

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-539680

ND 35461

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12 327

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

NDAGHRI FILALI Noumit

Date de naissance :

02/09/1985

Adresse :

22 EL FIRDANS GHRS Inn 44 Apt

Tél. :

06 61 08 77 75

Total des frais engagés :

1732,4

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

NDAGHRI FILALI Noumit

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Fracture gros orteil gauche

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 :

03 / 08 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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

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
01/08/20	9	15	000	
01/08/20	10	333	000	
01/08/20	10	15	000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/7/2020	90 630
	13/7/2020	432 70
	11/6/2020	170 80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29/06/2020	215	150 00
	13/07/2020	215	150 00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة ORDONNANCE



Casablanca, le

13/7/2020

Medaghani Filali Houd

11 105m2 Sray 1 app 3/2
19650 x 2

21 Sept 500 m2 S.V. app 2 23/2 (x 2)
- 7g.

31 Fricand pannes 1 app 6/2
3970

= 43970

Dr. ABOU CHANE Meronane
Traumatologie Orthopédie

PHARMACIE EL QODS
Apt. 805 22 42
30, GR. AL BAIDA HAY EL QODS
CASABLANCA
Tel : 05 22 75 56 06

وصفة
ORDONNANCE



Casablanca, le 22/07/2008

MDA-GAR S ploli

11 u / ba leuc (S.V.)

38.10

1 gm x 21 jrs 1 20 jrs

27 Augment 16 (S.V.)

168.20

15 x 31 jrs

1 20 jrs

= 206.30

DR. AZAGUI KASSIM
Omnatologue - Orthopédie

PHARMACIE FATH EL KHAIR
Aut. 000 22 42
10, GR. AL BAIDA HAY EL QODS
CASABLANCA
Tel : 05 22 73 56 06



وصفة
ORDONNANCE



le 01/06/2020

monia MDAGHIRE

1/10 Herune 80 cu
6680 1081 ✓

2 Cedol cu
2900 1023 ✓

3/ Oximay cu. elki
8200 1021 ✓

17980

PHARMACIE PATH EL KHAIR
Aut. 000 22 42
30, GR. AL BAIDA HAY EL QODS
CASABLANCA
Tél : 05 22 75 56 06

Dr. AZAGUI - Médecin
Généraliste, chirurgie
Rhumatologie et Orthopédique

ROYAUME DU MAROC
POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE

DE

Billet d'Examen de RADIOLOGIE

N° 0000595

Nom du Service Medical
demandeur code

RÉF. 99 23 001 - Imprimé

Sidi Bernoussi

NOM DU MALADE

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements Clinique

Examen demande

Le Médecin Traitant

Z =

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

24 x 30

36 x 43

35 x 35

18 x 24

30 x 40

35 x 35

13 x 18

15 x 40

Butter les mentions inutiles

Total clichés =

Total pages =

وصفة
ORDONNANCE

Casablanca, le 13/04/2009



مداغمة فلبه مورا

R de lavant pied

G F R



Dr. AZAGUI Yassine
Traumatologue - Orthopédiste

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT



Nom : MDAICHNE Prénom : fatma nouri

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

2) Renseignements cliniques sommaires :

fracture fémorale ouverte

syndactylie

3) Traitement envisagé et actes :

4/10

2) Durée prévisible du traitement :

A CASA LE 01/02/20

Signature

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI
HAY EL-QODS
20600 CASABLANCA
Tél: 0522-73-15-32/73-16-20 Fax: 0522-73-15-72
INPE: 090001546 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 533120	N° SEJOUR : 200021496	FACTURE N° 2004007661		DATE D'ENTREE : 13/07/2020	DATE DE SORTIE : 13/07/2020	
ASSURE :		DESTINATAIRE : MDAGHRI FILALI, Mounir				
MALADE : MDAGHRI FILALI, Mounir						UF: 5003 RADIOLOGIE
NOM JEUNE FILLE :						N° IMMAT C.N.S.S :
TIERS PAYANT 1 :						N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :
TIERS PAYANT 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :				
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
ACTES DE RADIOLOGIE										
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 146999 EQUIPE, RADIOLOGIE RADIOLOGIE	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 : 13/07/2020	EDITEE LE : 13/07/2020	PAR: LAHBAR	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :	DATE AT :				
			Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI				
			BANQUE :	BMCE - BERNOUSSI				
			N° compte bancaire :	011780000049210006006888				

RADIOLOGUE : DR.

