

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Informations 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.

### 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.



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0000456

par courrier

89385

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1503 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Boutaher Fatima

Date de naissance : 1958

Adresse : Lot 5 n°5 c. Rue 18 n°12 Tanger

Tél. : 0656 15 66 68 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) :

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                                                                                                                                                  |
| 09/03/2022                     | C                 |                       | 2500                            | <br><b>Dr DEHERDT Véronique</b><br>Médecine Générale<br>INPE 161209887<br>74, Rue Gutenberg - Tanger<br>Fixe : 05 31 06 82 84 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                        |            |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                        | Date       | Montant de la Facture |
|  | 09.08.2021 | 1214.00               |

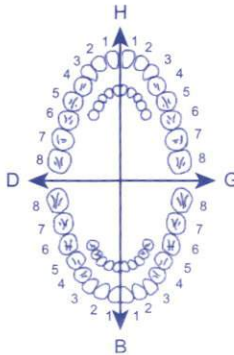
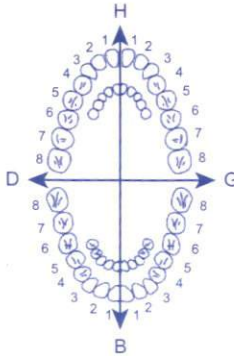
[illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES                                                                       | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Nature des<br>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.<br>PROTHESES DENTAIRES                                                         | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> |                     |                                          | H                                            |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                                                                                       | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 21433552            |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 00000000            |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | G                   |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 00000000            |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 11433553            |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                          | 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

**DR DE HERDT VÉRONIQUE**  
**Médecine Générale**

Diplôme en Médecine de Famille  
(Université Libre Bruxelles-  
Belgique)  
Diplôme en Médecine d'Urgence  
(Hôpital Militaire MV Rabat)

**الدكتورة دي هرت فيرونيك**  
**طب عام**

دبلوم في طب الأسرة  
(جامعة الحرة بروكسيل - بلجيكا)  
دبلوم في طب الطوارئ  
(المستشفى العسكري محمد الخامس  
في الرباط)

Ordonnance :

Nom :

Babalen  
Fatine

Date :

29 / 08  
/ 2021

DR DE HERDT VÉRONIQUE  
MÉDECINE GÉNÉRALE  
INPE: 19987  
0531068284

*[Signature]*

1/ LE VOTH 4 NOX 1000  
+ 50  
+ 25  
(175 au total)  
naturel fin AVIE



2/ GLUCOPHAGE  
2800 6 mois

3/ VITANEURIC 1x15

74 Rue GUTENBERG Residence Al AMANA,  
3<sup>ème</sup> étage (En face boulangerie Paris)-Tanger

05 31 06 82 84

شارع كيتوبيرك إقامة الأمانة  
الطابق الثالث (أمام مخبرة باريس) - طنجة  
05 31 06 82 84

3. GNAPHINE 757

200.00

6 mois



0-0-1

4. FENPLEX 600

94.00

ag

6 mois



1214.00

total →

jus qu' à 12/2021

DR BE HERDT VÉRONIQUE

MÉDECINE GÉNÉRALE

INPE: 16120887

0451068284

*[Handwritten signature]*

17/01/2021

Nom / Prénom : SAUTER Fatiha Age :

Sexe : M ☐ F ☐

◆ Groupe sanguin

- ☐ Groupe
- ☐ Rhésus
- ☐ RAI
- ☐ Phénotype Rhésus
- ☐ Coombs Indirect
- ☐ Coombs direct

◆ Hématologie/infectiologie

- ☒ NFS
- ☐ Plaquette
- ☐ Electrophorèse de l'hémoglobine
- ☐ Réticulocytes
- ☐ VS
- ☐ CRP
- ☐ Procalcitonine

