg
 Fer protéinsuccinylate
 Boîte de 10 Flacons buvables
 PPV 60,00 Dhs

FERPLEX 40 mg
 Fer protéinsuccinylate
 Boîte de 10 Flacons buvables
 PPV 60,00 Dhs

FERPLEX 40 mg
 Fer protéinsuccinylate
 Boîte de 10 Flacons buvables
 PPV 60,00 Dhs