

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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

MD: N° M21- 048724

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1608 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : H. Azzouzi - EL IDRISSI My TAMAZ

Date de naissance : 1950

Adresse : Rue Ahmed Kadmiri Res Nadia Im D Appt n°13 CASAB

Tél. : 0663082895 Total des frais engagés : 542,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02 / 06 / 2021

Nom et prénom du malade : Azzouzi El Idrissi My TAMAZ

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Rhinopharyngite - Neuralgie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

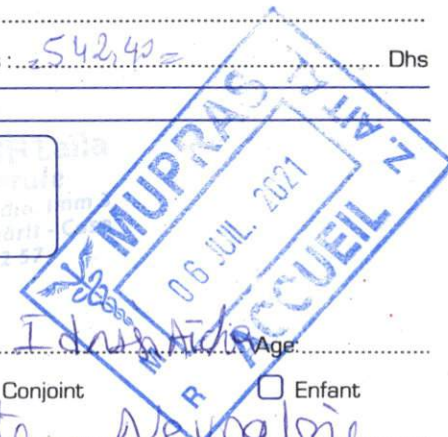
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
02/06/21	C		150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/06/2021	392,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

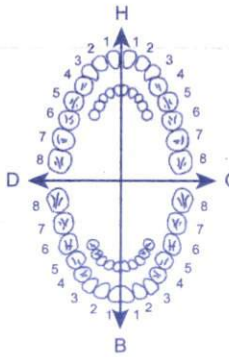
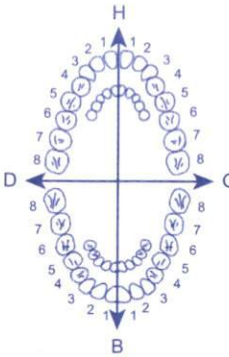
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B G [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur DEBBARH Laila

Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Rabat

MEDECINE GENERALE

Centre Commercial Nadia - Imm. 3
Bd. Brahim Roudani (Ex. Route d'El Jadida)
Maârif - Casablanca - Tél. : 0522 98.22.57

الدكتورة الدباغ ليلي
خريجة كلية الطب والصيدلة
بالرباط

الطب العام

إقامة نادية - المركز التجاري - عمارة 3
شارع ابراهيم روداني (طريق الجديدة سابقا)
المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 98.22.57

Casablanca, le 02/6/21

PHARMACIE
ROUTE D'EL JADIDA
240-84 Brahim Roudani
Tél: 0522 99 57 45

Azzouzi El Idissi

Aicha

163,90

- Spiralide 3M cp

1cp x 2 fois/j x 5j

55,00

- Bio Mylase 3000

1cp x 3 fois/j - après repas x 5j

55,00

- Kintex sirp

1cs x 3 fois/j

78,20

- Loréus cp

1cp le soir x 1 mois

20,00

- Doligrippe sach

1sach x 4 fois/j x 1j

Vitaneuril Fork

28,801214p x 2 fois/j x 1 mois

Baycortène crème

2,70 2 appl/j

392,40

Dr. DEBBARH Laila
Médecine Générale
Centre Commercial Média Imm 3
Route d'El Jadida - Média - Casa
Tél.: 05 22 58 22 57

Dr. DEBBARH Laila
Médecine Générale
Centre Commercial Média Imm 3
Route d'El Jadida - Média - Casa
Tél.: 05 22 58 22 57



DoliGrippe®

Paracétamol - Vitamine C - Maléate de Phéniramine

Granulés pour solution buvable en sachet

Veuillez lire attentivement l'information ci-dessous avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice.
- Si vous avez tout fait, consultez votre pharmacien.
- Ce médicament est réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans.
- Si l'un des effets secondaires mentionnés dans la notice, parlez-en à votre médecin.

Composition du médicament

- Composition quantitative par sachet : Paracétamol, 500 mg ; Acide Ascorbique, 200 mg ; Maléate de Phéniramine, 25 mg ; Mannitol, acide citrique, 100 mg ; Composition qualitative : E414, Acide Ascorbique, Excipients à effet local, Aspartame, Rouge.

