

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

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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 caractére 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



## Déclaration de Maladie

Nº M20- 0001147

97153 par Lourine

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e),

Matricule : 3465

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... 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) :



## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M20-01147

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

# 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.

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com  
 O Prise en charge : pec@mupras.com  
 O 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.



# Déclaration de Maladie

N° W21-654084

*Par courrier*

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	3465	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		KACHT YAMNA	
Date de naissance :		1959	
Adresse :		N° 2 RUE 962 SALAM AGADIR	
Tél. :	06 62 17 0748	Total des frais engagés :	192.60

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :
Dr. MOUSTADRAF Zouhair Spécialiste en Endocrinologie 'Diabetologie et Nutrition' 67, Rue de Marrakech (Q.I.) AGADIR
Date de consultation :
13/12/2021
Nom et prénom du malade :
KACHT YAMNA Age: 1959
Lien de parenté :
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :
DYSTHYROIDIE
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'attendeur conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : AGADIR

Le : 13/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-654084
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	

## **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
13/12/17	5		200000	INP : 0411915 Dr. MOUSTADRA Zouhair Dhouib Spécialiste en Diabéto-Endocrinologie Endocrinologie et Nutrition Rakach (Q.I.) AGADIR

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
13 RUE JEANNE D'ARC TÉL. 05 28 30 72 72 MÉDECIN PHARMACIE DU MURAT	13/12/21	392,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE DR. A. ALLALI D'ANALYSES MÉDICALE Pharmacien Biologiste Tél/Fax : 05 28 84 33 84 Email : laboellallali@gmail.com	13/12/21	R 250	200,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

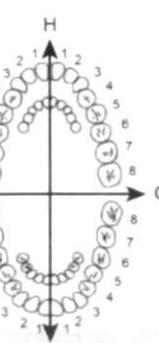
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
			<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	00000000	00000000	<hr/>			G	35533411	11433553	
H	25533412	21433552																				
D	00000000	00000000																				
<hr/>																						
B	00000000	00000000																				
<hr/>																						
G	35533411	11433553																				
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. Moustadraf Zouhair

Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition



الدكتور مستضروف زهير

أخصائي في أمراض الغدد  
داء السكري و التغدية

Sur Rendez-vous

بالموعد

Agadir, Le :

13/12/21

T-Kacht Yamna

13/11/0 × 6

Lenklypox 50mg

6,80 × 6 NCP / jour -

Lenklypox 25mg

NCP / jour -



Pharmacie RAJAA  
Dr. Moustadraf Zouhair  
N° 13 Belkacem El MARZOUI  
Rue Abderrahman Ben Zidane  
Haj Essalam - AGADIR  
Tél. ... 05 28 23 51 09

Bureau

68.60

Hegamat



4/15

79.50

Zetalex



A microclar

69.50

Docurox



ستضروف زهير  
Dr. MOUSTADRaf Zouhair  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition

14.60

Delpbrane 100



40.30

Srepuls 100 + 2g

57, Rue de Marrakech (Q.I) Aqadir



RDV Le :

13/12/21

57. زنقة الحاج أخنوش (زنقة مراكش سابقا). الحي الصناعي. أكادير - الهاتف: 06 24 19 11 00 - 05 28 84 82 83

57, rue Haj Akhenouch, (Ex Rue de Marrakech) - Q.I Aqadir - Tél. 05 28 84 82 83 - 06 24 19 11 00



6 118001 102013  
Levothyrox 50 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013  
Levothyrox 50 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013  
Levothyrox 50 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013  
Levothyrox 50 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013  
Levothyrox 50 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013  
Levothyrox 50 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336

# Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

Comprimé

## DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé :

La substance active est : paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC 90 (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose sodique, providone K30, amidon de maïs prégelatinisé, acide stéarique (origine végétale).

## QU'EST -CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

## Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

## QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

### Contre-indications :

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants : allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

## PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

### Précautions Particulières :

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

### Mises en garde :

En cas de surdosage ou de prise immédiate votre médecin.

