

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 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

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 (LGI) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 0042006

ND° = 17869

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2451 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
Nom & Prénom : AHRID Mustapha
Date de naissance : 1949
Adresse : Res. elfagr Imm. Rihone N°4 Hay elqeds
Sidi Bernoussi
Tél. : 0660870931 Total des frais engagés : 434,8 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Imane ELBACHA
Médecin Généraliste
Poly Clinique Cas Sidi Bernoussi

Date de consultation : 04/01/2020
Nom et prénom du malade : AHRID Fatima Age : 1959
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Trau maxillo-facial G.
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 : 04/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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

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 :

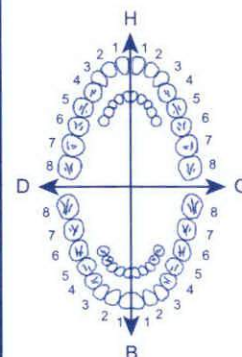
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

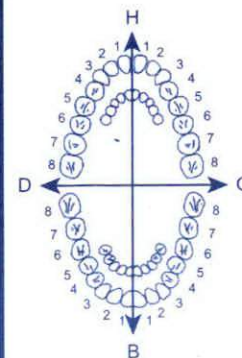
FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
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

وصفة ORDONNANCE



Casablanca, le 04/04/2020

AMRI Fatima

1S

60/9

1) Flumia 15 mg

15/9

2) Cefot

1S

15/9 2 3/9

3) Cefus 20 mg

1S

30/9 18/9

1S

SP

4) Alcol 70

164.80

مصححة
Dr. IMHACH OUSSAMA
Sidi Bernoussi Casablanca
Tel: 05 22 73 57 37



6 117050 213480

PPC	3000 DH
LOT	2016932
EXP	12/2022

30/100

Dr. Imhach
Médecin Généraliste
Poly Clinique CNSS Sidi Bernoussi

FLÀMIX®

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes sur votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, 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, car cela pourrait lui être nocif.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau.

1. IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

a) DÉNOMINATION

FLÀMIX®

b) COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Par comprimé

FLÀMIX 7,5 mg

Méloxicam (DCI)

FLÀMIX 15 mg

Méloxicam (DCI)

Excipients *contenus* : Citrate de sodium dihydrate, lactose monohydraté, cellulose microcristalline, povidone, silice colloïdale anhydre, croscopolone, stéarate de magnésium.

FLÀMIX 7,5 mg : boîte de 14 comprimés.

FLÀMIX 15 mg : boîte de 14 comprimés.

c) FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRÉSENTATIONS

d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) de la famille des oxicams (code ATC : M01AC06).

Anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) de la famille des oxicams (code ATC : M01AC06).

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

- Traitement symptomatique au long cours de la polyarthrite rhumatoïde.

- Traitement symptomatique au long cours de la spondylarthrite ankylosante.

- Traitement symptomatique de courte durée des poussées aiguës d'arthrose.

- Traitement symptomatique de courte durée des poussées aiguës d'arthrose.

3. ATTENTION !

a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- 3^e trimestre de la grossesse.

- Enfants et adolescents de moins de 16 ans.

- Hypersensibilité au méloxicam ou à l'un des excipients, ou hypersensibilité aux molécules d'origine roxibac ou à d'autres AINS.

- Chez les patients ayant développé des phénomènes d'asthme, de polypes nasaux, d'eczéma de Quincke ou d'urticaire après administration d'aspirine ou d'autres AINS.

- Antécédents d'hémorragie ou de perforation digestive au cours d'un précédent traitement par AINS.

- Ulcère peptique évolutif ou récent, antécédents d'ulcère peptique ou d'hémorragie récente.

- Hémorragies gastro-intestinales, antécédents d'hémorragies cérébrales, ou de toute autre nature.

- Insuffisance hépatocellulaire sévère.

- Insuffisance rénale sévère non dialysée.

- Insuffisance cardiaque sévère.

- Insuffisance cardiaque sévère.

- Insuffisance cardiaque sévère.

- Insuffisance cardiaque sévère.

- Insuffisance cardiaque sévère.

d) GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Grossesse : FLÀMIX est contre-indiqué au cours du troisième trimestre de la grossesse.

Allaitement :

L'administration de ce médicament n'est pas recommandée en cas d'allaitement.

DEMANDER CONSEIL À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN AVANT DE PRENDRE TOUT MÉDICAMENT

e) CONDUCTEURS ET UTILISATEURS DE MACHINES

En cas de survenue de troubles de la vision, de somnolence, de vertiges ou autres troubles du système nerveux central, il est recommandé de s'abstenir de conduire ou d'utiliser des machines.

NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS.

NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS.

NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS.

NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS.

NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS.

NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS.

NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS.

NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS.

NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS.

NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS.

NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS.

NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS.

NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS.

NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS.

NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS.

NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS.

NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS.

NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS.

NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS.

NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS.

NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS.

NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS.

NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS.

NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS.

NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS.

NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS.

NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS.

NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS.

NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS.

NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS.

NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS.

5010666

AFRIC-PHAR

LOT : 19N002

EXP : 11/21

PPV : 60DH90

à 15

à 15

à 15

à 15

à 15

à 15

Cédol®

PARACETAMOL + CODEINE

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

Paracétamol 400,00 mg
Phosphate de codéine hémihydraté 20,00 mg
(Quantité correspondante en codéine base)

Excipients q.s.p.

