

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 065761

ND: 36092

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL OUALI FATIMA

Date de naissance :

Adresse : B.Bis Rue ABOMARSS - Derb

BAZADIA - CASABLANCA

Tél. : 0682-628429 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 :

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) :

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.

Diagnostique 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

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

		Nombre				
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

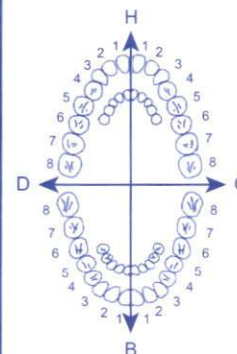
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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	

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

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

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez 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													
				Coefficient des travaux												
				Montant des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H															
	25533412	21433552														
00000000	00000000															
G																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis													
			Fin d'exécution													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														



P 17 / 0061999

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	Signature de l'adherent
Nom & Prénom			
Fonction	Phones		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie			Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
4		130DH	
PHARMACIE	Date		
Montant de la facture	27107/2020		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			

VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N° P 17 / 0061999



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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

Chibro-Cadron, collyre en flacon Dexaméthasone / Néomycine

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice 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 l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE CHIBRO CADRON, collyre en flacon ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER CHIBRO CADRON, collyre en flacon ?
3. COMMENT UTILISER CHIBRO CADRON, collyre en flacon ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER CHIBRO CADRON, collyre en flacon ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES.

1. QU'EST-CE QUE CHIBRO CADRON, collyre en flacon ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

CORTICOIDES ET ANTI-INFECTIEUX EN ASSOCIATION
Ce médicament est un collyre (gouttes oculaires) contenant :

- un antibiotique de la famille des aminosides : la néomycine,
- et un corticoïde : la dexaméthasone.

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines inflammations et infections de l'œil :

- après chirurgie de l'œil,
- dans des infections avec inflammation, dues à des bactéries pouvant être combattues par l'antibiotique contenu dans ce médicament.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER CHIBRO CADRON, collyre en flacon ?

N'utilisez jamais CHIBRO CADRON, collyre en flacon dans les cas suivants :

- Allergie à l'un des constituants du collyre.
- Certaines inflammations de la cornée (kératite herpétique épithéliale dendritique, kératite mycosique),
- Infections mycosiques et tuberculeuses de l'œil.
- Antécédents personnels ou familiaux de glaucome.
- Kérato-conjonctivites virales au stade précoce.
- Infections purulentes des paupières et de l'œil secondaire à des germes résistants à la néomycine.

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

Faites attention avec CHIBRO CADRON, collyre en flacon :

Mises en gardes spéciales

Ne pas avaler, ne pas utiliser en injection péri ou intraoculaire.

En cas de traitement concomitant par un autre collyre, instiller les collyres à 15 minutes d'intervalle.
Des instillations répétées et/ou de façon prolongée du collyre peuvent entraîner un passage systémique non négligeable des principes actifs.

peuvent être prescrites sous surveillance ophtalmologique stricte.

DANS TOUS LES CAS CONFORMEZ-VOUS STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

Si vous avez pris plus de CHIBRO CADRON, collyre en flacon que vous n'auriez dû :

Des instillations répétées de façon prolongée du collyre peuvent entraîner un passage systémique non négligeable des principes actifs, une hypertension oculaire, une opacification du cristallin, une kératite superficielle, et un retard de cicatrisation.

Si vous pensez avoir pris plus de CHIBRO CADRON, collyre en flacon, qu'il ne fallait et que vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, veuillez contacter votre médecin.

Si vous oubliez de prendre CHIBRO CADRON, collyre en flacon :

Si vous oubliez de mettre une dose, mettez-la dès que possible, sauf s'il est presque l'heure de la dose suivante. Dans ce cas, reprenez votre traitement comme prescrit par votre médecin.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, CHIBRO CADRON, collyre en flacon est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

- Sensations de brûlure, de larmoiement, gêne, rougeur.
- Risques de réactions allergiques.
- En usage prolongé : augmentation de la tension oculaire, opacification du cristallin, inflammation superficielle de la cornée.

