

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0040092

ND: 37132

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1798 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ADUAME MOSTAFA

Date de naissance : 01/01/1951

Adresse : 123, Rue Alon El WAT. RES SEKAT B

BOULEVARD CHAFA

Tél. : 0662 605 80 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 : CASABLANCA Le : 18/01/2020

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.

Biologie 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.

Educations :

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.

Prothèses :

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

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الإجتماعي talaout talaout CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire REF : 610-2-06 : مرجع رقم
	Référence structurée : 200292842713043	Emis à Casablanca le : 18/02/2020	Page : 1
Identifiant de la famille N° d'immatriculation : 154502333 Règlement du mois : 02/2020 Mode de paiement : Virement	تعريف العائلة EL MECHRAFI AZIZA 123 RES SEKKAT B RUE ABOU EL WAQT 3 EME ETG APPT 9 CASABLANCA 2016		
Informations :			

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
EL MECHRAFI AZIZA										
070677233	23/12/2019	CS	MEDECIN SPECIALISTE	200,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77	115,50
070677233	23/12/2019	PHN	PHARMACIE	507,30	22,40	1,00	1,00	22,40	00	0,00
070677232	20/01/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE	200,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77	115,50
070677232	20/01/2020	PHN	PHARMACIE	44,80	44,80	1,00	1,00	44,80	00	0,00
070677232	20/01/2020	PH	PHARMACIE	226,50	120,00	1,00	1,00	120,00	77	92,40
Total remboursé pour AZIZA										323,40
Total général remboursé										323,40

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Consultations :

Pneumophtisiologie
Allergologie - Asthme
Sommeil et ronflement
Sevrage tabagique
Réhabilitation respiratoire
Oncologie

Laboratoire de physiologie clinique

Pléthysmographie
Spiromtrie - Oscilling
Polysomnographie
Gaz du sang artériel
Epreuve d'effort cardio-respiratoire

**Endoscopie diagnostique
et interventionnelle**

Fibroskopie bronchique
Bronchoscopie rigide
Thoracoscopie

(الدكتور محمد البراهيمي)

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophtisiologue

(الدكتور ع. الناصري)

Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophtisiologue

20/01/2020

Madame EL MECHRAFI Aziza

120,00 CLARIL 250 : 1 comp. matin et soir avant repas x 6 jours

89,50 APIXOL Spray :

2 pulvérisations dans la bouche 3 fois par jour x 5 jours

68,80 AERIUS 5 mg - boîte de 15 comp : 1 comp le soir x 15 jours

278,30

Pharmacie Lahjajma
ZEMMAMA Radia
Avenue du Phare - Résidence Taghazout
Casablanca - Tél. 05 22 29 35 64

Docteur Arabi NACIRI
Professeur Agrégé
Maladies Respiratoires
6, Bis Rue Ibnou Babik - Maarif
CASA Tél: 022 94 92 40 - 94 93 47

Apixoi

Spray gorge

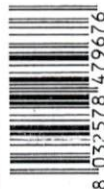
Adultes

À base d'actifs naturels

Calme l'irritation
et Soulage la douleur
de la gorge

Flacon
Pulvérisateur

MEDIPRO
PHARMA



8 032578 479676

LOT

180758

2021/12

PPC : 89,50 DH

à l'acacia (*Acacia gummifera*), maltodextrine) titré à 2,5 % de vitamine C, huile essentielle de sauge (*Salvia officinalis*), conservateur : sorbate de potassium, huile essentielle de menthe poivrée (*Mentha piperita*), huile essentielle de thym (*Thymus vulgaris*), acidifiant : acide citrique, polyvinylpyrrolidone, gomme xanthane, sucralose.

CONSEILS D'UTILISATION :

Réservé à l'adulte.

Introduire l'embout pulvérisateur dans la gorge. Administrer 2 à 3 pulvérisations. Répéter l'opération 3 à 4 fois durant la journée si nécessaire.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Ne pas utiliser chez les personnes présentant une hypersensibilité ou une allergie aux produits de la ruche ou à tout autre composant du produit

0 mg.
culé.
cine.

