

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M22- 054796

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1157 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HAMAYED EL MILI Rafik
 Date de naissance : 27/08/35
 Adresse : 11 Rue de la Ben Belkacem - Ain Makh
 Tél. : 0645315315 Total des frais engagés : 164,77 Euros

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 :

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 27/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22- 054796

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 : 1157
 Nom de l'adhérent(e) : HAMAYED Rafik
 Total des frais engagés : 164,77 Euros
 Date de dépôt :

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
<i>ordonnance pour 6 mois Medic Colambet</i>	<i>10/02/2023</i>	<i>164,77 Euros</i>

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

2023

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 <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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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'EXECUTION



N° 11389*05

joindre la prescription
sauf si renouvellementfeuille de soins
pharmacien ou fournisseurArt. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

193086

date J J M M A A A A 10022023

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom HAMAYED RAFIK
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
numéro d'immatriculation

date de naissance 07081939 1

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
numéro d'immatriculationcode de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le pharmacien ou
le fournisseur)

ADRESSE de L'ASSURE(E)

75011 PARIS

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

MME SEBBAG ALLOUCHE .

10000033752

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE SEBBAG ALLOUCHE
97 AVE LEDRU ROLLIN
75011 PARIS
752013227
RENOUVELLEMENT No 1dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom HOP GEORGES POMPIDOU .

identifiant

raison sociale

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET) 750803447

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 27012023 A A A A A A date de l'accord préalable (le cas échéant) J J M M A A A A

XX MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "§"
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

XX

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarif	Presc	CIB/Ref	LPP(UT)	Homeo	Decon-	Qte	PU	At	Fact	Libelle	Nb btes	Mod.	Indic.	Date	Date
					c.lab	dution.					utili.	presc	Subst.	debut	loc
	PHN	3400937221139				2	63,90	127,80		COOLMETEC 20MG/12,5MG					
	PH7	3400930013984				2	4,43	8,86		RESITUNE 75mg Cpr gast					
	HG7					2	2,76	5,52		Honor. dispens. HG7					
	PH7	3400935297129				1	11,49	14,17		CARDENSIEL 2,5MG CPR P					
	HG7					1	2,76	2,76		Honor. dispens. HG7					
	HDR					1	0,51	0,51		Honor. dispens. HDR					
	HDA					1	1,58	1,58		Honor. dispens. HDA					
	HDE					1	3,57	3,57		Honor. dispens. HDE					

imprimer les codes à barres
coller les étiquettes de la liste
des produits et prestations
dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT 164,77

MONTANT TOTAL
en euros

164,77

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien
ou du fournisseur

MME SEBBAG ALLOUCHE .

signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.

La première information à donner concerne **la personne recevant les soins et l'assuré(e)** :

Si vous ne payez pas votre pharmacien ou votre fournisseur, celui-ci remplira l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne.

Si vous payez votre pharmacien ou votre fournisseur, celui-ci indiquera uniquement vos nom et prénom, dans la zone prévue, selon vos indications ou au vu des informations portées dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres zones seront remplies par vous même (*le code de l'organisme de rattachement n'est pas à préciser*).

- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous êtes **assuré(e) social(e)**, inscrivez seulement :
 - votre **numéro d'immatriculation** (en vous aidant de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne).
- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous n'êtes pas **assuré(e) social(e)**, indiquez :
 - votre **numéro d'immatriculation**,
 - ou** (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
 - votre **date de naissance**,
 - le **nom** et le **prénom** de l'**assuré(e)** auquel (à laquelle) vous êtes rattaché(e) et son **numéro d'immatriculation**,
- **complétez enfin cette rubrique en indiquant l'adresse de l'assuré(e).**

Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à compléter par votre pharmacien ou votre fournisseur, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.

- * Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident causé par un tiers, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident.
Ces renseignements doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à l'accident auprès de l'assureur concerné.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident du travail, dont vous avez été victime, ou avec une maladie professionnelle, présentez-lui la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

Recommandations importantes :

Le double de votre prescription médicale doit être joint à l'envoi de votre feuille de soins (sauf en cas de renouvellement, ou s'il a été joint à la demande d'accord préalable).

Prévenez votre organisme d'assurance maladie en **cas de changement intervenant dans votre situation**, par exemple :

- **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : adressez-lui le relevé d'identité correspondant.
- **changement d'organisme** d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations, **n'oubliez pas** également d'indiquer **votre nouvelle adresse sur la feuille de soins**.

- * **Si le pharmacien ou le fournisseur a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).**

N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.



