

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 - Tel. 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-624559

74046

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3715

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAJBAR Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066155989

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Age :

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 : 20/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :



Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVE 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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

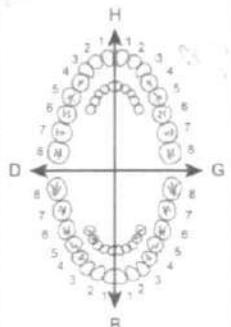
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

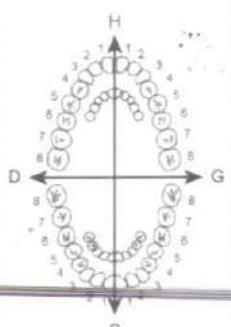
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

METANAZ® 50µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
(DCI : Furoate de mométasone)

1. Dénomination, forme pharmaceutique & présentation du médicament :
METANAZ® 50µg/dose, suspension pour pulvérisation nasale, boîte d'un flacon

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la retrouver. Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations. Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à qui que ce soit, cela pourrait lui être nocif. Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

2. Composition du médicament
- Composition en substance active :
Mométasone Furoate anhydre équivalent en mométasone.

- Excipients :
Glycerol, cellulose dispersible (Avicel CL 611), acide citrique anhydre, polysorbate 80, solution de chlorure de benzalkonium à 10% m/v, citrate de sodium, eau.

- Liste des Excipients à effet notable :
Chlorure de benzalkonium

3. Classe pharmaco-thérapeutique ou le type d'activité :
Corticoides à usage local.

4. Indications thérapeutiques :
Ce médicament contient un corticoïde. C'est un traitement anti-inflammatoire qui s'administre par voie nasale.

Il est indiqué :

- chez l'adulte et l'enfant de plus de 3 ans, en traitement de la rhinite allergique,
- chez l'adulte pour soulager les symptômes liés à la présence de polypes dans les fosses nasales.

5. Posologie :
Posologie

Rhinite allergique :

- Adulte et enfant de plus de 12 ans : la dose habituellement efficace est de 2 pulvérisations dans chaque narine 1 fois par jour le matin. Lorsque les symptômes sont améliorés, la dose peut être diminuée à 1 pulvérisation dans chaque narine par jour.
- Enfant entre 3 et 11 ans : la dose habituellement efficace est de 1 pulvérisation dans chaque narine une fois par jour le matin.

La mise en route et la durée du traitement sont fonction de l'exposition allergénique.

Polypose nasosinusienne :

- La dose habituellement efficace est de 2 pulvérisations dans chaque narine 2 fois par jour. Lorsque les symptômes régressent, la dose sera diminuée à 2 pulvérisations dans chaque narine 1 fois par jour.

En cas de persistance des troubles, ne pas augmenter la dose, mais consulter votre médecin.

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

Mode d'administration :

Voie nasale.

- Agiter légèrement le flacon avant emploi.
- Sur la première utilisation, la pompe doit être amorcée par 10 pulvérisations. Inutilisée, celle-ci reste amorcée pendant environ 2 semaines. Au-delà, elle devra à nouveau être réamorcée par 2 pulvérisations.

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

Fréquence d'administration :

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

Durée du traitement :

Se conformer à l'ordonnance de votre médecin.

6. Contre-indications :

Ne prenez jamais METANAZ 50 µg/dose, suspension pour pulvérisation nasale dans les cas suivants :

- allergie à l'un des composants,
- saignements de nez,
- en cas d'hépérès du nez, de la bouche ou des yeux.

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

7. Effets indésirables :
Comme tous les médicaments, METANAZ 50 µg/dose, suspension pour pulvérisation nasale est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Possibilité de survenue de maux de tête, de saignements de nez, d'irritation de la gorge, d'irritation ou de sensation de brûlure nasale, d'éternuements, de sécheresse de la muqueuse du nez, de réactions d'hypersensibilité parfois associées à des manifestations cutanées, et très rarement de troubles du goût et de l'odorat.