Classe pharmacologique

DoliGrippe® granulé, médicament D.

DoliGrippe® granulés pour solution buvable en sachet.

- Une action antihistaminique qui permet de réduire les rhinorrhées et les larmoiements souvent associés, et qui s'oppose aux phénomènes spasmodiques tels que les éternuements en salve,
- Une action antalgique antipyrétique permettant une sédation de la fièvre et de la douleur (céphalées, myalgies),
- Une compensation en acide ascorbique de l'organisme.

Indications thérapeutiques

Ce médicament est indiqué dans le traitement au cours des rhumes, rhinites, rhinopharyngites et des états grippaux de l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans :

- De l'écoulement nasal clair et des larmoiements,
- Des éternuements,
- Des maux de tête et/ou fièvre.

Posologie

Réserve à l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans.

1 sachet à renouveler si nécessaire au bout de 4 heures minimum, sans dépasser 3 sachets par jour.

Mode d'administration :

Voie orale.

Les sachets doivent être pris dans une quantité suffisante d'eau, froide ou chaude.

Au cours des états grippaux, il est préférable de prendre ce médicament dans de l'eau chaude le soir.

Durée du traitement :

La durée maximale du traitement est de 5 jours.

Fréquence d'administration :

En cas d'insuffisance rénale, (clairance à la créatinine inférieure à 10 ml/mn), l'intervalle entre 2 prises sera d'au moins 8 heures.

Contre-indications

Ne prenez jamais DoliGrippe®, granulés pour solution buvable en sachet, dans les cas suivants :

- Entant de moins de 15 ans,
- En cas d'antécédent d'allergie aux constituants du produit,
- En cas de certaines formes de glaucomes (augmentation de la pression dans l'œil),
- En cas de difficultés à uriner d'origine prostatique ou autre,
- En cas de maladie grave du foie en raison de la présence de paracétamol,
- En cas de phénylcétonurie (maladie héréditaire dépistée à la naissance), en raison de la présence d'aspartame.

Vous ne devez généralement pas utiliser ce médicament, sauf avis contraire de votre médecin pendant la grossesse et l'allaitement.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Effets indésirables

PPV:20DH00
PER:10/23
LOT:J2846

édecin ou à votre

même en cas d

itionné dans cel

500 mg

200 mg

25 mg

me fruits rouges.

Gomme Arabique

s appelés AUTRE

BS:

et qui s'oppose

(céphalées, myalgies).

SPIRALIDE®

Spiramycine

PRESENTATION :

- Spiralide 1,5 M.U.I. : comprimé blanc pelliculé, boîte de 16.
- Spi

PPV : 103 DH 90

COI

PER : 03-23

LOT : J665

Excipients : cellulose microcristalline, croscaramellose sodique, hydroxypropylcellulose, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium.
Pelliculage : hypromellose, macrogol 6000, dioxyde de titane.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

C'est un antibiotique de la famille des macrolides.

Ce médicament est préconisé :

- dans les infections dues aux germes sensibles à la spiramycine, notamment dans les manifestations : ORL, broncho-pulmonaires, cutanées, stomatologiques (bouche), osseuses et génitales;
- dans la toxoplasmose de la femme enceinte;
- dans certains cas, dans la prévention des méningites à méningocoques;
- dans la prévention des rechutes de rhumatisme articulaire aigu chez les personnes allergiques à la pénicilline.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

Posologie usuelle :

- Adulte : 6 à 9 M.U.I. par jour, soit :
2 à 3 comprimés à 3 M.U.I. ou 4 à 6 comprimés à 1,5 M.U.I. par jour, en 2 ou 3 prises.



BIOMYLASE®

Comprimés pelliculés ; Boîte de 24

Sirop ; Flacon de 125 ml

Alpha-amylase

- Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition qualitative et quantitative

Comprimé :

Alpha-amylase

*Soit 2142.9 Unités Pharm.

par Comprimé.

Excipients

Sirop :

Alpha-amylase

*Soit 142.86 Unités Pharm.

par ml de sirop.