Hôpital européen Georges-Pompidou

20, rue Leblanc
75908 PARIS Cedex 15

Tél. : 01 56 09 20 00

Pôle Cardio-Vasculaire
Service de Médecine Vasculaire

Chef de service
Professeur Emmanuel MESSAS
PUPH

e-mail : emmanuel.messas@egp.aphp.fr

Secrétariat : 01.56.09.37.55
Fax : 01.56.09.30.65

ASSISTANCE
PUBLIQUE



HÔPITAUX
DE PARIS

27012023

RAFIK HAMAYED

COOLMETEC 20/12.5 1/J
RESITUNE 75 1/J
CARDENSIEL 2.5 1/J

Signature

VALABLE 6 MOIS

N° FINESS : 750803447
Tél. : 01 56 09 37 74 - Fax : 01 56 09 30 65
20 rue Leblanc - 75908 Paris cedex 15
Hôpital Européen Georges Pompidou
Professeur Emmanuel MESSAS
SERVICE DE MEDECINE VASCULAIRE

Professeur Emmanuel MESSAS

PHARMACIE SEBBAG ALLOUCHE
MME SEBBAG ALLOUCHE
97 AVE LEDRU ROLLIN
75011 PARIS
FRANCE
Tel: 0147002420
N° SIRET: 31347959400019
Code NAF: 4773Z - FR29313479594

Page 1 / 2

FACTURE

N°2026/193086

Du 10/02/2023

Date de l'échéance 11/02/2023

HAMAYED RAFIK
84 rue de charonne
75011 PARIS

Prescripteur : HOP GEORGES POMPIDOU .
N° AM : 750803447
Opérateur: _ C

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
COOLMETEC 20MG/12,5MG CPR PELL PLQ/90 3400937221139 N° Ordonnancier : 241411	PHN	0	2	58,091	10,00%	116,18
RESITUNE 75mg Cpr gast FI/90 3400930013984	PH7	0	2	4,339	2,10%	8,68
Honor. dispens. HG7	HG7	0	2	2,703	2,10%	5,41
CARDENSIEL 2,5MG CPR PES PLQ/90 3400935297129 N° Ordonnancier : 241412	PH7	0	1	13,879	2,10%	13,88
Honor. dispens. HG7	HG7	0	1	2,703	2,10%	2,70
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50
Honor. dispens. HDA	HDA	0	1	1,550	2,10%	1,55
Honor. dispens. HDE	HDE	0	1	3,500	2,10%	3,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
36,21	2,1% (4)	0,76	36,97
116,18	10% (10)	11,62	127,80
Total HT		Total TVA	Total TTC
152,39		12,38	164,77

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	164,77

Mode(s) de règlement	
Espèces	164,77

Reste dû	0,00
----------	------

Montants exprimés en Euros

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1 - code 10: taux 10.0

(NF525) 103//1/FACTURATION/FACTURE/QQQI/N/IHOI/N/IERI/2.20.1.1.R8-70/0/B525/0370-1/138991

PHARMACIE SEBBAG ALLOUCHE
MME SEBBAG ALLOUCHE
97 AVE LEDRU ROLLIN
75011 PARIS
FRANCE
Tel: 0147002420
N° SIRET: 31347959400019
Code NAF: 4773Z - FR29313479594

Page 2 / 2

FACTURE

N°2026/193086

Du 10/02/2023

Date de l'échéance 11/02/2023

HAMAYED RAFIK
84 rue de charonne
75011 PARIS

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1 - code 10: taux 10.0


(NF525) 103//1/FACTURATION/FACTURE/QQQI/N/IOI/N/IERI/2.20.1.1.R8-70/0/B525/0370-1/138991

Cardensiel® 2,5 mg
comprimé pelliculé sécable

Bisoprolol

Voie orale

*Il n'y a pas de prix
sur la boîte.*

90 (3 x 30) comprimés 

MERCK

PC: 03400935297129

SN

EXP

Lot

23473271538

04/2025

601J5C



Exp: 05/2024
Lot N°: GK3517



CIP 3400930013984

 **RESITUNE®**
Acide acétylsalicylique

75 mg

90 comprimés gastro-résistants
EN FLACON

COMPOSITION EN SUBSTANCE ACTIVE :

Acide acétylsalicylique 75 mg

Pour un comprimé gastro-résistant.

LISTE DES EXCIPIENTS : Excipient à effet notoire :
sodium (essentiellement sans sodium).
Voir la notice pour plus d'information.

Les comprimés doivent être avalés entiers.
Ne pas les écraser, ni les casser, ni les mâcher.
Lire la notice avant utilisation.

 **RESITUNE®**
Acide acétylsalicylique

75 mg

 **RESITUNE®**
Acide acétylsalicylique

75 mg

90 comprimés gastro-résistants

Titulaire : PFIZER HOLDING FRANCE
Exploitant : PFIZER
23-25, AVENUE DU DOCTEUR LANNELONGUE
75014 PARIS.

Médicament autorisé N° : 3400930013984.
Médicament non soumis à prescription médicale.

PRECAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION :
À conserver à une température ne dépassant pas 30°C.
Conserver le flacon soigneusement fermé, à l'abri de l'humidité.
TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.