Une candidose nasale peut parfois apparaître, il conviendra alors d'interrompre le traitement et d'envisager un traitement adapté. Consultez votre médecin afin qu'il envisage avec vous un traitement adapté. Dans ce cas, il est préférable d'interrompre le traitement corticoïde jusqu'à guérison de la candidose.

Très rarement : possibilité de glaucome (augmentation de la pression à l'intérieur de l'œil), cataracte (opacification du cristallin de l'œil).

LOT: GA00628
PER: 06/2022
PPV: 110 DH 00

Cipla
Etiquette

1. Qu'est

Classe pharm ou d'autres :
Seretide est un médicament.

propionate de fluticasone

- Le salmétérol est un bêta-agoniste. Les bronchodilatateurs permettent de faciliter l'expansion des bronches au moins 12 heures.
- Le propionate de fluticasone réduit l'irritation dans les poumons.

Votre médecin vous a prescrit ce médicament pour traiter les troubles respiratoires tels que :

- Asthme,
- Broncho-Pneumopathie chronique obstructive (BPCO) d'exacerbations des symptômes d'obstruction (BPCO).

Vous devez utiliser Seretide tous les jours. Cela permettra de contrôler votre maladie.

Seretide permet d'éviter les crises d'essoufflement ou de sieste. Cependant, Seretide ne doit pas être utilisé pour soulager une crise d'essoufflement ou de sieste. DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

2. Quelles sont les informations importantes à connaître :

N'utilisez jamais Seretide si vous êtes allergique au composant de ce médicament.

Avertissements et précautions :
Adressez-vous à votre médecin.

- une maladie du cœur, grave,
- une hyperactivité de la

GloboSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
P.V.P. 248.00 DH
6 118001 141104



À remplir par le Médecin

— Renseignements concernant le patient

Nom du patient : J. NAINY

Prénom(s) du patient : Majid
Lien de parenté : père

..... Prénom(s) du patient : Ma
..... Lien de parenté avec l'assuré(e) :

..... Lien de parenté avec l'assuré(e)

Nature de la maladie : Respiratoire
S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause :

Fait à :

Détail des soins (à remplir par le Médecin)

Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
17/04/21	US\$3,00	GRAN PHARMACIE DE L'ISCHIAINE TAZI RADIA 0322-83-00-00 INPE 102009298 0322-28-63-16
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP
N° ICE		

Analyses - Radiographie

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue
17/04/2021	EFR (3k1r)	600,00	BEN MALLIK
	N° ICE		N° INP
			091024078
	N° ICE		N° INP

May/2021	Tcf cutane d'allergie 3215	600,00	N° INP Docteur SENNALLE / MUST Pneumologue 10, Avenue de la Mars 23 37233
N° ICE		N° INP 0910218	

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Devis Nombre de séances :

Facture Nombre de séances :

Etabli le :

Établi le :

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

Médecin conseil

Fiche dossier

ndations pratiques :
déclaration par personne.

t prénoms de la personne malade doivent
; obligatoirement par les praticiens eux-
chaque pièce transmise.
« Maladie » doit être transmis dans les
tractuels de votre contrat.

iances pour traitements spéciaux doivent
nature du traitement ainsi que le coefficient
endant et le détail des honoraires.

de pharmacie et les notes de frais d'analyses
tements spéciaux doivent toujours être
ées des ordonnances du médecin traitant
es photocopies des résultats (des analyses
nens radiologiques).

ctus et les PPV (Prix Public de Vente) relatifs
iments doivent être joints aux ordonnances
lant à contrôler les dates de péremption.

ger la garantie aux enfants âgés de plus de
dhérent doit produire annuellement un
de scolarité correspondant à l'année
ce considérée.

nt de l'adhérent ne bénéficie d'aucun régime
ance, merci de le préciser sur le bulletin
et joindre les pièces justificatives. Si cela
en cours de contrat, vous devez nous
uer toutes les pièces justificatives nécessaires.

ins chirurgicales : Nous fournir une facture
e la clinique ou de l'hôpital précisant :

- a. Les honoraires du chirurgien et les coefficients des actes « K » correspondant à l'intervention.
- b. La ventilation des frais annexes (anesthésie, bloc opératoire etc...)
- c. Le nombre de jours d'hospitalisation et le compte rendu.
- d. Le détail des fournitures pharmaceutiques.