Nom : MDAGHRI FILALI

MEDECIN DEMANDEUR
DR

Prénom : MOUNIR

DATE : 13/07/2020

EXAMEN RADIOLOGIQUE **Rx : AVANT PIED**

RESULTAT

- Fracture d'allure ancienne de la tête de P2 de l'hallux .
- Absence de lésion osseuse post-traumatique visible sur ces incidences ./.

SENTIMENTS CONFRATERNELS



RADIOLOGUE :

Nom : MDAGHRI

MEDECIN DEMANDEUR
DR

Prénom : FILALI

DATE : 01/06/2020

EXAMEN RADIOLOGIQUE : PIED GAUCHE

RESULTAT

- Fracture de la 1^e phalange du gros orteil gauche .
- Aspect normal des parties molles ./.

SENTIMENTS CONFRATERNELS


Dr. LEMNOUMI Houria
Médecin Radiologue Vacataire
Polyclinique CNSS Sidi Bernoussi

RADIOLOGUE :DR.

Nom : MDAGHRI FILALI

MEDECIN DEMANDEUR

Prénom : MOUNIR

DATE : 30/06/2020

EXAMEN RADIOLOGIQUE **Rx :** PIED GAUCHE

RESULTAT

- Absence de lésion osseuse post-traumatique visible sur ces incidences , aspect à confronter au reste du bilan ./.

SENTIMENTS CONFRATERNELS



POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI
HAY EL QODS
20600 CASABLANCA
Tél: 0522-73-15-32/73-16-20 Fax: 0522-73-15-72
INPE: 090001546 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	533120	N° SEJOUR :	200019614	FACTURE N° 2004006952		DATE D'ENTREE : 29/06/2020		DATE DE SORTIE : 29/06/2020			
ASSURE :				DESTINATAIRE : MDAGHRI FILALI, Mounir							
MALADE : MDAGHRI FILALI, Mounir											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
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 : 146999 EQUIPE, RADIOLOGIE RADIOLOGIE		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 : 29/06/2020		EDITEE LE : 29/06/2020		PAR: LAHBAR		ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA						N° DE POLICE :				
						DATE AT :				
						Règlement à effectuer à l'ordre de :				
						POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI				
						BANQUE : BMCE - BERNOUSSI				
						N° compte bancaire : 011780000049210006006888				



N° IPP : 533120	N° SEJOUR : 200021480	FACTURE N° 2002009372		DATE D'ENTREE : 13/07/2020		DATE DE SORTIE : 13/07/2020				
ASSURE :		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI		DESTINATAIRE : MDAGHRI FILALI, Mounir						
MALADE : MDAGHRI FILALI, Mounir		N° IMMAT C.N.S.S :								
NOM JEUNE FILLE :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 1 :		N° SE. SOC. ETRANG. :								
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	
CONSULTATION DE MEDECIN	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00
CONSULTATION DE SPECIALISTE										

Intervenant : 100097 DR. AZAGUI YASSINE	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 : 13/07/2020	EDITEE LE : 13/07/2020	PAR: LAHBAR	ACCIDENT DE TRAVAIL :		DATE AT :			
VISA			N° DE POLICE :					
			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI			
			BANQUE :		BMCE - BERNOUSSI			
			N° compte bancaire :		011780000049210006006888			

CASABLANCA le 03/08/2020

OBJET : FRACTURE DU PHALANGE du pied
gauche

Je soussigné monsieur NDAGHRI FICALI NOUNIN
que j'ai eu une Fracture à l'intérieur de mon
NAISON en date du 02/06/2020 à cause
d'une chute au salon.

