

# 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.

## 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 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 054976



☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9450 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENCHEIKH WAHIB

Date de naissance : 26.08.1955

Adresse : Residence Ibnou Khatir Rue Soule

Maroc

Tel : 066181127 Total des frais engagés : 766,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur DESSARH  
Médecine générale  
Centre Commercial Radi  
Rue d'El Jadida - Mo  
Tél. 05 22 98 22

5 MARS 2021

ACCUEIL

Date de consultation : 13/3/2021

Nom et prénom du malade : BENCHEIKH WAHIB Age :

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

Nature de la maladie : Diabète HTA Céphalée

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 : CASABLANCA Le : 15/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :


# 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                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 18/02/21        | C                 |                       | 100,00                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 13/03/21 | 616,00                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue                               | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
|  | 13/03/21 |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

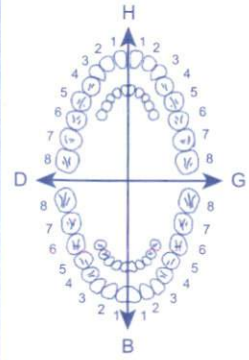
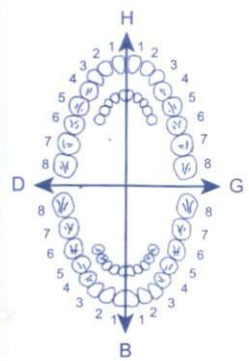
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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 canaux, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des 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. PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </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  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | (Création, remont, adjonction)<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

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 13/3/21

Bencheikh Wahib

28,00 x 6

- celucophage S.V. 1000

1 cp matin

1 cp soir

x 3 mois

87,50

- Nébilet S.V. 100

1/2 cp/j

x 3 mois

24,70 x 3

- Prezar S.V. 100

1 cp/j

x 3 mois

30,70 x 3

- Kardégic S.V. 100

1 sachet/j

x 3 mois

14,00

- Doliprane S.V. 1000

1 cp x 2 fois/j

66,00

Madame BARTAL TALIMA  
Pharmacie Acharaf  
Rue Socrate - Maârif  
Casablanca - Tél. : 0522 25 22 09

Docteur DEBBARH Laila  
Médecine générale  
Centre Commercial Nadia - Imm. 3  
Route d'El Jadida - Maârif - Casa  
Tél. : 05 22 98 22 57

LOT : 20E013  
PER.: 06 2022

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



**Titulaire de l'AMM :** sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat R.P1 BP2611 - Ain Sebaâ 20250,  
Casablanca - Maroc.

**Fabricant :** sanofi-aventis Maroc  
km 10, route côtière 111, Quartier industriel Zenata -  
Ain Sebaâ 20250 Casablanca - Maroc.

**Composition :** ACÉTYLSALICYLATE DE DL-LYSINE  
135 mg (quantité correspondante en acide  
acétylsalicylique : 75 mg).

**Indications :** Ce médicament est préconisé dans le  
traitement de certaines affections du cœur et des  
vaisseaux.

**Mode et voie d'administration :** Voie orale.

Verser le contenu du sachet dans un grand verre.

Ajouter de l'eau. Une dissolution totale est obtenue  
rapidement.

**TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS.**

**LIRE ATTENTIVEMENT LA NOTICE INTERIEURE  
AVANT UTILISATION.**

**Mises en garde spéciales :** Réservé à l'adulte.

Ce médicament ne sera administré que sur  
prescription médicale.

**Conservation :** A conserver à une température ne  
dépassant pas 25°C.

Conserver les sachets dans l'emballage extérieur, à  
l'abri de l'humidité.



LOT : 20E013  
PER.: 06 2022

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



**Titulaire de l'AMM :** sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat R.P1 BP2611 - Ain Sebaâ 20250,  
Casablanca - Maroc.

**Fabricant :** sanofi-aventis Maroc  
km 10, route côtière 111, Quartier industriel Zenata -  
Ain Sebaâ 20250 Casablanca - Maroc.