10. Maternité : Le versement de l'indemnité forfaitaire s'effectue sur présentation d'un extrait d'acte de naissance du(des nouveau(x) né(s).
11. Accident ou traumatisme : (autre que l'accident de travail) : merci de préciser les causes et circonstances en mentionnant la date, l'heure et le lieu.
12. Optique : La déclaration doit comporter la prescription médicale, la facture de l'opticien précisant les références des verres achetés.
13. Confidentialité : Si la maladie revêt un caractère confidentiel, merci d'en faire préciser la nature sous pli confidentiel cacheté à l'attention du médecin conseil de la compagnie.
14. Cas de grossesse : Vous devez nous le déclarer dès son diagnostic.
15. Pour les traitements médicaux à longue durée, la prise en charge est limitée à 3 mois.
16. Réclamations : Toute réclamation doit nous être formulée au plus tard dans un délai d'un (1) mois à compter de la date du dépôt du dossier maladie.



Déclaration maladie



AC02638

À remplir par la société contractante

Numéro de police / catégorie

Numéro du bordereau

Numéro du sinistre

Matricule de l'assuré

Numéro d'affiliation à AXA Assurance Maroc

0399

À remplir par l'assuré

Nom : JN ASNY Prénom : mijdo

N° de C.I.N : Date de naissance :

Montant des frais exposés : 11853,00 DH

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 20/10/2011

Signature de l'assuré(e)

Données personnelles

Les données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés.

La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales.

Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré/souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir lesdites informations.

L'assureur garantit notamment 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. Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.

L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent.

Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du service gestion des réclamations AXA Assurance Maroc par courrier à l'adresse : 120-122 Avenue Hassan II - 20 000 Casablanca.

De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.

«conformément à la loi 09-08, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux traitements de vos données personnelles. Ce traitement a été autorisé par la CNDP sous le N° : A-A-343/2013».

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

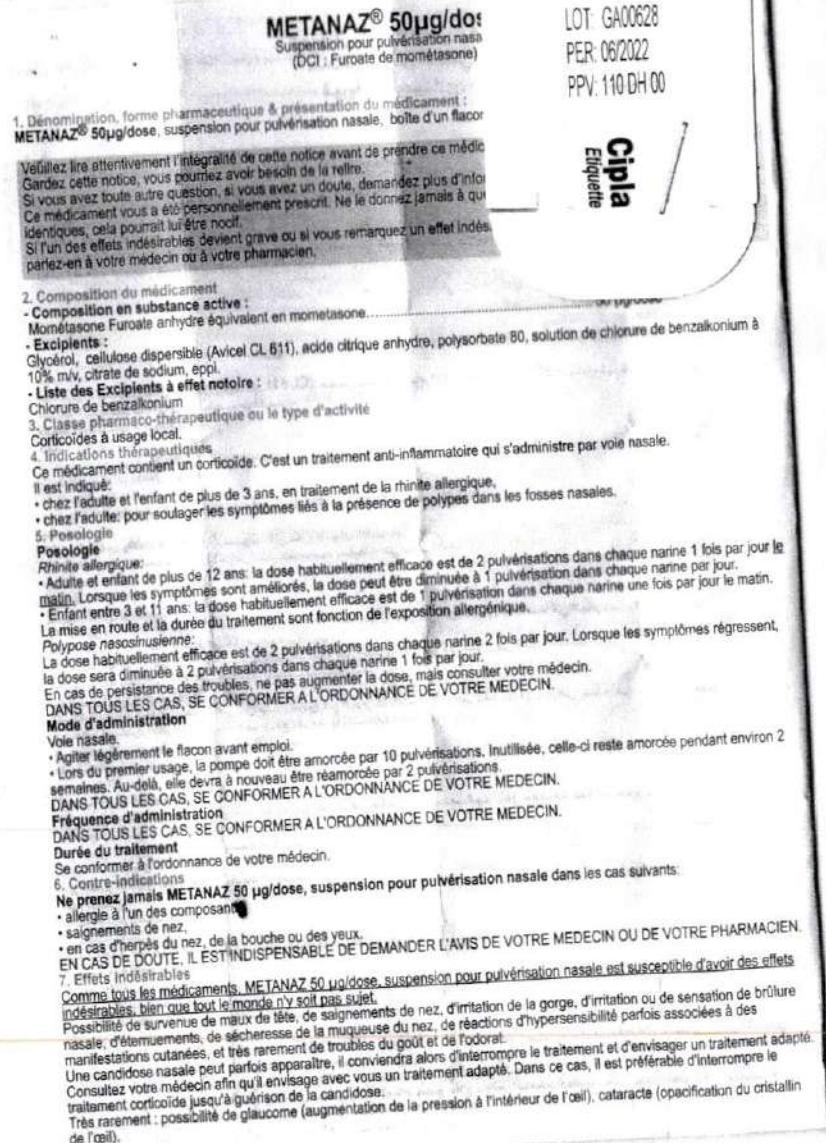
Cachet de la cellule « bordereaux »