Excipients

ALPHA-AMYLASE

LOT: 055220

04/22

PPV: 55DH00

				PENDANT
				
MATIN	MIDI	SOIR	DURÉE	REPAS

EXCIPENT A EFFET NOTO

Comprimé : Saccharose et Jaune orangé S (E110).

Sirop : Saccharose, Glycérol, Parahydroxybenzoate de propyle sodique (E217), Parahydroxybenzoate de méthyle sodique (E219).

Classe pharmaco-thérapeutique

Ce médicament appartient à la classe des enzymes à visée anti-inflammatoire.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT?

Ce médicament est indiqué dans les maux de gorge peu intenses et sans fièvre.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT?

Posologie

• **Comprimé :**

Adulte : 1 Comprimé, 3 fois par jour au cours des repas.

• **Sirop :**

Adulte : 1 cuillère à soupe (15 ml), 3 fois par jour.

Enfant de plus de 3 ans (plus de 15 kg) : 2 cuillerées à café (10 ml), 3 fois par jour.

Nourrisson et enfant de 6 mois à 3 ans (7 kg à 15 kg) : 1 cuillère à café (5 ml), 3 fois par jour.

Mode et voie d'administration

Voie orale.

Avaler les comprimés, sans les croquer, avec un verre d'eau.

Durée du traitement

Pour les comprimés : Ne prolongez pas le traitement au-delà de 5 jours sans avis médical.

En l'absence d'amélioration comme en cas de persistance des symptômes, prenez un avis médical.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT?

Ne prenez jamais BIOMYLASE :

• En cas d'antécédents d'allergie à l'alpha-amylase ou à l'un des composants, notamment les parabens (le cas du sirop).

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS

Comme tous les médicaments, BIOMYLASE peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

فيتانفريل قوي 100 ملغ بنفوتيامين

6. موانع الاستعمال:
لا يجب استعمال هذا الدواء في الحالات التالية:
- الأطفال أقل من 8 سنوات.
- أشخاص ذوي الحساسية لبنفوتيامين.
على العموم لا يجب استعمال هذا الدواء خلال الرضاعة
أرتأى طبيبك غير ذلك في حالة الشك من
شارة طبيبك أو صيدليكم

مرغوب فيها:
استشارة طبيبك أو صيدليكم والإشارة إلى أي
وب فيه خاصة الآثار التي لا تتضمنها

خاصة:
كتوز و السكروز لا ينصح بأخذ هذا الدواء في
ية للكريتوز و تواجد الغالكتوز بكثرة في الدم
ض خلقي أو أعراض عدم امتصاص الغلكتوز
أو نقص في لكتاز (أمراض أيضية نادرة).
مواعيد الذي من الواجب معرفته لاستعمال بدون خطر
مرض المرضى:
اللاكتوز و السكروز.

احتياطات الاستعمال:
في حالة الشك، لا ترددوا في استشارة طبيبك أو صيدليكم
9. التفاعلات الدوائية:
لغرض تفادي تفاعلات بين الأدوية يتعين إطلاع طبيبك أو
صيدليكم على أي علاج آخر تأخذونه

10. الحمل-الرضاعة:
ينصح بعدم أخذ فيتانفريل * قوي عند المرأة المرضعة و
الحامل ، في حالة اكتشاف الحمل أثناء العلاج بفيتانفريل
قوي أطلعوا طبيبك علي العموم يتعين خلال الحمل أو
الرضاعة استشارة طبيبك أو صيدليكم قبل استعمال أي دواء.

11. السائقون ومستعملو الآلات:
12. ما يجب القيام به في حالة الإفراط في الجرعة:
13. ما يجب القيام به في حالة نسيان أو الإفراط في الجرعة:
14. الحفظ:

لا تتجاوزوا التاريخ المبين على الغلاف الخارجي
لا يترك في متناول الأطفال
تاريخ المراجعة: مارس 2015

مخابر سانتيديك
20-22، نقة الزبير بن العوام
المصخور السوداء، الدار البيضاء

PPV

LOT

PER

28,80



1. الشكل والتقديم:
علبة تحتوي على 30 قرصا ملبسا.