**Ce médicament contient du paracétamol qui peut être présent dans d'autres médicaments. Ne les associez pas à une dose quotidienne recommandée (cf. ci-dessous).**

### Grossesse et allaitement :

Le Paracétamol, dans les conditions normales de grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement,

PPV: 14DH00

PER: 03/24

LOT: K793

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

10 comprimés



6 118000 040972

# DociVox®

comprimé à sucer

AUX EXTRAITS DE PROPOLIS ET DE PLANTES  
(Eucalyptus - Propolis - Echinacea - Gingembre)

Maux de gorge  
Enrouements passagers

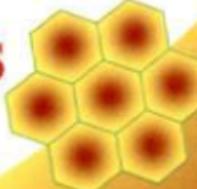
x20

Goût menthe - miel - citron

Apaise et dégage les voies respiratoires  
Adoucit la gorge irritée en cas de toux  
Renforce les défenses naturelles

LOT : 210335  
BLUO : 08/2024

69,00 DH



Deva  
Laboratoires Pharmaceutique  
J.OUAIDI Pharmacien Responsable

DociVox®  
comprimé à sucer

AUX EXTRAITS DE PROPOLIS ET DE PLANTES  
(Eucalyptus - Propolis - Echinacea - Gingembre)

Maux de gorge  
Enrouements passagers

Goût menthe - miel - citron



Zetalax DM® Microlavement agit mécaniquement au niveau du rectum et n'a pas d'interaction avec les processus physiologiques du tube digestif. Les ingrédients contenus dans le microlavement garantissent le ramollissement et la lubrification de la masse fécale, ce qui permet ensuite une expulsion rapide des matières fécales.

#### Mode d'emploi :

- Ouvrir l'emballage
- Enlever le bouchon du microlavement et lubrifier la canule avec une goutte de produit
- Introduire délicatement la canule dans le rectum, sans presser le tube
- Appuyer à fond sur le microlavement
- Extraire la canule sans relâcher la pression sur le tube, pour ne pas aspirer à nouveau le liquide

**⚠ Lire la notice avant utilisation. Conserver hors de portée des enfants.**

Dispositif médical classe 1. Autorisation ministère de la santé n° : 860/16116/2016/ DMP/20/DM



Fabricant  
Zeta Farmaceutici S.p.A.  
Via Galvani, 10  
Sandrigo (VI)  
ITALY

Importé au Maroc par :  
Laboratoires ITCOS  
N°109 QJ sidi ghanem  
40000 MARRAKECH

Distribué au Maroc par :  
MEDIPRO Pharma  
100, rue Brahim Ankaï  
20370 - Casablanca -



Validité 5 ans  
La date de péremption se réfère  
au produit intégré,  
conservé correctement.

Lot : 017  
À utiliser de  
préférence avant le : 02/2026

PPC : 79,50 DH



LOT







**Strepsils**  
citron  
**sans sucre**

3034986

**Strepsils Citron sans sucre** est indiqué pour le traitement local d'appoint antibactérien des affections limitées de la muqueuse buccale et de l'oropharynx.

**Adultes et enfants (plus de 6 ans):** une pastille à dissoudre lentement dans la bouche 3 à 6 fois par jour.

Il n'est pas recommandé aux enfants de moins de 6 ans l'utilisation de ce produit.

**Chaque pastille contient** de l'alcool 2,4-dichlorobenzyllique 1,2 mg et de l'amylmétacrésol 0,6 mg.

**Les autres excipients sont:** isomalt, maltitol liquide, acide tartrique, arôme citron, saccharine sodique.

**Excipients à effet notoire:** maltitol.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

**Conserver en dessous de 25° C**

**Fabriqué par:** Reckitt Benckiser Healthcare International Ltd, Nottingham, Angleterre.

**Distribué par:** PHARMACEUTICAL INSTITUTE BP 4491-12100, Ain El Aouda, Maroc.

يوصى ستريپسيلس ليمون محلى بدون سكر للعلاج المرضعى كدواء مساعد ضد التهابات المحدودة للمنطقة المخاطية للقمر والبلعوم.

