

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

- 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-001908

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1480 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL MOUSTI RACHID
Date de naissance : 26-06-49
Adresse : cité ATTADAMOUNE Rue 2, 1^{er} 6 OULFA
CASABLANCA
Tél. : 0663875063 Total des frais engagés : 2431,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément
CAORS

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : BENJELLOUN Amina Age : 87
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.

Pour l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare
la clause relative à la protection des données personnelles.

Le : / /

utorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie).

Information

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 1

Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 3	-	15/12/2023	Virement	-	3 481,80	225,56	101,23	3 708,59
83608511	19/10/2023	Payé en : 57 jours		BENJALLOUN AMINA	2 431,50	663,40	29,00	3 123,90
84105312	13/11/2023	Payé en : 32 jours		BENJALLOUN AMINA	337,70	146,39	11,03	495,12
84105327	13/11/2023	Payé en : 32 jours		BENJALLOUN AMINA	712,60	415,77	61,20	1 189,57
2	01/11/2023	Virement		-	4 286,10	703,88	638,66	5 628,64
2	28/06/2023	Virement		-	2 539,10	299,22	206,92	3 045,24

Royaume du Maroc



Accusé de Réception



MME BENJALLOUN AMINA
CT ATTADAMOUN R 2 N 6 AZ
OULFA
CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

N° de Dossier :

83608511

Date et heure : 19/10/2023 09:00

Nom et prénom Assuré :

BENJALLOUN AMINA

Immatriculation :

93230532 / 090018027

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

BENJALLOUN AMINA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA 90171

Valeur en Dirhams :

2.431.50

Nombre de pièces :

20

Code Etablissement :

Agent de réception :

9MGE489

Nom Etablissement :

MME BENJALLOUN AMINA

CT ATTADAMOUN R 2 N 6 AZ

OULFA

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

Royaume du Maroc



Accusé de Réception



N° de Dossier :

83608511

Date et heure : 19/10/2023 09:00

Nom et prénom Assuré :

BENJALLOUN AMINA

Immatriculation :

93230532 / 090018027

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: BENJALLOUN AMINA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA 90171

Valeur en Dirhams :

2.431,50

Nombre de pièces : 20

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE489

Nom Etablissement :

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.).

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la Tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

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. (Article 135 de la Loi 65 - 00);

Pour plus d'informations, visitez le site www.cnops.org.ma ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al Khalil, B.P 209 - Rabat.

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقيع عليها وإرفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...).

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاضدية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل).

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية التي تنتمون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وإرجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين إسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنقة الخليل ص.ب 209 الرباط.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري): N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ة)

الاسم العائلي والشخصي : Nom et prénom : BENJELLOUN Amina

رقم الانخراط : N° Affiliation : 1153844

رقم التسجيل : N° Immatriculation : 013812304532

رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° CIN : A78767

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة) : Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* Conjoint ☒ زوج Enfant ☒ ابن

العنوان : Adresse : Cite Stadmane rue n°6 Azhar EP ou PPA CASABLANCA

إجمالي المصاريف (بالدرهم) : Montant des frais (Dhs) : 243250

عدد الوثائق المرفقة : Nombre de pièces jointes : 20

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : Nom et prénom : BENJELLOUN Amina

تاريخ الإزدياد : Date de naissance : 01/11/1966

رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° CIN : A78767

الجنس : Sexe* Masculin ☐ ذكر Féminin ☒ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE) : 11111111111111111111

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة و مؤسسات العلاج : 11111111111111111111

Type de soins

Maladie* ☒ مرض

Maternité* ☐ أمومة

Hospitalisation* ☐ إستشفاء

Accident* ☐ حادث

تم تقديم الظرف المغلق* : oui non

تاريخ الحمل : Date de grossesse :

التاريخ المرتقب للولادة : Date prévue d'accouchement :

تاريخ الاستشفاء : Date d'hospitalisation :

تاريخ الحادث : Date d'accident :

أسباب الحادث : Causes :

Fait à : CASABLANCA حرب : في

Le : 17/11/23 في

توقيع المؤمن (ة) : Signature de l'assuré (e)

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant

Fait à : 19194943 حرب : في

Le : 19194943 في

أصريح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

* Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع علامة في الخانة المناسبة

La vente de cet imprimé est formellement interdite. يمنع منعا كليا بيع هذا المطبوع

وصف العمليات المجراة

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant
14-10-23	Contrôle			Contrôle	
17-10-23	CS			300,00	
	examen Rand det	accif		100,00	
	Total			400,00	

CIM - 10

جاءت الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممولة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المقوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux										
17-10-2023	1539,10											
	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المقوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
16/10/2018		✓ Huitième		500.00	
		054			
INP : 0165045008					
INP : [][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][]					