NDAGHRI FICALI NOUNIN



POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI
 HAY EL-GODS
 20600 CASABLANCA
 Tél: 0522-73-15-32/73-16-20 Fax: 0522-73-15-72
 INPE: 090001546 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 533120	N° SEJOUR : 200016155	FACTURE N° 2002006836		DATE D'ENTREE : 01/06/2020		DATE DE SORTIE : 01/06/2020	
ASSURE :				DESTINATAIRE :			
MALADE : MDAGHRI FILALI, Mounir		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI		MDAGHRI FILALI, Mounir			
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :					
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :					
TIERS PAYANT 2 :							
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :			

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
ACTES COTES EN K										
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE	K	10.00	22.50	225.00					0.00	225.00
FOURNITURES MEDICALES				97.50					0.00	97.50

Intervenant : 100097 DR. AZAGUI YASSINE	TOTAUX :	322.50					322.50
Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENT VINGT DEUX DHS ET CINQUANTE CENTIMES	PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	322.50		AVOIR :	
	RESTE DU :	0.00					
DATE FACTURE : 01/06/2020	EDITEE LE : 01/06/2020	PAR: LAHBAR	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :		
			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI		
			BANQUE :		BMCE - BERNOUSSI		
			N° compte bancaire :		0117800000492100060006888		

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI
HAY EL-QODS
20600 CASABLANCA
Tél: 0522-73-15-32/73-16-20 Fax: 0522-73-15-72
INPE: 090001546 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	533120	N° SEJOUR :	200016152	FACTURE N° 2002006835		DATE D'ENTREE : 01/06/2020		DATE DE SORTIE : 01/06/2020			
ASSURE :				DESTINATAIRE : MDAGHRI FILALI, Mounir							
MALADE : MDAGHRI FILALI, Mounir											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI							
REF. PC 1 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 2 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
				N° SE. SOC. ETRANG. :							
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	
CONSULTATION DE MEDECIN											
CONSULTATION DE SPECIALISTE		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 100097 DR. AZAGUI YASSINE	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 : 01/06/2020	EDITEE LE : 01/06/2020	PAR: LAHBAR	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
			Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI			
			BANQUE :		BMCE - BERNOUSSI			
			N° compte bancaire :		011780000049210006006888			

سيبسين® 500 مغ

سيروفلوكساسين

علبة من 10 أقراص مطبسة
عن طريق الفم

SEPCEN® 500 mg
ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés



6 118000 230182



يجب احترام الجرعات الموصوفة



IBERMA

196,50

Lot: 196,50

Exp: 13/2023

P.V.: 196,500H

1g/125 mg
poudre pour suspension
buvable en sachet



AUGMENTIN
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g/125 mg
Sachets

..... sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des repas,
pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV : 168,20 DH
LOT : 623078
PER : 03/21



ULTRA-LEVURE®

Saccharomyces boulardii **CNCM I-745**



0 Sachets
250 mg



BIOCODEX
Maroc



مجموعة

صنع

صالح للغاية

3546

09/19

09/22

BIOCODEX MAROC PPV 38.10 DH

صيدوول

بارالستامول / كودينين

Cédo!®

20 Comprimés

6 118000 180913



عن طريق الفم

ستيديك

22,00

صيدول

باراسيتامول / كودين

Cédo!®

20 Comprimés



6 118000 180913

عن طريق الفم

حبة 20

ستيفيك 

22,00

NOVARTIS

Voltaire®

50 mg

Diclofénac sodique

Antirhumatismal, anti-inflammatoire



30 comprimés
enrobés
à 50 mg



LOT : M19082
PEXP : MAI 2023
PPV : 66,80 DH

NOVARTIS

Voltaire®

50 mg

Diclofénac sodique

Antirhumatismal, anti-inflammatoire



30 comprimés
enrobés
à 50 mg



LOT : M19082
PEXP : MAI 2023
PPV : 66,80 DH

Certificat N° : DA20181305679 DMP/20UCA/MAV2

Voie orale

oxyMAG[®]

Magnésium **300** mg

Arôme citron

Sans sucre



20 Comprimés effervescents

Poids net : 78 g

Lot / Batch n° :

8200

Exp. date :

PPC (DH) :

موندو

لين 2% مرهم

أنبوب من 15 غ

Tube d

Fucidine® 2% pommade

Fusidate de sodium



Fucidine® 2%
pommade Tube de 15 g

39,70

سيروفلوكساسين

سيفكس

علبة من 10 أقراص ملبسة
عن طريق الفم

SEPCEN® 500 mg

ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés

6 118000 230182



IBERMA



يجب احترام البرعائن الموصوفة

196,50

CV : 0082000
PL : 03/2023
PPV : 196.500 H