CLARIL®
Claritromycine 250 mg
Boîte de 14 comprimés

P.P.V. : 120,00 DH



6 118000 190998

AERIUS® 5 mg
15 comprimés pelliculés



6 118000 050117

CIM-10		
--------	--	--

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures...).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à un accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، ...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

نعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

<p>توقيع و طابع الوكالة</p> <p>Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent :</p> <p>Date de dépôt du dossier : </p>	<p>Date d'arrivée : </p>

<p>الضمان الاجتماعي</p> <p>الضمان الاجتماعي</p> <p>CNSS</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</p> <p>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> <p>موافقة مسبقة *</p> <p>Entente préalable *</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>تتفيذ *</p> <p>Exécution *</p>	<p>رجوع رقم 610-1-03</p> <p>Réf. : 610-1-03</p>
---	---	--	---

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

<p>خاص بالمؤمن له (ها)</p> <p>الاسم العائلي و الشخصي :</p> <p>EL DECHRAFI ABZA</p> <p>رقم التسجيل :</p> <p>151450123131</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p> <p>11-121143131-1-1</p> <p>علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (ها) *</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p> <p>العنوان :</p> <p>123, Rue Hassan EL WAST, Les Sektant. B. 4th</p> <p>بلغ المصاريف :</p> <p>Montant des frais : Dhs. درهم</p> <p>عدد الوثائق المرفقة :</p> <p>Nombre de pièces jointes :</p>

Déclaration du Médecin traitant

<p>المستفيد من العلاجات</p> <p>الاسم العائلي و الشخصي :</p> <p>EL DECHRAFI ABZA</p> <p>تاريخ الإزدياد :</p> <p>11-121143131-1-1</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p> <p>11-121143131-1-1</p> <p>الجنس : *</p> <p>M <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/></p> <p>الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **</p> <p>INPE et code à barres *</p> <p>INPE : 91114991</p> <p>مédécine traitant</p> <p>الطبيب المعالج</p> <p>Etablissement de soins</p> <p>المؤسسة العلاجية</p>

Type de soins

<p>قبول المرض المزمين *</p> <p>Admission ALD :</p> <p>Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>رقم ملف المرض المزمين :</p> <p>N° dossier ALD : </p> <p>رمز المرض المزمين :</p> <p>Code ALD : </p> <p>Maladie* <input type="checkbox"/> مرض* <input type="checkbox"/> Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشفاء*</p>
--

<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Fait à : </p> <p>Le : 20/01/2020</p> <p>توقيع المؤمن له</p> <p>Signature de l'assuré(e)</p>	<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables.</p> <p>Fait à : </p> <p>Le : 20/01/2020</p> <p>توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>
---	---

* Cocher la mention utile pour chaque cas

** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.

080 200 7200 / 080 203 3333 الهاتف - فادر البضاء المحطة - 2186 - 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures...).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à un accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير،...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفية الوطنية المرجعية.


تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : _____ تاريخ الإيداع : _____ Date de dépôt du dossier : _____	تاريخ الاستلام : _____ Date d'arrivée : _____

 الضمان الاجتماعي +0800 203 3333 CNSS	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
	موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها) الاسم والعائلي والشخصي : EL NECHRAFI AZIZA رقم التسجيل : 151451023133 رقم بطاقة التعريف الوطنية : 151451023133 علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) : ابن Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * : Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/> العنوان : 123, Rue Abou EL WAAT, Ressortant. B. 419. Adresse : 123, Rue Abou EL WAAT, Ressortant. B. 419. مبلغ المصاريف : درهم Montant des frais : درهم عدد الوثائق المرفقة : 1 Nombre de pièces jointes : 1
--

Déclaration du Médecin traitant

المستفيد من العلاجات Bénéficiaire de soins الاسم والعائلي والشخصي : EL NECHRAFI AZIZA تاريخ الإيداع : 15/11/2019 Date de naissance : 15/11/2019 رقم بطاقة التعريف الوطنية : 151451023133 N° CIN : 151451023133 الجنس : م <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> INPE et code à barres ** : 151451023133