◆ Bilan d'hémostase

- ☐ TP
- ☐ INR
- ☐ TCK
- ☐ Fibrinogène
- ☐ D-Dimères

◆ Bilan lipidique

- ☐ Cholestérol total
- ☐ Cholestérol HDL
- ☐ Cholestérol LDL
- ☐ Triglycérides

◆ Bilan glycémique

- ☒ Glycémie à jeun
- ☐ Hyperglycémie provoquée
- ☒ Hémoglobine glyquée

◆ Bilan martial

- ☐ Fer sérique
- ☐ CTF
- ☐ Ferritine
- ☐ Transferrine

◆ Ionogramme sanguin

- ☐ Na+
- ☐ K+
- ☐ Cl-
- ☐ Calcium
- ☐ Réserve Alcaline
- ☐ Phosphore
- ☐ Magnésium
- ☐ Magnésium érythrocytaire
- ☐ Protéines
- ☐ Acide urique

◆ Ionogramme urinaire

- ☐ Diurèse
- ☐ Na+
- ☐ K+
- ☐ Cl-
- ☐ Calcium
- ☐ Phosphore
- ☐ Urée

◆ Fonction rénale

- ☐ Urée
- ☐ Créatinine
- ☐ Clairance de la créatinine
- ☐ Protéinurie des 24h

◆ Fonction hépatique et pancréatique

- ☐ ASAT
- ☐ ALAT
- ☐ Phosphatase alcaline
- ☐ Gamma GT
- ☐ Bilirubine libre et conjuguée
- ☐ 5' Nucléotidase
- ☐ Amylase
- ☐ Lipase
- ☐ Electrophorèse des protéines

◆ Examen des urines

- ☐ ECBU
- ☐ ATB gramme
- ☐ Test de grossesse

◆ Bilan hormonal

- ☐ Prolactine
- ☐ FSH
- ☐ Œstradiol
- ☐ BHCG
- ☐ T3
- ☒ T4
- ☐ TSH us

◆ Sérologie et immunologie

- ☐ VDRL
- ☐ TPHA
- ☐ Hépatite A
- ☐ Hépatite B:
  - ☐ Antigène Hbs
  - ☐ Antigène Hbe
  - ☐ Anticorps Anti Hbc
  - ☐ Anticorps Anti Hbs
  - ☐ Anticorps Anti Hbe
- ☐ Hépatite C
- ☐ ASLO

◆ Examen des selles

- ☐ Coprologie
- ☐ Parasitologie

Divers

- ☐ PSA
- ☐ Phosphatase acide
- ☐ Vitamine D
- ☐ CPK
- ☐ Troponines
- ☐ BNP
- ☐ Pro BNP

89, Bd. Mousa  
BORDJ  
Tél: 05 38 93 29 69 - Fax: 05 38 93 91 21  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
BIO-DIAGNOSTICA  
Noussair - Tanger

Autres :

*BIODIAGNOSTICA*  
89, bd Moussa Ben Noussair  
Tel, 039-93-29-69  
TVA N°954100 PATENTE N° 50432914 RC N° 6820 CNSS N° 1064568  
IF N°81457870 ICE N°001620299000091 INP N°163001852

Tanger le 14 octobre 2021

Madame BOUTAHER FATIMA

|            |      |
|------------|------|
| FACTURE N° | 5924 |
|------------|------|

Analyses :

|                                   |   |     |               |
|-----------------------------------|---|-----|---------------|
| Numération formule sanguine ----- | B | 80  |               |
| Glycémie ( à jeûn) -----          | B | 20  |               |
| Hémoglobine glyquée (HBA1C) ----- | B | 100 |               |
| FT4N -----                        | B | 200 | Total : B 400 |

Prélèvements :

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

|               |           |
|---------------|-----------|
| TOTAL DOSSIER | 546,00 DH |
|---------------|-----------|

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cinq Cent Quarante Six Dirhams

مختبر التحليلات الطبية بوموسا بن نوساير  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICAL  
BIODIAGNOSTICA  
89, Bd. Moussa Ben Noussair - Tanger  
Tel.: 05 39 93 29 69 - Fax: 05 39 93 97 2

