

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0035105

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.

Biologie 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.

Prothèse :

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.

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7414

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Benkirane

Palme

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 062466425

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) :

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 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

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
REVENTORIUM
JOUR EN MAISON DE REPOS
S ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
actes répétés en plusieurs séances ou actes
obaux comportant un ou plusieurs échelonnées
ns le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

s actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit
venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de
chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale
ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 723796

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BENKIRANE SALOUA
Matricule : 7414 Fonction : Reformée Poste :
Adresse :
Tél. : 0662466425 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BENKIRANE SALOUA Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : Cancer
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A 04/09/19 le 04/09/19 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION 723796
Matricule N° : 7414
Nom du patient : BENKIRANE SALOUA
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes : Consultation 400 + 253,40 Nedi



MUPRAS

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Date	Montant de la Facture
4/09/19	253,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
	AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs
es par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez 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													
	38	cap	D ₁₀	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D<sub>10</sub>"/>												
				MONTANT DES SOINS <input type="text" value="400"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text" value="4/9/19"/>												
				<div style="text-align: center;"> </div>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin: 10px auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT 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

Dr. Ahmed Alaoui Bouhamid

Docteur en chirurgie Dentaire

Spécialiste en Parodontologie
Implantologie - Prothèse fixée
et Occlusodontie

Diplômé de l'Université de LYON



CLINIQUE
DENTAIRE
CIL

الدكتور أحمد العلوي بوحاميد

طبيب جراحي للأسنان

إختصاصي في أمراض اللثة
الغرس وتغليف الأسنان

خريج كلية ليون

Casablanca le : 04/09/2019 : الدار البيضاء في

IF: 40909045

Mme Benkirane SALAH

ICE: 00178 442 4000064

Fracture

Souci au Composite sur 38

400,

03 OCT. 2019

BPR

Dr. Alaoui Bouhamid

montant 400 DB

Dr. Ahmed ALAOU BOUHAMID
Centre Dentaire CIL 42, Rue
de l'Atlas CIL Casablanca
Tél: 0522 94 65 74 - Fax: 0522 94 59 81

C l i n i q u e D e n t a i r e C I L

42, rue de l'Atlas - CIL - Casablanca

Site web : www.clinicdentairecil.com

Tél. : 05 22 94 65 74

Fax: 05 22 94 59 81

Dr. Ahmed Alaoui Bouhamid

Docteur en chirurgie Dentaire

Spécialiste en Parodontologie
Implantologie - Prothèse fixée
et Occlusodontie

Diplômé de l'Université de LYON



CLINIQUE
DENTAIRE
CIL

الدكتور أحمد العلوي بوحاميد

طبيب جراحي للأسنان

إختصاصي في أمراض اللثة
الغرس وتغليف الأسنان

خريج كلية ليون

Casablanca le : 04/09/2013 الدار البيضاء

102,00

1/ Bioprogel

SS.40 up 3 bi 8g

2/ Surgex 200

up 3 bi 30g

3/ BELMAZOL

96,00 up 1 bi 80g

253,40

Dr. Ahmed ALAOU BOUHAMID
Centre Dentaire CIL 42, Rue
de l'Atlas CIL Casablanca
Tél: 0522 94 65 74 Fax: 0522 94 59 81

Clinique Dentaire CIL

42, rue de l'Atlas - CIL - Casablanca

Site web : www.clinicdentairecil.com

Tél. : 05 22 94 65 74

Fax.: 05 22 94 59 81

سوركام® 200 ملغ

حمض تياپروفينيك
أقراص قابلة للكسر

Surgam® 200 mg

Acide tiaprofénique
comprimé sécable.