الطبيب المعالج Médecin traitant الطبيب المعالج	المؤسسة العلاجية Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
--	--

نوع العلاجات Type de soins قبول المرض المزمن : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> رقم ملف المرض المزمن : 151451023133 N° dossier ALD : 151451023133 رمز المرض المزمن : 151451023133 Code ALD : 151451023133 Maladie* <input type="checkbox"/> مرض* <input type="checkbox"/>	Hospitalisation* <input type="checkbox"/>
---	---

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : 15/11/2019 Le : 15/11/2019 توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : 15/11/2019 Le : 15/11/2019 توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
---	---

* Cocher la mention utile pour chaque cas.
 ** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.
 080 200 7200 / 080 203 3333 - الهاتف - دار البيضاء - ب. 2186 - دار البيضاء - ب. 2186 - دار البيضاء - ب. 2186 - دار البيضاء - ب. 2186
 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

مركز طب وجراحة العيون بوركون CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Abdellatif ZAKARRYA

Maladies et chirurgies des yeux Bordeaux France
membre de la Société française d'ophtalmologie
Certificat Moorfield Londres
Certificat Vitrectomie Schruns Autriche
Forces Armées Royales

د. عبد اللطيف زكرياء

طب و جراحة العيون بوردو فرنسا
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون
شهادة العضوية لمورفيلد بلندن
شهادة جراحة الماء الزجاجي بشرونز النمسا
طبيب القوات المسلحة

23 Décembre
2019

Mme EL MECHRAFI Aziza

1/ TOBRADEX : 006

application / jour le soir au coucher, 15 jours

2/ BLEFARETTE LINGETTE JETABLE

A CHAUFFER AU BAIN MARIE POUR NETTOYAGE DES BORDS
LIBRES DES PAUPIERES.
LE MATIN ET LE SOIR AVANT LE COUCHER.
TRAITEMENT POUR UN MOIS.

3/ VIKET COLLYRE

1 GOUTTE 2 FOIS PAR JOUR PENDANT 30 JOURS

4/ THEALOSE COLLYRE

1 GOUTTE 4 FOIS PAR JOUR 2 MOIS

Agrée Pour le Permis de Conduire معتمد الرخصة السياقة

05 22 39 83 39 - 05 22 95 01 22

زنقة السلطان عبد الحميد - إقامة زكرياء - بوركون - الدار البيضاء

Rue Sultan Abdelhamid - Rés. ZAKARRYA - Bourgogne - Casablanca - oeilvision.zakarrya351@gmail.com

Théalose

Tréhalose 3 %
Hyaluronate de sodium
0,15 %
Protège, hydrate
et lubrifie la surface
oculaire

10 ml

Cons

Solution pour l'œil sec modérée et la lubrification
indiquée pour l'œil sec modéré
Flacon ABAK - Sans conservateur

PPC : 147.00 DH

PPC : 147.00 DH

Tréhalose 3 %
Hyaluronate de sodium
0,15 %

Théalose

Consulter le manuel d'utilisation

Théalose

Solution pour la protection, l'hydratation et la lubrification de la surface oculaire indiquée pour le traitement du syndrome de l'œil sec modéré à sévère
Flacon ABAK - Sans conservateur.

COMPOSITION :



6 118001 070404
Laboratoires Solihema Bouskoura
Maxidrol pommade ophtalmique, 3,5 g
A.D.S.P. Maroc N° 14/DM/P/21/NCI
PPV : 22,40 DHS
A068805

Blefarette

30 salviète monouso

Salviète monouso per la deterzione quotidiana



8 032668 871717

Importateur:
B2S Health Services, 9, Avenue Mohamed
Belhassan El Ouazzani Centre Commercial Dar Es
- Rabat, Maroc

Blefarette

Disposable wipes
for the daily cleansing of the eye

30 disposable wipes

180302
2020/09

PPC 138,00 DH