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 20.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N. Système nerveux central)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont
le paracétamol utilisé seul.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants:

- allergie connue au paracétamol ou à la codéine
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- Allaitement

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire, des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la

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

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine ou la pentazocine, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et de la codéine. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (cf. posologie).

OEDES[®] IONS D'EMPLOI

Microgranules gastro- résistants en gélule :

- Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice. La prise de ce médicament est déconseillée chez les patients atteints d'insuffisance rénale ou d'insuffisance hépatocellulaire sévère.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la consulter à tout moment.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez tout autre problème, n'hésitez pas à demander conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Ne prenez pas de médicament sans avis de votre médecin.
- Si l'un des effets indésirables devient grave, arrêtez immédiatement la prise de ce médicament et contactez votre médecin.
- Si l'un des effets indésirables devient grave, arrêtez immédiatement la prise de ce médicament et contactez votre médecin.

DENOMINATION DU MEDICAMENT :

OEDES[®] 20 mg

COMPOSITION :

Chaque gélule contient 20mg de substance active avec l'atazanavir associé à l'émulsifiant.

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATION

Microgranules gastro-résistants en gélules. DUT AUTRE TRAITEMENT

CLASSE PHARMACOLOGIQUE OU THERAPEUTIQUE

Oedes 20mg, microgranules gastro-résistants en gélule. C'est un médicament de la classe des inhibiteurs de la protéase du VIH. C'est un médicament de la classe des inhibiteurs de la protéase du VIH. C'est un médicament de la classe des inhibiteurs de la protéase du VIH.

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Indications :

• En association à une bithérapie antirétrovirale, pour le traitement de l'infection à VIH.

• Ulcère duodénal évolutif.

• Ulcère gastrique évolutif.

• Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique gastro-œsophagienne.

• Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien que tout le monde connaît.

• Traitement de l'insuffisance à la posologie de 10 mg/jour en cas de résistance.

• Traitement d'entretien des ulcères duodénaux et gastroduodénaux.

• Traitement d'entretien des ulcères duodénaux et gastroduodénaux.

• Traitement d'entretien des ulcères duodénaux et gastroduodénaux.

• Traitement d'entretien des ulcères duodénaux et gastroduodénaux.

• Traitement d'entretien des ulcères duodénaux et gastroduodénaux.

• Traitement d'entretien des ulcères duodénaux et gastroduodénaux.

• Traitement d'entretien des ulcères duodénaux et gastroduodénaux.

• Traitement d'entretien des ulcères duodénaux et gastroduodénaux.

• Traitement d'entretien des ulcères duodénaux et gastroduodénaux.

• Traitement d'entretien des ulcères duodénaux et gastroduodénaux.

• Traitement d'entretien des ulcères duodénaux et gastroduodénaux.

• Traitement d'entretien des ulcères duodénaux et gastroduodénaux.

• Traitement d'entretien des ulcères duodénaux et gastroduodénaux.

• Traitement d'entretien des ulcères duodénaux et gastroduodénaux.

• Traitement d'entretien des ulcères duodénaux et gastroduodénaux.

• Traitement d'entretien des ulcères duodénaux et gastroduodénaux.

• Traitement d'entretien des ulcères duodénaux et gastroduodénaux.

• Traitement d'entretien des ulcères duodénaux et gastroduodénaux.

• Traitement d'entretien des ulcères duodénaux et gastroduodénaux.

• Traitement d'entretien des ulcères duodénaux et gastroduodénaux.

• Traitement d'entretien des ulcères duodénaux et gastroduodénaux.

LOT 181367
EXP 02/2021
PPV 52.80DH

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 :	509314	N° SEJOUR :	200000458	FACTURE N° 2004000156		DATE D'ENTREE : 04/01/2020		DATE DE SORTIE : 04/01/2020			
ASSURE :				DESTINATAIRE : AHRID, Fatima							
MALADE : AHRID, Fatima											
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					
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 : 04/01/2020					EDITEE LE : 04/01/2020		PAR: KHALDI		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		



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 : 509314		N° SEJOUR : 200000462		FACTURE N° 2005000165		DATE D'ENTREE : 04/01/2020		DATE DE SORTIE : 04/01/2020			
ASSURE :				DESTINATAIRE : AHRID, Fatima							
MALADE : AHRID, Fatima											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				UF: 5002 URGENCES							
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		LETRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
						% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN											
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F		CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
FOURNITURES MEDICALES					2.20					0.00	2.20

Intervenant : 100104 DR. EL BACHA IMANE		TOTAUX :		122.20						122.20	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT DEUX DHS ET VINGT CENTIMES				PLAFOND PC :					ACOMPTE :		
				REMISE :	0.00	REGLE :	122.20		AVOIR :		
				RESTE DU :	0.00						
DATE FACTURE : 04/01/2020				EDITEE LE : 04/01/2020				PAR: KHALDI			
VISA				ACCIDENT DE TRAVAIL :							
				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			



Nom du Service National
demandeur : _____

000000

Ref 542660

AHRID Fadima

Renseignements Clinique

Examen demande

2 a pied Gth face + pro Jil



Le Médecin Traquant

Medicine Resident
URGENT
Medicine Resident
Dr. Imane Elbach

NON URGENT