LOT : 8MA148
PRF : 08 2021

SURGAM 200MG
CP SEC B20

ANOFI

P.P.V : 55DH40



rite chronique.
dans le nez.
crise d'asthme,
aspirine ou à un
lications);

PREV
- en
une
L'ad
not.

anti-inflammatoire
- en cas de traitement anticoagulant concomitant. Ce médicament peut entraîner des manifestations gastro-intestinales graves;
- en cas d'infection. La surveillance médicale doit être renforcée;
- en cas de varicelle. Ce médicament est déconseillé en raison d'exceptionnelles infections graves de la peau.
INTERROMPRE IMMEDIATEMENT LE TRAITEMENT en cas de :
- hémorragie gastro-intestinale,
- lésions sévères de la peau à l'aspect de cloques et de brûlures sur tout le corps (cf. Effets non souhaités et gênants).
- signes évocateurs d'allergie à ce médicament, notamment crise d'asthme ou brusque gonflement du visage et du cou (cf. Effets non souhaités et gênants).
CONTACTER IMMEDIATEMENT UN MEDECIN OU UN SERVICE MEDICAL D'URGENCE.

c) Précautions d'emploi :
Ce médicament existe sous forme d'autres dosages qui peuvent être plus adaptés.
En raison de la nécessité d'adapter le traitement, il est important de PREVENIR VOTRE MEDECIN en cas :
- d'antécédents digestifs (ulcère de l'estomac ou du duodénum ancien), hémorragie digestive,
- de maladie du cœur, du foie ou du rein
- d'asthme : la survenue de crise d'asthme chez certains sujets peut être liée à une allergie à l'aspirine ou à un anti-inflammatoire non stéroïdien (cf. Contre-indications).

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

d) Interactions médicamenteuses et autres interactions :
AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICATIONS, notamment avec les anticoagulants oraux, les autres anti-inflammatoires non stéroïdiens (y compris l'aspirine et ses dérivés), l'héparine, le lithium, le méthotrexate (à doses supérieures à 15 mg par semaine). IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

e) Grossesse-Allaitement :
Au cours du 1er trimestre de grossesse (12 semaines d'aménorrhée soit 12 semaines après le 1er jour de vos dernières règles), votre médecin peut être amené, si nécessaire, à vous prescrire ce médicament.

De 2,5 à 5 mois de grossesse révolus (12 à 24 semaines d'aménorrhée), ce médicament ne sera utilisé que sur les

1. تعريف الدواء

الاسم : سوركام 200 ملغ، أقراص قابلة للكسر.

المكونات :

حمض تياپروفينيك 200 ملغ، سوركام 200 ملغ

السواغ : نشا الذرة، بلورونيك F68، ستيراتات المغنيسيوم، طالك

الشكل الصيدلي :

أقراص قابلة للكسر، علبة 20

الصف الصيدلي العلاجي :

مضاد للالتهابات، مضاد الروماتيزم، غيرستيرويدي .

2. حالات استعمال هذا الدواء

(إرشادات علاجية)

يوصف هذا الدواء لدى البالغين والأطفال ابتداء من 20 كلغ (أي تقريبا

ابتداء من 6 سنوات):

• في علاج طويل الأمد :

• بعض التهابات الروماتيزم المزمنة .

• بعض أنواع داء المفاصل الحاد

• في علاج قصير الأمد :

• آلام التهاب المفاصل الحاد

• آلام قطنية حادة

• آلام ووذمات نتيجة لصدمة

• خلال حمض مؤلم

• في علاج بعض الآلام الالتهابية (الحنجرة، الأذن، الفم، الأنف)

3. انتباه !

أ. حالات عدم استعمال هذا الدواء :

(موانع الاستعمال)

لا ينبغي تناول هذا الدواء في الحالات التالية :

- بعد الشهر الخامس من الحمل (24 أسبوع من انقطاع الطمث)،

- سوابق الحساسية أو الربو بسبب هذا الدواء أو دواء مماثل، ولاسيما

مضادات الالتهابات غير الستيرويدية، الأسبرين،

- سوابق الحساسية لأحد مكونات القرص

- حرقه المعدة أو المعى الاثناعشري في تطور

- مرض خطير في الكبد

- مرض خطير في الكلى

- مرض خطير في القلب

- أطفال وزنه من دون 20 كلغ، أي حوالي 6 سنوات (بسبب عدم تناسب

الجرعة)

في حالة الشك، من اللازم استشارة الطبيب أو الصيدلي
ب. تحذيرات خاصة :

لا يجب تناول هذا الدواء إلا تحت مراقبة طبية.