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BIODIAGNOSTICA

الدكتور بنتهيلة سمير

اختصاصي في الهندسة البيولوجية

خريج جامعة هنري بوان كاري نانسي 1 - فرنسا

Docteur BENTAHILA Samir

Spécialiste Génie Biologique

Diplômé de l'Université Henri Poincaré

NANCY 1 - FRANCE

مختبر التحليلات الطبية بيودياغنونستيكا



الدكتور بنتهيلة رشيد

اختصاصي في التحليلات الطبية

خريج كلية الصيدلة ستراسبورغ فرنسا

Docteur BENTAHILA Rachid

Spécialiste des Analyses Biologiques

Diplômé d'Etat de la Faculté de

STRASBOURG - FRANCE

Hématologie - Biochimie - Parasitologie

Bactériologie - Virologie - Immunologie

Date : 14/10/21

Tanger le : 14/10/21

Prélèvement effectué à 09:01

Patient : Madame BOUTAHER FATIMA

Madame VERONIQUE DEHERDT

\*3510\* 3510

## HORMONOLOGIE

T4 Libre ----- : 17,43 pmol/l

Technique chimiluminescence (Architect 1000 SR)

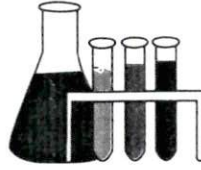
Normales

9 - 19

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BIODIAGNOSTICA

الدكتور بنتهيلا رشيد  
اختصاصي في التحليلات الطبية  
خريج جامعة هنري بوان كاري نانسي 1 - فرنسا  
**Docteur BENTAHILA Rachid**  
Spécialiste Génie Biologique  
Diplômé de l'Université Henri Poincaré  
NANCY 1 - FRANCE

مختبر التحليلات الطبية بيوديأغنونستيكا



الدكتور بنتهيلا رشيد  
اختصاصي في التحليلات الطبية  
خريج كلية الصيدلة ستراسبورغ فرنسا  
**Docteur BENTAHILA Rachid**  
Spécialiste des Analyses Biologiques  
Diplômé d'Etat de la Faculté de  
STRASBOURG - FRANCE  
Hématologie - Biochimie - Parasitologie  
Bactériologie - Virologie - Immunologie

Tanger le : 14/10/21  
Prélèvement effectué à 09:01

Patient : Madame BOUTAHER FATIMA  
Madame VERONIQUE DEHERDT

\*3510\* 3510

Date : 14/10/21

## HEMATOLOGIE

### HEMOGRAMME

Normales

#### NUMERATION GLOBULAIRE

|                       |   |       |                   |              |
|-----------------------|---|-------|-------------------|--------------|
| Globules blancs ----- | : | 5 580 | /mm <sup>3</sup>  | 4000 - 10000 |
| Hématies -----        | : | 5,81  | M/mm <sup>3</sup> | 4,2 - 5      |
| Hémoglobine -----     | : | 10,4  | g/100 ml          | 12 - 15      |
| Hématocrite -----     | : | 33,9  | %                 | 32 - 47      |
| - V.G.M. -----        | : | 58    | μ <sup>3</sup>    | 80 - 94      |
| - T.C.M.H. -----      | : | 18    | pg                | 27 - 32      |
| - C.C.M.H. -----      | : | 31    | %                 | 32 - 36      |

#### FORMULE SANGUINE

|                                   |   |      |   |                        |             |
|-----------------------------------|---|------|---|------------------------|-------------|
| Polynucléaires Neutrophiles ----- | : | 53,3 | % | 2 974 /mm <sup>3</sup> | 2000 - 6800 |
| Polynucléaires Eosinophiles ----- | : | 5,0  | % | 279 /mm <sup>3</sup>   | < 400       |
| Polynucléaires Basophiles -----   | : | 0,5  | % | 28 /mm <sup>3</sup>    | < 200       |
| Lymphocytes -----                 | : | 33,5 | % | 1 869 /mm <sup>3</sup> | 1400 - 4000 |
| Monocytes -----                   | : | 7,7  | % | 430 /mm <sup>3</sup>   | 160 - 1000  |

|                                 |   |         |                  |                 |
|---------------------------------|---|---------|------------------|-----------------|
| NUMERATION DES PLAQUETTES ----- | : | 277 000 | /mm <sup>3</sup> | 150000 - 400000 |
|---------------------------------|---|---------|------------------|-----------------|

#### OBSERVATIONS :

Anémie microcytaire hypochrome.