Cachet de la cellule « traitement »

VARUN BEVERAGES MOROCCO
Z.I. Bouskoura 27182 BP 408 - Casablanca
Tél: 0529 05 29 99 / 0529 05 30 00
Fax: 0529 06 30 36
Service Formation

04/20

001011



1. Qu'est

Classe pharm ou d'autres médicaments,

Seretide est un médicament propionate de fluticasone

- Le salmétérol est un bêta-agoniste. Les bronchodilatateurs permettent de faciliter l'expiratoire au moins 12 heures.
- Le propionate de fluticasone réduit l'irritation dans les poumons.

Votre médecin vous a prescrit ce médicament pour les troubles respiratoires tels que l'asthme.

- Asthme,
- Broncho-Pneumopathie chronique obstructive (BPCO) : 500 microgrammes/50 ml d'exacerbations des symptômes d'obstruction (BPCO).

Vous devez utiliser Seretide tous les jours. Cela permettra de contrôler votre maladie.

Seretide permet d'éviter les crises d'essoufflement ou de sieste. Il est un médicament bronchodilatateur à longue durée, comme le salbutamol ou l'inhaleur d'asthme dit « de secours ».

2. Quelles sont les informations importantes à connaître ?

N'utilisez jamais Seretide si vous êtes allergique au composant de ce médicament.

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin si :

- une maladie du cœur, une hypertension artérielle, une tachycardie,
- une hyperactivité de la thyroïde.

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
Prix : 248,00 DH
ID : 646307
6 118001 141104



Produit de l'Institut GlaxoSmithKline
Diskus



Quittance De Remboursement
Maladie Maternite

Société : VARUN BEVERAGES MOROCCO N° de sinistre : 21591659
Contrat n° : 010 200263 / 00 N° dossier : 6302638
N° d'affiliation : 399 Date de survenance : 17/04/2021
Matricule Société : 0 Date de traitement : 05/05/2021
Assuré : JNAINY MAJIDA Date de remboursement : 06/05/2021
Bénéficiaire : JNAINY MAJIDA Médecin : *****

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Cof (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
CONSULT° SPECIALISTE	300,00	300,00	0	80,00	0,00	240,00
AM AUXIL MEDICAL AMM	600,00	600,00	0	80,00	0,00	480,00
K SPECIALISTE	600,00	600,00	0	80,00	0,00	480,00
MEDICAMENTS	453,00	358,00	0	80,00	0,00	286,40
	1 953,00	1 858,00			0,00	1 486,40

Observations : nr extramag

Informations :