مركز طب وجراحة العيون

والعين كاليفورنيا

الدكتورة حنان مزور

إمضاء في مركزهم المعتمد

دبلوم جراحة العيون و الليزر

وتفويض البصر من جامعة فيكتور سكاليي بوردو

العدسات الصلبة والليسة

جراحة مجاري الدمع



le mardi 17 octobre 2023

Madame BENJALLOUN Amina

لا نغير تاريخ الفحص

CENTRE DES MALADIES
ET CHIRURGIE DES YEUX

Al Qods California

Dr Hanane MAZZOUZ

Ophthalmologiste

Diplômée de chirurgie de la cataracte,

chirurgie réfractive et lasers de

l'université Victor Segalen de Bordeaux

Diplôme de surface oculaire

de l'université François Rabelais, Tours

Chirurgie des voies lacrymales

Adaptation des lentilles de contact

Théalose

Solution Ophtalmique

Solution pour la protection, l'hydratation et la
oculaire utilisée dans le soulagement des sym-
tômes - Sans conservateur.

COMPOSITION :

les composants :

Chlorure de sodium

Acide chlorhydrique, Eau pur

Farmacie Théa Farmaceutici S.P.A. Via Enrico

Scrimo, Milanese MI, Italie.

QUAND UTILISER THEALOSE :

contient une solution destinée à être administrée sur la

après de contact.

THÉALOSE se présente en cas de gêne, picotement ou irritations oculaires.

Ces symptômes peuvent être induits par des facteurs externes tels que vent,

humidité, pollution, poussière, conditions climatiques ensoleillées ou froides,

air chaud, climatisation, voyage en avion, travail prolongé devant un écran,

625581
2023/04
2025/03

Disponible au Maroc par :
B. EL HAYAT, 27183 Boulevard - Maroc
PNC : 157,00 DH

Théalose®

Tréalose 3 %
Hyaluronate de sodium
0,15 %
Solution Ophtalmique
Protège, hydrate
et lubrifie la surface
oculaire

10 ml

Sans
conservateur

Date de première ouverture

STERILE A

Fust. 1449

2

dans les 2 yeux

- Monoprost, latanoprost 0,005 : 6 flacons
1 goutte le soir 21h
A la même heure

- TIMABAK 0,50 : 6 flacons
1 goutte le matin 8h
1 goutte le soir 20 h
A renouveler A la même heure

si Timabak indisponible CARTEOL LP
1 goutte le matin 8 H

- LIPOSTAMIN, spray oculaire : 2 flacons
1 Pulvérisation 3 fois par jour,
maintenir le spray à 10 cm de l'œil 1 mois

- THEALOSE 3 FLACONS
1 goutte 3 fois par jour dans les 2 yeux à renouveler

Tél : 0 522 522 526 - GSM: 07 70 85 14 88

511 شارع القدس، إقامة القدس كاليفورنيا، الطابق الثاني - الدار البيضاء

CABINET D'ORTHOPTIE

Fettouma JOUAHRI

*Diplômée de la faculté de
Médecine de Bordeaux.*

Houda LAHLOU

*Diplômée de la faculté de
Médecine de Montpellier.*

Casablanca , le 14 – 10- 2023

Docteur ,

Le champ visuel automatisé de **Mme BENJELLOUN AMINA** a été fait avec une correction optique de +2, aux deux yeux.

TRACE OD :

- Seuil fovéal normal, à 38dB.
- On relève une bonne sensibilité différentielle, avec des indices normaux
- Le THG est dans les limites normales.
- Le VFI est à 100 %.

TRACE OG :

- Seuil fovéal normal, à 383 dB.
- On relève une dépression diffuse du champ visuel, moins importante que l'examen précédent.
- On note un double ressaut nasal.
- Les indices globaux et le THG sont hors limites normales.
- Le VFI est à 94% .

CONCLUSION :

Le Champ Visuel de contrôle de **Mme BENJELLOUN** est normal à l'œil droit, et montre une petite amélioration de la sensibilité globale à l'œil gauche.

Avec tous mes remerciements .



Caractéristiques techniques

Batteries

Technologie : nickel-hydrure métallique (NiMH) ; taille : AAA (Micro, HR03) ; tension : 1,2 V ; capacité : 450 - 1000 mAh

Autonomie/temps de charge du combiné

Ce combiné peut charger des batteries d'une capacité de 1000 mAh maximum. Il est inutile d'utiliser des batteries spéciales haute performance ou haute capacité pour un téléphone sans fil.