الرجاء قراءة هذه النشرة بدقة قبل
احتفظ بهذه النشرة فقد تحتاج إلى
- إذا كانت لديك أي أسئلة إضاه
الطبيب أو الصيدلي للمزيد من المع
- لقد وصف هذا الدواء لك أنت ش
للآخرين فقد يؤذيهم حتى لو كانت

2. التركيب النوعي والكمي:
بنفوتيامين:
السواغ:

قائمة السواغ الذي من الواجب معرفته لاستعمال بدون خطر
عند بعض المرضى: اللاكتوز و السكروز.

3. الصنف الصيدلي والعلاجي:
يتنسب بنفوتيامين إلى مجموعة الأدوية ذات التأثير على
الجهاز الهضمي والتمثيل الغذائي.

4. الوصف:
- علاج البري بري،
- الوقاية من نقص الفيتامين B1 الناتج عن انخفاض في
الاستهلاك الغذائي على سبيل المثال : سوء الامتصاص،
الحمية الغذائية الغنية بالبروتينات، التغذية بالحقن و
بالاشتراك مع غيرها من الفيتامينات،
- ينصح به الأشخاص الذين يشكون من التهاب الأعصاب
ويتعاطون للمشروبات الكحولية،
- ينصح به في حالة التهاب الأعصاب،
- يستخدم بتركيزات عالية في بعض متلازمات الألم.

5. المقدار/طريقة الاستعمال:

المقدار:
2 إلى 4 قرص خلال 24 ساعة.
في جميع الحالات يتعين التقيد بوصفة طبيبك
طريقة الاستعمال:

عن طريق الفم
مدة العلاج:
تقيدوا بوصفة طبيبك

فيتانفريل قوي 100 ملغ بنفوتيامين

6. موانع الاستعمال:
لا يجب استعمال هذا الدواء في الحالات التالية:
- الأطفال أقل من 8 سنوات.
- أشخاص ذوي الحساسية لبنفوتيامين.
على العموم لا يجب استعمال هذا الدواء خلال الرضاعة
أرتأى طبيبك غير ذلك في حالة الشك من
شارة طبيبك أو صيدليكم

مرغوب فيها:
استشارة طبيبك أو صيدليكم والإشارة إلى أي
وب فيه خاصة الآثار التي لا تتضمنها

خاصة:
كتوز و السكروز لا ينصح بأخذ هذا الدواء في
حالة للكتوز و تواجد الغالكتوز بكثرة في الدم
ض خلقي أو أعراض عدم امتصاص الغلكتوز
أو نقص في لكتاز (أمراض أيضية نادرة).
موانع الذي من الواجب معرفته لاستعمال بدون خطر
مرضى:
اللاكتوز و السكروز.

احتياطات الاستعمال:
في حالة الشك، لا ترددوا في استشارة طبيبك أو صيدليكم
9. التفاعلات الدوائية:
لغرض تفادي تفاعلات بين الأدوية يتعين إطلاع طبيبك أو
صيدليكم على أي علاج آخر تأخذونه

10. الحمل-الرضاعة:
ينصح بعدم أخذ فيتانفريل * قوي عند المرأة المرضعة و
الحامل ، في حالة اكتشاف الحمل أثناء العلاج بفيتانفريل
قوي أطلعوا طبيبك علي العموم يتعين خلال الحمل أو
الرضاعة استشارة طبيبك أو صيدليكم قبل استعمال أي دواء.

11. السائقون ومستعملو الآلات:
12. ما يجب القيام به في حالة الإفراط في الجرعة:
13. ما يجب القيام به في حالة نسيان أو الإفراط في الجرعة:
14. الحفظ:

لا تتجاوزوا التاريخ المبين على الغلاف الخارجي
لا يترك في متناول الأطفال
تاريخ المراجعة: مارس 2015

مخابر سانتيديك
20-22، نقة الزبير بن العوام
المخور السوداء، الدار البيضاء

PPV

LOT

PER

28,80



1. الشكل والتقديم:
علبة تحتوي على 30 قرصا ملبسا.