CABINET MEDICAL DES MALADIES RESPIRATOIRES

Docteur BENMALLEM Mustapha

Spécialiste des Maladies Respiratoires

C.E.S. de l'Université de Paris

Asthme, Maladies des Poumons, Tuberculose

ALLERGIE RESPIRATOIRE

Sevrage Tabagique

الدكتور بن لمعلم مصطفى

إخلاصي في الأمراض الصدرية

خريج جامعة باريس

الضيق - داء السل - أمراض الرئة

مرض الحساسية

الإقلاع عن التدخين

Casablanca, le 17/04/2021 الدار البيضاء، في

248,00

7^{me} Avenue Nafida

① Série de 2 x 200 mg (1flacon)

1 bouteille au flacon x 200 mg

110,00

② Metamizol

95,00

2 palvules/latrine nasale 180 mg



③ Extraneo 9

19,00

GRANDE PHARMACIE DE LA BONNE

Résidence El Mechouar N°97, Avenue 2 Mars Angle, Rue d'Athènes - Casablanca - Tél. : 05 22 82 23 42

153,00

Docteur Ben Mallem Mustapha
Pneumologue
97 Avenue 2 Mars Casa Mers Sultan

Casablanca le 17 juillet 2021

Facture Compte rendu de E.F.R

Mr. Mme JANIN Napilda

a subi une E.F.R (spirometries) ce jour cotée 3K15 et payé à six cent dirhams (600 dirhams).

Résultat :

Spirometrie des 2 lits & le
normale.

**EXPLORATION
FONCTIONNELLE
RESPIRATOIRE**

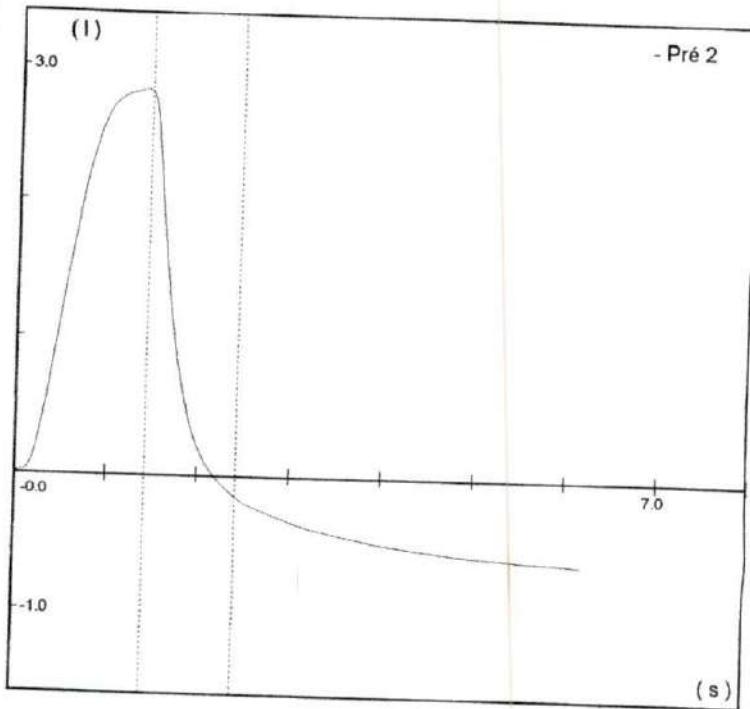
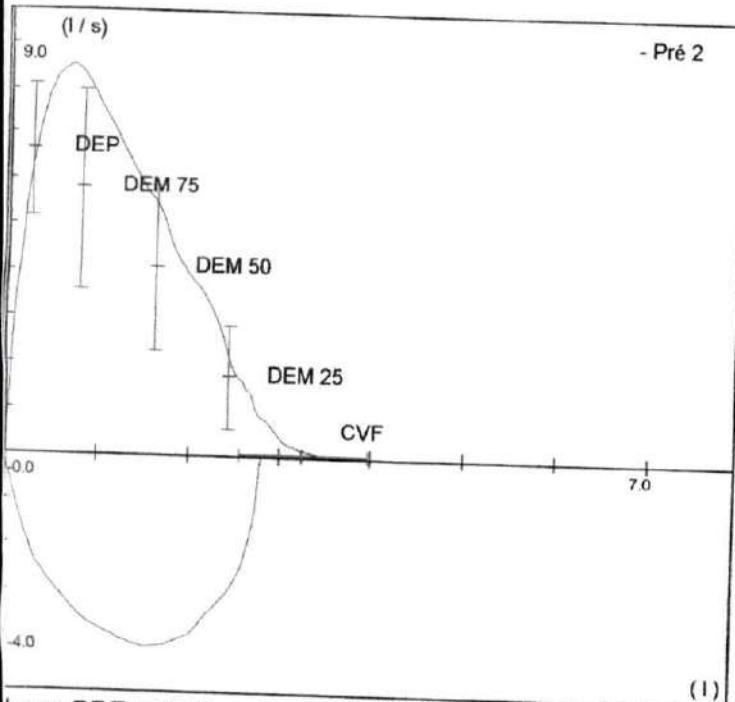
DYN'R Matériel Médical
BP 71
73 Rue de Louge
31603 MURET Cedex
05-62-23-19-00