L'autonomie de votre Gigaset dépend de la capacité et de l'ancienneté des batteries, ainsi que de leur emploi (les durées d'autonomie en veille ou en communication indiquées sont des durées maximales, le temps de charge du téléphone est une durée moyenne).

	Capacité (mAh) env.				
	450	550	700	800	1000
Autonomie (heures)	185	250	285	330	405
Autonomie en communication (heures)	14	19	22	25	31
Autonomie pour 1h30 de communication quotidienne (heures), Mode Sans radiat. activé/désactivé	95/70	130/95	150/110	175/125	215/155
Temps de charge sur la base (heures)	5,0	6,5	7,5	8,5	10,5
Temps de charge sur le chargeur (heures)	4,5	6,0	7,0	8,0	10,0

Etant donné les avancées permanentes dans ce secteur, la liste des batteries recommandées, disponible dans la FAQ des pages de l'Assistance client (Customer Care) du Gigaset, est régulièrement mise à jour : www.gigaset.com/service

Puissance consommée de la base

En veille

- Combiné sur le chargeur

- Combiné hors du chargeur

Au cours de l'appel

A415/AS405 A415A/AS405A

Env. 0,6 W

Env. 0,55 W

Env. 0,65 W

Env. 0,7 W

Env. 0,65 W

Env. 0,75 W

Caractéristiques générales

Norme DECT	Prise en charge
Norme GAP	Prise en charge
Portée	Jusqu'à 300 m à l'extérieur, jusqu'à 50 m à l'intérieur d'un bâtiment
Alimentation électrique de la base	230 V ~/50 Hz
Conditions ambiantes pour le fonctionnement	+5 °C à +45 °C ; 20 % à 75 % d'humidité relative

26106502

Lot / Fab / EXP :

8R39

11 2022

11 2024

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH



6118001072583
Distribué par les laboratoires SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH



6118001072583
Distribué par le laboratoire SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH



6118001072583
Distribué par le laboratoire SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

26106502

Lot / Fab / EXP :

8R39

11 2022

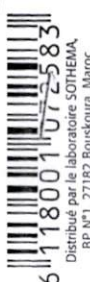
11 2024

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH



6118001072583
Distribué par les laboratoires SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH



6118001072583
Distribué par le laboratoire SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH



6118001072583
Distribué par les laboratoires SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc



TIMABAK 0,50 %
Collyre 5 ml - PPV : 86,10 DH
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed VI,
Casablanca - Maroc

Timabak 0,50 %

Lot / Fab / EXP

03 2025
03 2025
03 2025
03 2025



TIMABAK 0,50 %
Collyre 5 ml - PPV : 86,10 DH
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed VI,
Casablanca - Maroc

Timabak 0,50 %

Lot / Fab / EXP

03 2025
03 2025
03 2025
03 2025

RAY

S NATURELS SANS CONSERVATEURS

s naturels de Glycyrrhiza glabra, Euphrasia officinalis, Capparis spinosa, Helichrysum
erture

eau purifiée.

Rev.03.08.11.22
A.F.015.803



MD
Impositivo Medico
Dispositivo medico

STERILE A

1 Ampoule de 15 ml
1 Ampoule de 15 ml

CONTENU
purifié

officinalis, Euphrasia
Helichrysum, Glycyrrhiza glabra, Capparis spinosa

Estado de Capparis spinosa
Soda de Helichrysum, Soda de Helichrysum

Composicion: Helichrysum, Soda de Helichrysum, Soda de Helichrysum

CONSERVACION

15 ml

LIPOSTAMIN

126.50

ISOPHARM

LIPOSTAMIN

LIPOSTAMIN

LIPOSTAMIN

LIPOSTAMIN

LIPOSTAMIN

LIPOSTAMIN

LIPOSTAMIN

LIPOSTAMIN

LIPOSTAMIN

LIPOSTAMIN

LIPOSTAMIN

LIPOSTAMIN

LIPOSTAMIN

LIPOSTAMIN

LIPOSTAMIN

LIPOSTAMIN

LIPOSTAMIN

LIPOSTAMIN

LIPOSTAMIN

LIPOSTAMIN

15 ml
schalcom
ED ESTRATTI NATURALI
AI LIPOSONI
SOLUZIONE OCULARE SPRAY
SENZA CONSERVANTI

LIPOSTAMIN

Euphrasia officinalis,
juées par les pollens,

igeaisons de la zone

et barrière, contre le
tribuent à rétablir les

nnner les paupières et

est indiqué en cas de

il qui jouent un rôle
i, montre une action

is, décongestionnant-

ement véhiculer dans
n de l'œil. Lors de la
is par œil. Répéter le

PR 0124 AF 303 Rev.01 08 11 22

LIPOSTAMIN