الرجاء قراءة هذه النشرة بدقة قبل
- احتفظ بهذه النشرة فقد تحتاج إلى
- إذا كانت لديك أي أسئلة إضاه
الطبيب أو الصيدلي للمزيد من المع
- لقد وصف هذا الدواء لك أنت ش
للآخرين فقد يؤذيهم حتى لو كانت

2. التركيب النوعي والكمي:
بنفوتيامين:
السواغ:

قائمة السواغ الذي من الواجب معرفته لاستعمال بدون خطر
عند بعض المرضى: اللاكتوز و السكروز.

3. الصنف الصيدلي والعلاجي:
يتنسب بنفوتيامين إلى مجموعة الأدوية ذات التأثير على
الجهاز الهضمي والتمثيل الغذائي.

4. الوصف:
- علاج البري بري،
- الوقاية من نقص الفيتامين B1 الناتج عن انخفاض في
الاستهلاك الغذائي على سبيل المثال : سوء الامتصاص،
الحمية الغذائية الغنية بالبروتينات، التغذية بالحقن و
بالاشتراك مع غيرها من الفيتامينات،
- ينصح به الأشخاص الذين يشكون من التهاب الأعصاب
ويتعاطون للمشروبات الكحولية،
- ينصح به في حالة التهاب الأعصاب،
- يستخدم بتركيزات عالية في بعض متلازمات الألم.

5. المقدار/طريقة الاستعمال:

المقدار:
2 إلى 4 قرص خلال 24 ساعة.
في جميع الحالات يتعين التقيد بوصفة طبيبك
طريقة الاستعمال:

عن طريق الفم
مدة العلاج:
تقيدوا بوصفة طبيبك



Baycutène® N

Crème

Formes et présentations
Baycutène® N crème : tube de 15 g de crème pour application locale.

Composition

Baycutène® N, crème pour 100 g de crème contient déxaméthasone (soit 0,0

Excipients : Alcool benzylique, chaîne moyenne, Host

Classe Pharmacothérapeutique

Association d'un corticostéroïde à spectre d'action.

Anti-eczémateux.

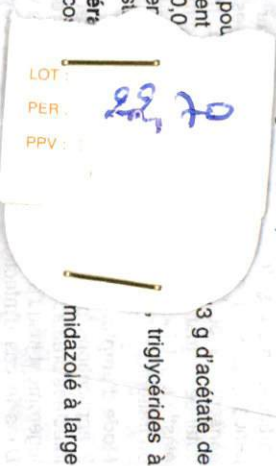
Indications

Baycutène® N crème est préconisé dans les infections fongiques cutanées à composante anti-inflammatoire importante.

Contre-indications

Le traitement par Baycutène® N crème est contre-indiqué en cas de :

- Hypersensibilité au clotrimazole,
 - Hypersensibilité à l'alcool cétylostéarylique ou à l'un des autres composants,
 - Affections cutanées spécifiques (syphilis, tuberculose),
 - Infections cutanées d'origine virale (herpes, rosacée),
 - Varicelle
 - Réaction à la vaccination antivariolique,
 - Dermatite péribuccale,
 - Pansement occlusif en cas d'eczéma atopique,
 - Durant le premier trimestre de la grossesse.
- Pendant le reste de la grossesse ainsi que chez les nourrissons, Baycutène® N ne doit pas être appliqué sur des surfaces cutanées étendues ou pendant une longue durée. Il ne doit pas non plus être appliqué sur le sein allaitant.



Kintex®

Formulation à base de plantes

110
392142

CODE No / No DU CODE
MH/DRUGS/AYU-146
B.No / No LOT CK0089G
MFD / FAB 07/2019
EXP 06/2023
(01)18901111009250
(21)DLY69D YLP97K74



PPC: 55,00 DH

POSOLOGIE :

- Adulte : 15 ml trois fois par jour
- Enfant : 5 à 10 ml trois fois par jour selon l'âge

AGITER LE FLACON
AVANT CHAQUE UTILISATION

A CONSERVER À UNE TEMPÉRATURE
INFÉRIEURE À 30°C.
A L'ABRI DE LA LUMIÈRE.

Contre indiqué pendant
la grossesse et l'allaitement

Complément alimentaire n'est pas un médicament

Ne pas laisser à la portée des enfants

Ne pas dépasser la dose recommandée.