البالغين والأطفال (أكثر من 6 سنوات): قرص يذوب ببطء في الماء 3-6 مرات في اليوم . لا ينصح للأطفال تحت سن 6 سنوات استخدام هذا المنتج

كل قرص يحتوى على الكحول 2,4 - ديكلوروبنزيل 1.2 مغ وأمilyمتاكيزول 0.6 مغ

المسواغات الأخرى هي: أيزومالت ، حمول المالتitol ، حامض الثارتريك ، ذكه الليمون ، السكرين الصوديوم

السواغات ذات التأثير المعروف : المالتitol

لا تتركوه في متناول الأطفال

يحفظ في درجة حرارة تقل عن 25° منوبة

يصنع من طرف: ريكيت بينكيرر هيلث انترناشونال ، نوتنجهام ، إنجلترا

يوزع من طرف: معهد الصيدلة من 12100-4491 ، عين العودة ، المغرب

PPV : 40 DH 30



**sans sucre**  
citron

**Strepsils** ☺

16 pastilles

Alcool 2,4-dichlorobenzyllique/amylmétacrésol

ستريپسيلس ليمون

**Strepsils** ®  
sans sucre  
limon

AMM N° 371/17 DMP/21/NCF

**sans sucre**  
citron

**Strepsils**

EXP: 06/2022  
DOM: 06/2019  
Catég: 25g

Lot: HA465



*Dr. Zouhaïr Moustadraf*  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition



الدكتور زهير مستضروف  
أخصائي في أمراض الغدد  
السكري و التغدية

Agadir, le : ..... 13/12/81

## NOTE D'HONORAIRES

Nom : KACHT

Prénom : XAMNA

Deux Cents (200,00) Dhs

الدكتور زهير مستضروف  
*Dr. MOUSTADRAF Zouhair*  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
57, Rue de Marrakech (Q.I.) AGADIR

Dr. Moustadraf Zouhair 13/10/18

Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition

Ms KACHT YAMNA

TSHvS

LABORATOIRE DR EL AÏSSI  
ANALYSES BIOLOGIQUES  
DINANAYES Biologique  
Pharmacien : 05 28 84 33 84  
Tél: 05 28 84 33 84  
Fax : 05 28 84 33 84  
Email : dr.elaisse@orange.fr

Dr. MOUSTADRAF ZOUHAIR  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
57, Rue de Marrakech (Q.I.) AGADIR

12.2021

LABORATOIRE EL ALLALI ANALYSES MEDICALES

Dr MOHAMED AZIZ EL ALLALI

61 bis Rue de Marrakech

80020 AGADIR

Tél: 05.28.84.33.84 Fax: 05.28.82.87.58

I.C.E: 001 702 973 000 057 INPE: 043060623

I.F: 76 14 33 30

---

"FACTURE NO" : 2118430

ND:131221 091

NP:80415

Analyses effectuées le .. : 13/12/21

Pour ..... : Mm KACHT YAMNA

Sur prescription du ..... : Dr MOUSTADRAF ZOUHAIR

TSH TSH us

B 250

Total Prélèvements : 15,00

Total des B : 250

Total Dossier : 200,00 Dirhams





الجودة صراع المستقبل  
La qualité est le combat d'avenir

# PCR COVID-19 بدون موعد ، النتائج خلال 24 ساعة PCR COVID-19 sans RDV, Résultats en 24 heure

Laboratoire EL ALLALI

Vos résultats sur l'application :  
"Labo EL ALLALI"



05 28 84 33 84  
07 67 37 80 41

[www.laboeallali.com](http://www.laboeallali.com)  
[laboeallali@gmail.com](mailto:laboeallali@gmail.com)

مختبر التحاليل العلالي

N° Dossier: 131221 091

Patient : Mme KACHT YAMNA

Sexe F DN: 01/01/1959 (62 ans) ND: 80415

Médecin : Dr. MOUSTADRAF ZOUHAIR

42

Prélèvement Effectué au laboratoire le 13/12/2021 à 14h29  
N° CIN: SH16479 N° PASSEPORT:

Page : 1 / 1

## HORMONOLOGIE

TSHus

(Tech ECLIA/Roche Cobas e411)

2,10 µUI/ml

N : 0.27 à 4.20

23/06/21 : 5.62

Tous les résultats sont validés par Dr. EL ALLALI

*LABORATOIRE DR. EL ALLALI  
D'ANALYSES MEDICO-BIOLOGIQUES  
Pharmacie et Laboratoire  
Tél/Fax: 05 28 84 33 84  
Email: laboeallali@gmail.com*

Dr. M. A. EL ALLALI