**Composition :** ACÉTYLSALICYLATE DE DL-LYSINE  
135 mg (quantité correspondante en acide  
acétylsalicylique : 75 mg).

**Indications :** Ce médicament est préconisé dans le  
traitement de certaines affections du cœur et des  
vaisseaux.

**Mode et voie d'administration :** Voie orale.

Verser le contenu du sachet dans un grand verre.

Ajouter de l'eau. Une dissolution totale est obtenue  
rapidement.

**TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS.**

**LIRE ATTENTIVEMENT LA NOTICE INTERIEURE  
AVANT UTILISATION.**

**Mises en garde spéciales :** Réservé à l'adulte.

Ce médicament ne sera administré que sur  
prescription médicale.

**Conservation :** A conserver à une température ne  
dépassant pas 25°C.

Conserver les sachets dans l'emballage extérieur, à  
l'abri de l'humidité.



LOT : 20E013  
PER.: 06 2022

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



**Titulaire de l'AMM :** sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat R.P1 BP2611 - Ain Sebaâ 20250,  
Casablanca - Maroc.

**Fabricant :** sanofi-aventis Maroc  
km 10, route côtière 111, Quartier industriel Zenata -  
Ain Sebaâ 20250 Casablanca - Maroc.

**Composition :** ACÉTYLSALICYLATE DE DL-LYSINE  
135 mg (quantité correspondante en acide  
acétylsalicylique : 75 mg).

**Indications :** Ce médicament est préconisé dans le  
traitement de certaines affections du cœur et des  
vaisseaux.

**Mode et voie d'administration :** Voie orale.

Verser le contenu du sachet dans un grand verre.

Ajouter de l'eau. Une dissolution totale est obtenue  
rapidement.

**TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS.**

**LIRE ATTENTIVEMENT LA NOTICE INTERIEURE  
AVANT UTILISATION.**

**Mises en garde spéciales :** Réservé à l'adulte.

Ce médicament ne sera administré que sur  
prescription médicale.

**Conservation :** A conserver à une température ne  
dépassant pas 25°C.

Conserver les sachets dans l'emballage extérieur, à  
l'abri de l'humidité.



**Composition en substance active :**

Losartan potassique ..... 50 mg.

**Excipients :** q.s.p 1 comprimé pelliculé sécable.

**Excipient à effet notoire :** lactose.

AMM N° 510/15 DMP/21/NNP

**PREZAR<sup>®</sup> 50 mg**  
Losartan

30 Comprimés pelliculés sécables



6118000 041627

97x45x30

**PREZAR<sup>®</sup> 50 mg**  
Losartan

**30** Comprimés  
pelliculés  
sécables

**PREZAR<sup>®</sup> 50 mg**  
Losartan



**30** Comprimés  
pelliculés  
sécables

Voie orale



**b** bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Ain Seblâ - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

84,80

EXP 8 4 2 0 3 0  
PER 1 2 7 3  
LOT 2 3 3 9 7



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
احترسوا الجرعات المحددة

**UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE**  
جدول (لائحة) A

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
يحفظ بعيدا عن مرمى و متناول الأطفال.  
Lire attentivement la notice avant utilisation.  
يرجى مراجعة النشرة بعناية قبل أي استعمال.  
A conserver à une température inférieure à 30°C.  
يحفظ في درجة حرارة أقل من 30 درجة مئوية.

01/19  
100228

**Composition en substance active :**

Losartan potassique ..... 50 mg.

