

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

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

N° M21- 040677

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1798 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AOVANE MOSTARA 168090

Date de naissance :

Adresse : habituelle

Tél. : 0662 1025 70 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 : Casa Le : 11 / 07 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA : أصتب :
Le : 31/05/2023 : بتاريخ :

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 154502333 رقم التسجيل
Réglements de la période : من :
du : 30/05/2023 : إلى :
au : 30/05/2023 : إلى :

Destinataire
EL MECHRAFI AZIZA

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des
prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la
période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي
استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الاداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
EL MECHRAFI AZIZA											
114705526	28/04/2023	B	LABORATOIRES D	252,80	187,00	170,00	1,00	187,00	77,00	30/05/2023	143,99
114705526	28/04/2023	CSC	ANALYSES CARDIOLOGIE	300,00	250,00	1,00	1,00	250,00	77,00	30/05/2023	192,50
114705526	28/04/2023	PH	PHARMACIES D	672,80	0,00	1,00	5,00	0,00	0,00	30/05/2023	428,20
114705526	28/04/2023	CG	OFFICINES CARDIOLOGIE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	70,00	30/05/2023	0,00
114705525	16/05/2023	CS	OTO-RHINO- LARYNGOLOGIE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77,00	30/05/2023	115,50
114705525	16/05/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	78,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	30/05/2023	0,00
Total remboursé											880,19
Total général remboursé											880,19

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :
merci de visiter notre site Web
ou le portail des assurés
ou l'application mobile
ou appeler notre serveur vocal au numéro
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/
« Ma CNSS »
080 20 30 100
080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالخدمة الصوتية على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال للمؤمن على الأرقام

دار المؤمن - ساحة داكاز - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 0522 54 86 73 : فاكس: 0522 54 86 73
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 0522 54 86 07 Fax : 0522 54 86 73

تعلیمات یجب اتباعها

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.

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 الشرطي للأدوية
المسترة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإبتدائية إلى الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي 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.

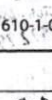
تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي.

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

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

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

<p><u>توقيع و طابع الوكالة</u></p> <p>Cachet et signature de l'Agence</p>	<p><u>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</u></p> <p>Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent :</p> <p>تاريخ الإيداع : _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p>تاريخ الاستلام : _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>

 الصندوق الاجتماعي C.N.S.S. Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf.: 610-1-03 مرجع رقم	Réf.: ANAM 1.2.02.01
N° Dossier:			
Partie réservée à l'assuré(e)		خاص بالمؤمن له (لها)	
Nom et prénom : EL NECHRAFI AZIZA		الإسم العائلي والشخصي :	
N° Immatriculation : ١٥٤٦٨٠٢٣٩٧٩		رقم التسجيل :	
N° CIN : ١١-١٢١٤٦٣١-١-١		رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *	
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج		Enfant <input type="checkbox"/> ابن	
Adresse : ١٢٣، RUE ABEL A WAST DES SALES B.		العنوان :	
Montant des frais : درهم-----Dhs.		مبلغ المصاريف :	
Nombre de pièces jointes :		عدد الوثائق المرفقة :	
Déclaration du Médecin traitant		تصريح الطبيب المعالج	
Bénéficiaire de soins LA NECHRAFI AZIZA		المستفيد من العلاجات	
Nom et prénom :		الإسم العائلي والشخصي :	
Date de naissance :		تاريخ الإزدياد :	
N° CIN :		رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Sexe * : M <input checked="" type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/>		الجنس :	
INPE et code à barres "09 02 865"		الرقم الوطني للاستدراك والرموز الشريطية	
Médecin traitant	Etablissement de soins	نوع العلاجات	
طبيب المعالج	المؤسسة العلاجية		
Type de soins			
Admission ALD * :	Oui	No	قبول المرض المزمن *
N° dossier ALD :	رقم ملف المرض المزمن :		
Code ALD :	رمز المرض المزمن :		
Maladie* <input type="checkbox"/> مرض	Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشفاء		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.		
Fait à : ...	Toujours ou le médecin traitant ou de l'établissement de soins		
Le : ١٥ / ١٢ / ٢٠١٢	Signature du patient ou du représentant légal		
Signature de l'assuré(e)		Signature du médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	

* Cocher la mention utile pour chaque cas

** Accrocher l'étiquette portant l'INPE (Id

080 200 7200 / 080 203 3333 - الدار البيضاء - الهاتف - 2186 - الدار البيضاء - 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

*. أشطب الختة المناسبة

que le code à barres.