يجب إخبار الطبيب :

- في حالة سوابق الربو المقتدر بركام مزمن أو التهاب مزمن للجيوب الأنفية أو أورام في الأنف. قد يؤدي تناول سوركام إلى أزمة ربو، خاصة لدى الأشخاص ذوي حساسية ضد الأسبرين أو مضادات الالتهابات غير الستيرويدية (راجع موانع الاستعمال)؛

- في حالة علاج متزامن بمضاد تخثر الدم. قد يؤدي هذا الدواء إلى ظهور أعراض معدية معوية خطيرة؛

- في حالة تغلق ما. يجب تعزيز المراقبة الطبية.

- في حالة جديري الماء. لا ينصح بهذا الدواء بسبب إصابات استثنائية خطيرة في الجلد.

يجب توقيف العلاج فوراً في حالة :

- نزيف معدي معوي .

- إصابات خطيرة في الجلد على شكل فقاعات وحروق على كل الجسم (آثار غير مرغوب فيها ومزعجة).

- علامات تدل على الحساسية لهذا الدواء، وخاصة أزمة الربو أو الانتفاخ المفاجئ للوجه والعنق (آثار غير مرغوب فيها ومزعجة).

اتصل فوراً بالطبيب أو بمصلحة الاستعجالات الطبية.

ت. احتياطات الاستعمال :

يوجد هذا الدواء في أشكال جرعات أخرى قد تكون أكثر تناسباً.

نظراً لضرورة تكيف العلاج، من المهم استشارة الطبيب في حالة :

- سوابق هضمية (حرقه قديمة للمعدة أو السلي الاثناعشري)، نزيف هضمي،

- مرض القلب أو الكبد أو الكلى،

- الربو : قد يكون ظهور أزمة الربو لدى بعض الأشخاص ارتباطاً بالحساسية للأسبرين أو لمضاد الالتهابات غير الستيرويدي (راجع موانع الاستعمال).

في حالة الشك، لا تردد في استشارة الطبيب أو الصيدلي.

ث. التفاعلات بين الأدوية وتفاعلات أخرى :

من أجل تفادي تفاعلات محتملة بين عدة أدوية، وخاصة مع مضادات تخثر الدم القوية ومضادات الالتهابات الأخرى غير الستيرويدية (بما فيها الأسبرين ومشتقاته) والهيبارين والليتيوم وميثاتريكسات (بجرعات تتجاوز 15 ملغ في الأسبوع). يجب إخبار الطبيب أو الصيدلي بانتظام عن أي علاج آخر موازي.

ج. الحمل - الرضاعة :

خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل (12 أسبوعاً من انقطاع الطمث أي 12 أسبوعاً بعد أول يوم من آخر حيض). عند الحاجة، قد

يتعين على الطبيب وصف هذا الدواء لك.



بيروغ د جال

سيهراميسين
ميترونيډازول
قرص مغل

برجي الا
احتفظ
إذا كان
لقد تم

تجربة
الاسم

بيروغ جيل، القرص
ب المكونات

سيهراميسين
ميترونيډازول

السواغات : نشا الذرة، بوفيدون K 30، كروسكارميلون الصودي، سيليك
غرواني الالاماني، سوربيتول، ستيارات المغنيسيوم، سيليلوز مصغر ميلور،
هيبروميلوز، ماركروجول 6000، ثاني أكسيد التيتان، لكل قرص مغلف.

ت الشكل الصيدلي والتقديم
أقراص مغلفة، علبة 15

ث الصنف الصيدلي والعلاجي
هذا الدواء تركيبة من مضادات حيوية ومضادات الجراثيم من فئة ماركوليد

ومن فئة إيميدازول.
2 في أية حالات يستعمل فيها هذا الدواء

يوصف هذا الدواء :
في علاج تعفنات الفم والأسنان (تقيح الأسنان، التهابات موضعية حادة،
تعفنات الغدد اللعابية)،

في الوقاية من بعض التعفنات الموضعية التي قد تظهر بعد جراحة الفم
والأسنان.