 **RESITUNE®**
Acide acétylsalicylique

75 mg

90 comprimés gastro-résistants
VOIE ORALE UNIQUEMENT



RESITUNE + GROSSESSE
=
INTERDIT

Ne pas utiliser chez la
femme enceinte



90 comprimés gastro-résistants

 **RESITUNE®**
Acide acétylsalicylique

75 mg

90 comprimés gastro-résistants



Prendre comprimé(s) /jour
Matin Midi Soir

AVALER AVEC 1/2 VERRE D'EAU.




2206898

Exp: 05/2024
Lot N°: GK3517



CIP 3400930013984

 **RESITUNE®**
Acide acétylsalicylique

75 mg

90 comprimés gastro-résistants
EN FLACON

COMPOSITION EN SUBSTANCE ACTIVE :
Acide acétylsalicylique 75 mg
Pour un comprimé gastro-résistant.

LISTE DES EXCIPIENTS : Excipient à effet notoire :
sodium (essentiellement sans sodium).
Voir la notice pour plus d'information.

Les comprimés doivent être avalés entiers.
Ne pas les écraser, ni les casser, ni les mâcher.
Lire la notice avant utilisation.

 **RESITUNE®**
Acide acétylsalicylique

75 mg

 **RESITUNE®**
Acide acétylsalicylique

75 mg

90 comprimés gastro-résistants

Titulaire : PFIZER HOLDING FRANCE
Exploitant : PFIZER
23-25, AVENUE DU DOCTEUR LANNELONGUE
75014 PARIS.

Médicament autorisé N° : 3400930013984.
Médicament non soumis à prescription médicale.

PRECAUTIONS PARTICULIERES DE CONSERVATION :
A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.
Conservé le flacon soigneusement fermé, à l'abri de l'humidité.
TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.

 **RESITUNE®**
Acide acétylsalicylique

75 mg

90 comprimés gastro-résistants
VOIE ORALE UNIQUEMENT



RESITUNE + GROSSESSE
=
INTERDIT

Ne pas utiliser chez la
femme enceinte



90 comprimés gastro-résistants

 **RESITUNE®**
Acide acétylsalicylique

75 mg

90 comprimés gastro-résistants



Prendre comprimé(s) /jour
Matin Midi Soir

AVALER AVEC 1/2 VERRE D'EAU.




2206898

Titulaire d'AMM / Exploitant :
DAIICHI SANKYO FRANCE S.A.S.
1, rue Eugène et Armand Peugeot
92500 Rueil-Malmaison - FRANCE

Fabricant :
DAIICHI SANKYO EUROPE GmbH
Luitpoldstrasse 1
85276 Pfaffenhofen - ALLEMAGNE

**CoOLMETEC® + GROSSESSE
= INTERDIT**

Ne pas utiliser chez la femme enceinte
ou qui envisage une grossesse



PC: 03400937221139
SN: 0000000346308193
Lot: 334949
EXP: 04 2025

Médicament autorisé n° 3400937221139



**CoOlmotec® 20 mg / 12,5 mg**
Comprimé pelliculé
Olmésartan médoxomil / Hydrochlorothiazide

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Liste I - Uniquement sur ordonnance


Composition :
Olmésartan médoxomil 20 mg
Hydrochlorothiazide 12,5 mg
Excipients q.s.p. un comprimé pelliculé

Excipient à effet notoire : Lactose monohydraté
Voir la notice pour plus d'informations.

Lire la notice avant utilisation.
Pas de précautions particulières de conservation.
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

DSE



**CoOlmotec® 20 mg / 12,5 mg**
Comprimé pelliculé
Olmésartan médoxomil / Hydrochlorothiazide

IP n'y a pas de prise sur la boîte

90 comprimés pelliculés
Voie orale

 Daiichi-Sankyo

Titulaire d'AMM / Exploitant :
DAIICHI SANKYO FRANCE S.A.S.
1, rue Eugène et Armand Peugeot
92500 Rueil-Malmaison - FRANCE

Fabricant :
DAIICHI SANKYO EUROPE GmbH
Luitpoldstrasse 1
85276 Pfaffenhofen - ALLEMAGNE

**CoOLMETEC® + GROSSESSE
= INTERDIT**

Ne pas utiliser chez la femme enceinte
ou qui envisage une grossesse



PC: 03400937221139
SN: 0000000346308193
Lot: 334949
EXP: 04 2025

Médicament autorisé n° 3400937221139



**CoOlmotec® 20 mg/12,5 mg**
Comprimé pelliculé
Olmésartan médoxomil/Hydrochlorothiazide

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Liste I - Uniquement sur ordonnance

Composition :
Olmésartan médoxomil 20 mg
Hydrochlorothiazide 12,5 mg
Excipients q.s.p. un comprimé pelliculé

Excipient à effet notoire : Lactose monohydraté
Voir la notice pour plus d'informations.

Lire la notice avant utilisation.
Pas de précautions particulières de conservation.
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

DSE

**CoOlmotec® 20 mg/12,5 mg**
Comprimé pelliculé
Olmésartan médoxomil/Hydrochlorothiazide

IP n'y a pas de prise sur la boîte

90 comprimés pelliculés
Voie orale

 Daiichi-Sankyo