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Dr Chadia BENCHEQROUN

Cardiologue

Ancienne externe des hôpitaux de Paris

Ancienne interne des hôpitaux de Bordeaux

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

CES des maladies du cœur et vaisseaux

Diplômée d'écho-doppler cardiaque et vasculaire

Membre de la Société Française de Cardiologie

Filiale Pédiatrique et Filiale d'Echocardiographie

CASABLANCA, LE 03 MAI 2023

MADAME EL MECHRAFI AZIZA

131,50x2 1/- TAREG 80 MG
½ CP/J LE MATIN

136,60x3 2/- AMLOR 5 MG
1 CP/J. LE MATIN.

TRAITEMENT DE 3 MOIS.

T= 672,80

PHARMACIE ALIAMA
Madame ZEMMAMA
Avenue de l'Indépendance 1956
Casablanca - Tél.: 05 22 20 26 67

الدكتورة شادية بنشقرن
Dr. Chadia BENCHEQROUN
CARDIOLOGUE
63, Bd. d'Anfa, Angle Rue Washington - Casablanca
Tel/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71
N° INP : 091 021 865

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

78, Rue d'Alger - CASABLANCA

Tél. : 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39 . Fax : 0522 29 64 86

I.F 40 30 32 50

ICE 001656516000089 INPE: 093001246



T P : 35 504 101 - CNSS : 1121946 - R.C. : 187112 01

Casablanca le 2 mai 2023

Madame EL MECHRAFI AZIZA

FACTURE N°	357298
------------	--------

Analyses :

Chimie : Cholestérol total -----	B	30	Total : B 170
Chimie : Cholestérol HDL+LDL -----	B	80	
Chimie : Triglycérides -----	B	60	

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

TOTAL DOSSIER	252,80 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cent Cinquante Deux Dirhams et Quatre vingt Centimes

LABORATOIRE TAZI
TAZI Mohamed
BIOLOGISTE
78, Rue d'Alger - Casablanca
Tél: 05 22 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES
Dr Chadia BENCHEQROUN
Cardiologue

Ancienne externe des hôpitaux de Paris
Ancienne interne des hôpitaux de Bordeaux
Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux
CES des maladies du cœur et vaisseaux
Diplômée d'écho-doppler cardiaque et vasculaire
Membre de la Société Française de Cardiologie
Filiale Pédiatrique et Filiale d'Échocardiographie

شادية بنشقرن
Dr. Chadia BENCHEQROUN
CARDIOLOGUE
63, Bd. d'Anfa, Angle Rue Washington - Casablanca
Tel/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71

24/23
28 Jun 2023

MADAME EL MECHRAFI AZIZA

- CHOLESTEROL TOTAL + HDL + LDL
- TRIGLYCERIDES

الدكتورة شادية بنشقرن
Dr. Chadia BENCHEQROUN
CARDIOLOGUE

63, Bd. d'Anfa, Angle Rue Washington - Casablanca
Tel/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71

N° IMP : 091 021 865

LABORATOIRE TAZI
TAZI Mohamed
BIOLOGISTE
78, Rue d'Alger - Casablanca
Tél: 05 22 27 28 00 - Fax: 05 22 27 28 05



TAZI MOHAMED

مختبر التازي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

NF EN ISO 9001:2008

ASCI

CERTIFICAT MA-2015-XIV

QUALITEM

www.ascii-qualitem.fr

TAZI KARIM

PHARMACIENS BIOLOGISTES - DIPLOMES D'ETUDES SPECIALES DE BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE,
HEMATOLOGIE, BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

Docteur CHADIA BENCHEQROUN

63, Boulevard d'Anfa, 3ème étage

Angle Rue de Washington

CASABLANCA

Examen du 02/05/23 - Edité le 02/05/23

Madame EL MECHRAFI AZIZA

Réf. : 23E34

Page : 1/1

ANALYSES

RESULTATS

UNITES

NORMALES

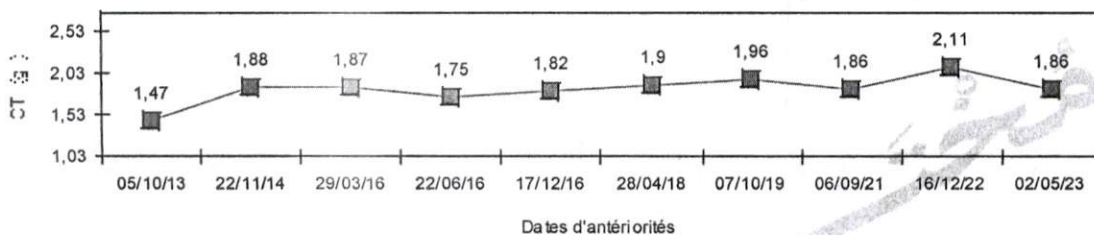
ANTECEDENTS

BIOCHIMIE (AUTOMATE ROCHE COBAS 6000)