3. انتباه:
أ في أية حالات لا يجب استعمال هذا الدواء

لا يجب استعمال هذا الدواء في الحالات التالية :
حساسية معروفة اتجاه سيهراميسين و/أو إيميدازول أو اتجاه أحد مكونات

هذا الدواء،
الأطفال دون سن 15.

عاماً ما ينصح بعدم استعمال هذا الدواء في استعمال مشترك مع
ديسولفيرام (دواء يستعمل في الانقطاع عن الكحول)، الكحول أو الأدوية

المحتوية عليه.
في حالة النش، من الضروري استشارة الطبيب أو الصيدلي

ب. تحذيرات خاصة :
في بداية العلاج، يشير ظهور احمرار منتشر في الجسم بأكمله مع بقور

دواء إنها تضم معلومات هامة عن علاجك

المعلومات من الطبيب أو الصيدلي.

من آخر، حتى في حال وجود أعراض مشابهة، لأنك قد تسبب الضرر له

ومصاحب بحصى إلى تفاعل خطير يدعى داء البثور الطفخي الحاد والعام
(راجع التأثيرات غير المرغوب فيها والمزعجة): أخبر الطبيب فوراً لأن ذلك
يستدعي توقيف العلاج:

وفي حالة الإصابة برودة الفعل هذه، يمنع أي إعطاء إضافي للسيهراميسين
لوحده أو مع مادة فعالة أخرى في الدواء نفسه.

في حالة ظهور دوار، صعوبات تنسيق الحركات، الارتباك، يجب توقيف
العلاج.

يوجد خطر تفاقم الحالة العصبية لدى المرضى المعانين من إصابات
عصبية حادة.

يجب تفادي تناول الكحول أو الأدوية المحتوية على الكحول خلال العلاج
بسبب خطر حدوث توكع.

بسبب توفر الدواء على سوربيتول، لا يجب استعماله في حالة عدم تحمل
فروكتوز (مرض أيضي وراثي).

ت احتياطات الاستعمال :
من المهم إخبار الطبيب في حالة نقص في غلوكوزك، فوسفات - نازعة

الهيدروجين (مرض وراثي نادر مسئول عن نقص أنزيم الكريات الحمراء
مما يسبب فقر الدم)

أخبر الطبيب في حالة :
اضطرابات نموية،

ظهور اضطرابات عصبية (دوار، صعوبات في تنسيق الحركات، اختلاجات،
شعور بالغث أو التثمل).

قد يعطي هذا الدواء نتائج إيجابية بشكل خاطئ للتحاليل المخبرية (اختبار
نلسون).

في حالة النش، لا تتودد في استشارة الطبيب أو الصيدلي.
ث تفاعلات بين الأدوية وتفاعلات أخرى

من أجل تفادي تفاعلات محتملة بين عدة أدوية، وخاصة مع ديسولفيرام
والأدوية المحتوية على الكحول، يجب إبلاغ الطبيب أو الصيدلي مباشرة

عن أي علاج آخر موازي
ج الحمل، الرضاعة :

يمكن استعمال هذا الدواء خلال الحمل عند الحاجة، في أي وقت من الحمل.
ينقل سيهراميسين وميترونيډازول إلى حليب الأم، وبالتالي يجب تفادي

تناول هذا الدواء في حالة الرضاعة.

BIRODOGYL
CP PEL B15
Lot: 9MA082
P.P.V : 102DH00
6 118800 860567
Lot: 9MA082
P.P.V : 102DH00
6 118800 860567

Dr. Ahmed ALAOUI BOUHAMID
Centre Dentaire C I L 42, Rue
de l'Atlas C I L Casablanca
Tél: 0522 94 65 74 - Fax: 0522 94 59 81

Création 04/09/2019 BENKIRAN Salwa Impression 06/09/2019

04/09/2019 - 38 -

Lin.



Dr. Ahmed ALAOUI BOUHAMID
Centre Dentaire C I L 42, Rue
de l'Atlas C I L Casablanca
Tél: 0522 94 65 74 - Fax: 0522 94 59 81

Création 06/09/2019 BENKIRAN Salwa Impression 06/09/2019
06/09/2019 - 38 - Lin.