**Excipients :** q.s.p 1 comprimé pelliculé sécable.

**Excipient à effet notoire :** lactose.

AMM N° 510/15 DMP/21/NNP

**PREZAR<sup>®</sup> 50 mg**  
Losartan

30 Comprimés pelliculés sécables



6118000 041627

97x45x30

**PREZAR<sup>®</sup> 50 mg**  
Losartan

**30** Comprimés  
pelliculés  
sécables

**PREZAR<sup>®</sup> 50 mg**  
Losartan



**30** Comprimés  
pelliculés  
sécables

Voie orale



**b** bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Ain Seblâ - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

84,80

EXP 8 4 2 0 3 0  
PER 1 2 7 3  
LOT 2 3 3 9 7



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
احترس الجرعات المحددة

**UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE**  
جدول (لائحة) A

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
يحفظ بعيدا عن مرمى و متناول الأطفال.  
Lire attentivement la notice avant utilisation.  
يرجى مراجعة النشرة بعناية قبل أي استعمال.  
A conserver à une température inférieure à 30°C.  
يحفظ في درجة حرارة أقل من 30 درجة مئوية.

01/19  
100228

**Composition en substance active :**

Losartan potassique ..... 50 mg.

**Excipients :** q.s.p 1 comprimé pelliculé sécable.

**Excipient à effet notoire :** lactose.

AMM N° 510/15 DMP/21/NNP

**PREZAR<sup>®</sup> 50 mg**  
Losartan

30 Comprimés pelliculés sécables



6118000 041627

97x45x30

**PREZAR<sup>®</sup> 50 mg**  
Losartan

**30** Comprimés  
pelliculés  
sécables

**PREZAR<sup>®</sup> 50 mg**  
Losartan



**30** Comprimés  
pelliculés  
sécables

Voie orale



**b** bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Ain Seblâ - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

84,80

EXP 8 4 2 0 3 0  
PER 1 2 7 3  
LOT 2 3 3 9 7



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
احترسوا الجرعات المحددة

**UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE**  
جدول (لائحة) A

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
يحفظ بعيدا عن مرمى و متناول الأطفال.  
Lire attentivement la notice avant utilisation.  
يرجى مراجعة النشرة بعناية قبل أي استعمال.  
A conserver à une température inférieure à 30°C.  
يحفظ في درجة حرارة أقل من 30 درجة مئوية.

01/19  
100228



**NEBILET®**  
neбиволол 5 мг



28 comprimés quadrilatéraux  
Menarini International  
Operations Luxembourg S.A.  
Voie orale

5 مجم النيفلول



**نبتل**

**NEBILET®**  
neбиволол 5 мг

Titulaire de l'autorisation de mise sur le marché dans le pays d'origine:  
Menarini International Operations Luxembourg S.A.,  
1 Avenue de la Gare, L-1611, Luxembourg  
Fabriqué par:  
Berlin-Chemie AG - Allemagne  
Menarini von - Heyden GmbH - Allemagne

Etablissement Pharmaceutique Industriel  
Titulaire de l'AMM au Maroc



PHARMACEUTICAL INSTITUTE  
Ain El Aouda  
Région de Rabat - Maroc

**NEBILET®**  
neбиволол 5 мг

\* VIGNETTE

**NEBILET® 5mg**  
28 comprimés O  
PPV 87DH50

**Composition, indications et posologie:**

Voir notice à l'intérieur.  
A conserver entre 15 et 30°C.  
Ne pas laisser à la portée des enfants.  
Excipient à effet notoire: lactose.  
A demander l'avis du médecin ou du pharmacien ou de consulter un médecin en cas de problème lié à l'utilisation du produit.

03529A  
08.2020  
08.2023

Lot n°:  
Du.  
Pér.

AMM N° 318/18 DMP/21/NRQ



NE PAS DEPASSER LA DOSE PRESCRITE

**NEBILET®**

neбиволол 5 мг

Uniquement sur ordonnance médicale liste 1

R00742

V127589/01  
2311





**NEBILET®**  
neбиволол 5 мг



28 comprimés quadrilatéraux  
Menarini International  
Operations Luxembourg S.A.  
Voie orale

5 مجم النيفلول



**نبتل**

**NEBILET®**  
neбиволол 5 мг

Titulaire de l'autorisation de mise sur le marché dans le pays d'origine:  
Menarini International Operations Luxembourg S.A.,  
1 Avenue de la Gare, L-1611, Luxembourg  
Fabriqué par:  
Berlin-Chemie AG - Allemagne  
Menarini von - Heyden GmbH - Allemagne