CHOLESTEROL TOTAL ----- 1,86 g/l 1,5 - 2
ou 4,79 mmol/l

16/12/22

2,11



CHOLESTEROL HDL ----- 0,52 g/l > 0,4 0,62
ou 1,34 mmol/l

CHOLESTEROL LDL ----- 1,11 g/l 1,23
ou 2,86 mmol/l

TRIGLYCERIDES ----- 1,15 g/l 0,35 - 1,35 1,32
ou 1,31 mmol/l

LABORATOIRE TAZI
TAZI Karim
BIOLOGISTE
78, Rue d'Alger - Casablanca
Tél: 05 22 27 28 08 - Fax: 05 22 29 64 86

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Dr BENCHEQROUN Chadia

Cardiologue


NOM : EL MECHRAFI
PRENOM : AZIZA
AGE : 66 ANS
DATE : 03/05/2023

COMPTE-RENDU D'ELECTROCARDIOGRAMME

- Rythme cardiaque sinusal à 65 B/mn.
- Espace PR normal.
- Axe de QRS à + 66 degrés.
- Pas de trouble de la repolarisation.
- Pas d'hypertrophie ventriculaire gauche.
- Pas d'extrasystole.

CONCLUSION : - TRACE NORMAL.

الدكتورة الشادية بنشقر
Dr. Chadia BENCHEQROUN
CARDIOLOGUE
63 Bd. d'Anfa, Angle Rue Washington - Casablanca
Tel/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71
N° INP : 091 021 865

 الضمان الإجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-1-03 مرجع رقم
N° Dossier :		* موافقة مسبقة * Entente préalable *
N° Dossier :		* تنفيذ * Exécution *
Partie réservée à l'assuré(e)		
Nom et prénom : EL MECHRAFI ABIZA		اسم بالمؤمن له (لها) :
N° Immatriculation : 1545012333		رقم التسجيل :
N° CIN : A-2014331-1-1		رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن		
Adresse : 123, Rue Ahmed EL WAT. Des Saliants. B-2118 Boulevard CASA		العنوان :
Montant des frais : درهم		مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes : -----		عدد الوثائق المرفقة :
Déclaration du Médecin traitant		
Bénéficiaire de soins		
Nom et prénom : EL MECHRAFI ABIZA		اسم المريض المستفيد من العلاج :
Date de naissance : 1/1/1980		تاريخ الميلاد :
N° CIN : 1-1-1-1-1-1-1-1		رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe * : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى		الجنس :
INPE et code à barres **		رقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر **
Médecin traitant : INP : 091019448 الطبيب المعالج		Etablissement de soins : 1-1-1-1-1-1-1-1 المؤسسة العلاجية
Type de soins		
Admission ALD * : Oui		قبول المرض المزمن * :
N° dossier ALD : 1-1-1-1-1-1-1-1		رقم ملف المرض المزمن :
Code ALD : Maladie* <input type="checkbox"/> مرض*		رمز المرض المزمن :
Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشفاء*		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : Casablanca Le : 16/05/2013 توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e)		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : Casablanca Le : 16/05/2013 توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins Dr. BELQADI Faouzi Spécialiste ORL 19, Bd Bir Anzarang, Casablanca Tél : 0522 58 14 67

Description des actes effectués						وصف العمليات المجرة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant			
16.05 2023	C2		# 289m = dhs	Dr. BELQADI FAOUZI Spécialiste O.R.L. 119, Bd. Bir Azouane - Maârif Tél.: 05 22 23 84 84 CE 22 58 14 67			
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							

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

مركز بئر أنزران لأمراض الأذن والأنف والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك وتقويم الدوار والصمك والشخير
Centre Bir Anzarane d'O.R.L. et de Chirurgie Cervico-maxillo-Faciale
Exploration des Vertiges et de la Surdité

Dr. Faouzi BELQADI

- CES D'ORL
- NEZ - GORGE - OREILLE
- Chirurgie Cervico - Maxillo - Faciale
- Vertige Ronflement
- Médecin Fédéral de la FFESSM



الدكتور فوزي بلقاضي

اختصاصي في امراض الاذن الانف
و الحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك
وتقويم الدوار والصمك والشخير
طبيب الجامعة الفرنسية للغطس
و الرياضات المائية

CASABLANCA LE

16/05/2023

Madame EL MECHRAFI Aziza

78.00

BETASERC

1 comprimé 2 fois par jour pendant 15 jours.



Dr. BELQADI Faouzi
Spécialiste O.R.L.
119, Bd. Bir Anzarane - Maârif
Tél : 05 22 23 84 84
05 22 98 14 67

PHARMACIE LAHIAJMA
Résidence ZENIMAMA
Avenue de la Résidence Tayhazoui
Casablanca - Tél : 05 22 20 28 67

LOT: 23E003V
PER.: 12/2025

BETASERC 24MG
CP 830



P.P.V: 78DH00



6 118000 012641