## BIOCHIMIE

Normales

|                       |        |      |        |           |
|-----------------------|--------|------|--------|-----------|
| Glycémie à jeun ----- | :      | 1,63 | g/l    | 0,7 - 1,1 |
|                       | Soit : | 2    | mmol/l | 3,9 - 6,1 |

### Technique HPLC : Méthode de Référence

|                                   |   |      |   |
|-----------------------------------|---|------|---|
| Hémoglobine Glyquée (HBA.C) ----- | : | 6,30 | % |
|-----------------------------------|---|------|---|

#### Limites Physiologiques Normales

|                           |   |                         |
|---------------------------|---|-------------------------|
| Métabolisme sain          | : | 4,8 - 6,0 % de Hb-Glyq. |
| Domaine suspect           | : | 6,0 - 7,0 % de Hb-Glyq. |
| Résultat non satisfaisant | : | > 7 % de Hb-Glyq.       |

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BIODIAGNOSTICA  
89, Bd. Moussa Ben Mousa  
Tél: 05 39 93 29 69 - Fax: 05 39 93 97 23

**Glucophage® 1000mg**

30 comprimés pelliculés



LOT 201386  
EXP 09/2023  
PPV 28.00DH

**Glucophage® 1000mg**

30 comprimés pelliculés



LOT 200726  
EXP 05/2023  
PPV 28.00DH

**Glucophage® 1000mg**

30 comprimés pelliculés



LOT 201387  
EXP 09/2023  
PPV 28.00DH

**Glucophage® 1000mg**  
30 Comprimés pelliculés



LOT 210078  
EXP 01/2024  
PPV 28.00DH

**Glucophage® 1000mg**  
30 Comprimés pelliculés



LOT 210078  
EXP 01/2024  
PPV 28.00DH

**Glucophage® 1000mg**  
30 Comprimés pelliculés



LOT 210078  
EXP 01/2024  
PPV 28.00DH

# Glucophage® 1000 mg

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale

**30** Comprimés pelliculés 

Composition :

Chlorhydrate de metformine ..... 1000 mg

correspondant à 780 mg de metformine base.

Excipients : ..... q.s.p un comprimé pelliculé

نقاعة  
غ

Lire attentivement la notice avant utilisation.

أقرأ بعناية التعليمات قبل الاستخدام.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

يُحظر في متناول ومراقبة الأطفال.

Pas de précautions particulières de conservation

لا توجد احتياطات خاصة للحفظ

**Glucophage® 1000 mg**

### Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

### Voie orale

### 30 Comprimés pelliculés

**MERCK**

**Respecter les doses prescrites**  
**Uniquement sur ordonnance**

Tableau A (liste II)

60 Gélules



6 118001 152027

PER : AVR 2022  
PPV : 200 DH 00

## FERPLEX<sup>®</sup> FOL

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable

Fer protéine succinylate + Calcium Folinat

Boîte de 10 flacons uni-doses  
avec bouchon réservoir de poudre  
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

## FERPLEX<sup>®</sup> FOL

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable

Fer protéine succinylate + Calcium Folinat

Boîte de 10 flacons uni-doses  
avec bouchon réservoir de poudre  
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

## FERPLEX<sup>®</sup> FOL

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable

Fer protéine succinylate + Calcium Folinat

Boîte de 10 flacons uni-doses  
avec bouchon réservoir de poudre  
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

## FERPLEX<sup>®</sup> FOL

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable

Fer protéine succinylate + Calcium Folinat

Boîte de 10 flacons uni-doses  
avec bouchon réservoir de poudre  
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

## FERPLEX<sup>®</sup> FOL

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable

Fer protéine succinylate + Calcium Folinat

Boîte de 10 flacons uni-doses  
avec bouchon réservoir de poudre  
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

## FERPLEX<sup>®</sup> FOL

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable

Fer protéine succinylate + Calcium Folinat

Boîte de 10 flacons uni-doses  
avec bouchon réservoir de poudre  
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

## FERPLEX<sup>®</sup> FOL

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable

Fer protéine succinylate + Calcium Folinat

Boîte de 10 flacons uni-doses  
avec bouchon réservoir de poudre  
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

## FERPLEX<sup>®</sup> FOL

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable

- Fer protéine succinylate + Calcium Folinat

Boîte de 10 flacons uni-doses  
avec bouchon réservoir de poudre  
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

## FERPLEX<sup>®</sup> FOL

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable

Fer protéine succinylate + Calcium Folinat

Boîte de 10 flacons uni-doses  
avec bouchon réservoir de poudre  
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047