Examen du
17/04/2021

Nom : JNAINY
Prénom : Majida
Médecin traitant :
Réf. Norme :
Normes : ERS 93 - Zapletal
Vérification de Calibration : 2.0% Ins. -2.5% Exp.
Corr. BTPS : 1.101 20.0 °C 103.0 kPa 55.0 %H₂O

Id. :
Sexe : Féminin
Taille : 166 cm
Poids : 65 Kg

Né(e) le : 21/07/1974
Age : 46 Ans
Tabagisme : NON-FUMEUR

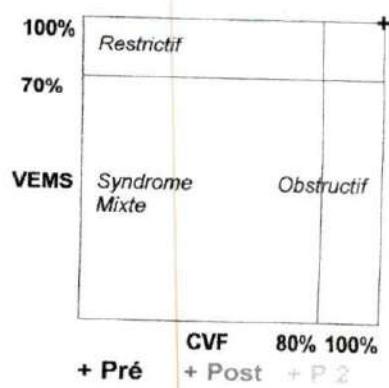


Heure PRE : 11:23 Heure POST :

	Théo.	Pré 2	% Th	POST	% Th	# Pré%	# Th%
VF (l)	3.27	3.42	105				
EMS (l)	2.81	2.96	105				
EMS / CVF (%)	81	86	107				
EP (l/s)	6.64	8.41	127				
EM 75 (l/s)	5.80	7.90	136				
EM 50 (l/s)	4.08	4.80	118				
EM 25 (l/s)	1.70	1.64	97				
EM 25-75 (l/s)	3.43	4.17	122				

*Spiramétrie des dérivés
la normale*

*2021-04-17 11:23:00
JNAINY Majida
05-62-23-19-00*



Docteur Ben Mallem Mustapha
Pneumologue
97 Avenue 2 Mars Casa Mers Sultan

Casablanca le 17/04/2011

Facture Compte rendu des tests cutanés d'allergie

Mr. Mme Jeanine Mafda

a subi des tests cutanés d'allergie ce jour cotée 3K15 et payé à six cent dirhams (600 dirhams).

Résultat : Test cutané d'allergie Negatif

Dr BEN MALLEM MUSTAPHA
Pneumologue
97 Avenue 2 Mars Sultan
Casa
Tél: 022 82 23 42

DOCTEUR BENMALLEM MUSTAPHA
PNEUMOLOGUE
97 ; Avenue ; 2Mars casablanca

Casa le 12/04/2012

RESULTAT DES TESTS CUTANES D' ALLERGIE CONCERNANT
Mme JANNI Hajda

Témoin positif (phosphate de codeine)	5/10
Témoin negatif	0/0
Dermatopteronissynus	0/0
Dermato farinea	0/0
Blomia	0/0
5 Graminées	0/0
4 céréales	0/0
olivier	0/0
blattes	1
Blattes germaniques	1
Aspergillus mixte	0/0
Poil de chat	1
Poil de chiens	1
Test cutane d'allergie Negatif	

DOCTEUR BENMALLEM MUSTAPHA
PNEUMOLOGUE
97 Avenue 2Mars Casablanca
Télé : 022 02 23 12