Etablissement Pharmaceutique Industriel  
Titulaire de l'AMM au Maroc



PHARMACEUTICAL INSTITUTE  
Ain El Aouda  
Région de Rabat - Maroc

**NEBILET®**  
neбиволол 5 мг

\* VIGNETTE

**NEBILET® 5mg**  
28 comprimés O  
PPV 87DH50

**Composition, indications et posologie:**

Voir notice à l'intérieur.  
A conserver entre 15 et 30°C.  
Ne pas laisser à la portée des enfants.  
Excipient à effet notoire: lactose.  
A demander l'avis du médecin ou du pharmacien ou de consulter un médecin en cas de problème lié à l'utilisation du produit.

03529A  
08.2020  
08.2023

Lot n°:  
Du.  
Pér.

AMM N° 318/18 DMP/21/NRQ



NE PAS DEPASSER LA DOSE PRESCRITE

**NEBILET®**

neбиволол 5 мг

Uniquement sur ordonnance médicale liste 1

R00742

V127589/01  
2311



### COMPOSITION

Paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC90 (1111,11 mg) pour un comprimé.

### INDICATIONS

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Peut être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose. **Réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans : lire attentivement la "posologie".** Pour les moins de 15 ans, il existe d'autres présentations. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

# Doliprane®

PARACÉTAMOL 1000mg



COMPRIMÉ

ADULTE  
10 Comprimés

b

bottu s.a

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebba - Casablanca  
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

### MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

**VOIE ORALE**, les comprimés sont à avaler tels quels avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits).

### POSOLOGIE

1 comprimé par prise, à renouveler si nécessaire jusqu'à 3 comprimés par jour. En cas de douleurs plus intenses et sur avis médical, la posologie peut être augmentée jusqu'à 4 comprimés par jour.

**Attention : ne pas prendre 2 comprimés à la fois et ne jamais dépasser 4 comprimés par jour.**

**TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS**

Lire attentivement la notice avant utilisation.

AMM N° 834/16 DMP/21/NRQ

01/17  
100025

PPV: 14DH00  
PER: 10/23  
LOT: J2683

14,00

45x18x97

Doliprane®  
1000mg  
PARACÉTAMOL



b

bottu s.a

COMPRIMÉ

ADULTE  
10 Comprimés

LOT 201391  
EXP 10/2023  
PPV 28.00DH

**Glucophage<sup>®</sup>** 1000 mg  
Comprimé pelliculé




Chlorhydrate de metformine

Voie orale



**MERCK**

**30** Comprimés pelliculés 

LOT 201391  
EXP 10/2023  
PPV 28.00DH

**Glucophage<sup>®</sup>** 1000 mg  
Comprimé pelliculé




Chlorhydrate de metformine

Voie orale



**MERCK**

**30** Comprimés pelliculés 

LOT 201391  
EXP 10/2023  
PPV 28.00DH

**Glucophage<sup>®</sup>** 1000 mg  
Comprimé pelliculé




Chlorhydrate de metformine

Voie orale



**MERCK**

**30** Comprimés pelliculés 

LOT 201391  
EXP 10/2023  
PPV 28.00DH

**Glucophage<sup>®</sup>** 1000 mg  
Comprimé pelliculé




Chlorhydrate de metformine

Voie orale



**MERCK**

**30** Comprimés pelliculés 

LOT 201391  
EXP 10/2023  
PPV 28.00DH

**Glucophage®** 1000 mg  
Comprimé pelliculé




Chlorhydrate de metformine

Voie orale



**MERCK**

**30** Comprimés pelliculés 

LOT 201391  
EXP 10/2023  
PPV 28.00DH

**Glucophage<sup>®</sup>** 1000 mg  
Comprimé pelliculé



Chlorhydrate de metformine

Voie orale



**MERCK**

**30** Comprimés pelliculés 