Prévenir immédiatement votre médecin ou votre pharmacien en cas de symptômes inhabituel quel qu'il soit. Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

5. COMMENT CONSERVER CHIBRO CADRON, collyre en flacon ?

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Ne pas utiliser CHIBRO CADRON, collyre en flacon après la date de péremption mentionnée sur le conditionnement extérieur.

Ce médicament ne doit pas être conservé plus de 15 jours après la première utilisation. Noter la date d'ouverture en clair sur l'emballage.

Les médicaments ne doivent pas être jetés au tout à l'égout ou avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien ce qu'il faut faire des médicaments inutilisés. Ces mesures permettront de protéger l'environnement.

6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

Que contient CHIBRO CADRON, collyre en flacon ?

Les substances actives sont :

Phosphate sodique de dexaméthasone 109,3 mg
Quantité correspondant à phosphate de
dexaméthasone 100,0 mg
Sulfate de néomycine 350.000 UI

Pour 100 ml de collyre

1 ml de collyre correspond à 30 gouttes. contenant chacune :

- 0,036 mg de phosphate de dexaméthasone, soit 0,036 mg de dexaméthasone.

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH

AMUL Maroc
N° 116 DMP/21/NCV
Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182
Boukoura - MAROC

Qu 6 118001 071425

CHIBRO CADRON, collyre en flacon et son emballage extérieur ?

Ce médicament se présente sous forme de collyre ; Boîte de 1 flacon de 5 ml.

Dr.El Moustapha MAACHOU

Spécialiste en Médecine du Travail
Médecine Générale

الدكتور المصطفى معاشو

إختصاصي في طب الشغل
الطب العام

- Echographie
 - E.C.G
 - Ancien Médecin de la Polyclinique des Electriciens
 - Médecin Assermenté près des Tribunaux
- فحص بالصدى
تخطيط القلب الكهربائي
طبيب سابق بمصحة الكهربائيين
طبيب خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le : 27.07.2020

Handwritten prescriptions and stamps:

- Fluor 20g (with stamp: PHARMACIE OMAR BNOU EL KHATTAB, Quartier Omar Bnou El Khattab, Rue 13, N°158, Mme Hasnaoui Oulfa EP ZIZI, Patente N° 33702305 - Tel: 0522 83 71 29)
- Elubumg 2g x 3h x 3h
- Netro 500mg 1 pc x 3h w
- D-cure 100mg 1 AB / 15 jms

Stamps: PHARMACIE OMAR BNOU EL KHATTAB, Quartier Omar Bnou El Khattab, Rue 13, N°158, Mme Hasnaoui Oulfa EP ZIZI, Patente N° 33702305 - Tel: 0522 83 71 29

درب البلدية، زنقة القاضي القاضي - الهاتف : 05 22 82 98 60

Quartier Baladia, Rue CADI EL IRAKI, 12 Bis - Tel: 05 22 82 98 60 - E-mail: dr.maachou-m@hotmail.fr

7950x2 A80x 500g N° 3.V

144

3880 - 7000g 500g

12 x 34cm

2840 - Chino, lancia city
2014

PHARMACIE OMAR BNOU EL KHATTAB
Cooper Omar Bnou El Khattab
Rue 13, N° 158, Khattab
Mme Hasnoui Oula EP 2121
Passeport: 33702305 - Tel: 0522.83.212199

52860

LOT 200975 1
EXP 04 2023
PPV 180 00
180,00

LOT 200975 2
EXP 04 2023
PPV 297.00 DH

Lot: 3508-A
EXP: 09/2023
32,00

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvéine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. 140,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
6 118001 100293

PPV: 49,60 DH
LOT: 20006
EXP: 04/2023

Azix®

Azithromycine

COMPOSITION ET PRESENTATION :

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 3

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitement des infections dues aux germes sensibles telles que :

- infections respiratoires hautes : otite moyenne, sinusite, angine et pharyngite;
- infections respiratoires basses (y compris bronchite et pneumonie);
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydia trachomatis).

CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.
- Insuffisance hépatique sévère.

MISES EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison ...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestation allergique survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :
Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, allaitement.

EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements.
- Manifestations allergiques; prurit.

POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg :

en une prise par jour pendant 3 jours.

MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

TABEAU A (LISTE I).



b

82, Allée des Casuarines
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

boîte de 3

AZIX® 500 mg

Azithromycine

3 Comprimés sécables



6 118000 040941

idémco 101005 - 04.11

Azix®

Azithromycine

COMPOSITION ET PRESENTATION :

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 3

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitement des infections dues aux germes sensibles telles que :

- infections respiratoires hautes : otite moyenne, sinusite, angine et pharyngite;
- infections respiratoires basses (y compris bronchite et pneumonie);
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydia trachomatis).

CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.
- Insuffisance hépatique sévère.

MISES EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison ...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestation allergique survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :
Insuffisance hépatique, antécédent d'origine allergique, prise concomitante d'un médicament, allaitement.

EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements;
- Manifestations allergiques; prurit,

POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.
Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

TABLEAU A (LISTE I).

PPV : 79DH70

PER : 03-23

LOT : 1848

AZIX® 500 mg ○

Azithromycine

3 Comprimés sécables



6 118000 040941



bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaï - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

idemco 11

MUXOL® 0.3%

Solution buvable en flacons de 125 ml et 250 ml
(Chlorhydrate d'Ambroxol)

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Garder cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demander plus d'information 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 l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

1- COMPOSITION DU MÉDICAMENT

Principe actif :

Chlorhydrate d'Ambroxol 0.300 g

Quantité Correspondant à Ambroxol base (0,273 g).

Excipients : Glycérol, Sorbitol, Parahydroxybenzoate de méthyle, parahydroxybenzoate de propyle, Arôme banane (Acétate de furfuryle, acétate de isoamyle, acétate d'isobutyle, acétate de méthyle -3-butényle, acétoïne, butyrate d'amyle, delta-décalactone, eugénol, pipéronal, propionate de benzyle, maltol, vanilline, propylène glycol), Acide citrique monohydrate,

Eau purifiée qsp 100 ml

Excipients à effet notoire : Sorbitol, Parahydroxybenzoate de méthyle et de propyle.

2- CLASSE PHARMACO-THÉRAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITÉ

MUCOLYTIQUES.

(R : SYSTÈME RESPIRATOIRE).

3- INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Traitement des troubles de la sécrétion bronchique de l'adulte et de l'enfant, notamment au cours des affections bronchiques aiguës et des épisodes aigus des bronchopneumopathies chroniques.

Ce médicament est expectorant. Il facilite l'évacuation par la toux des sécrétions bronchiques.

4- POSOLOGIE

• Chez l'adulte :

Posologie usuelle : 1 cuillère à soupe matin et soir.

• Chez l'enfant :

Plus de 5 ans : 1 cuillère à café trois fois par jour ;

2 à 5 ans : ½ cuillère à café trois fois par jour.

Mode d'administration

Voie orale

Fréquence d'administration

Les prises seront espacées à intervalle régulier.

Durée de traitement

La durée du traitement ne dépassera pas 8 à 10 jours sans avis médical.

5- CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais MUXOL, solution buvable :

- si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active ou à l'un des a.

- Ne donnez pas MUXOL à votre enfant de moins de 2 ans.

6- EFFETS INDÉSIRABLES

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

- Rare : pouvant survenir au maximum chez 1 personne sur 1 000 :

Réaction d'hypersensibilité ;

Eruption cutanée, urticaire.

Fréquence indéterminée : ne peut être estimée sur la base des données disponibles :

Réactions anaphylactiques, dont choc anaphylactique, angio-œdème (gonflement rapide muqueuse ou du tissu sous-muqueux) et prurit ;

Réactions cutanées sévères (dont érythème polymorphe, syndrome de Stevens-Johns exanthématique aiguë généralisée) ;

Trouble digestifs mineurs à type de nausées, vomissements, brûlure d'estomac. Il est ce

posologie.

Maux de tête, vertige.

38,80

MUXOL®

Ambroxol



Solution buvable - 250 ml



6 118000 080572