

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

adie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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 (L.G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº P19- 062309

39193

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : Société :

Actif Pensionné(e) Autre : Aetabto

Nom & Prénom : OULADA M'HAMED

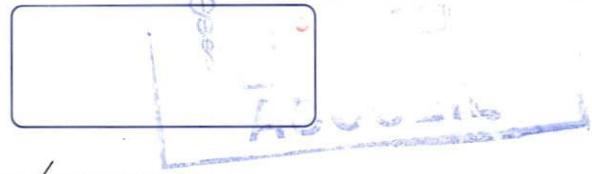
Date de naissance : 3

Adresse :

Tél. : 05 37 20 45 45 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-062309

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Couper à conserver par l'adhérent(e)

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES																													
<p>La praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratique et indiquer la nature des soins Veuillez fournir une facture Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">SOINS DENTAIRES</th> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>GAUCHE</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>HAUT</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>BAS</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient		GAUCHE					HAUT					BAS								
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																									
	GAUCHE																												
	HAUT																												
	BAS																												
<p>O.D.F. Prothèses dentaires</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Determination du coefficient masticatoire</th> <th>H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la prothèse</p>					Determination du coefficient masticatoire		H		25533412	21433552	<input checked="" type="checkbox"/>	00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553										
Determination du coefficient masticatoire		H																											
	25533412	21433552																											
<input checked="" type="checkbox"/>	00000000	00000000																											
	00000000	00000000																											
	35533411	11433553																											
<p>VOLET ADHERENT NOM : oulada M'HAMED Mle 191</p> <p>DECLARATION N° W16-055916</p> <table border="1"> <tr> <td>Date de Dépôt 18/08/2020</td> <td>Montant engagé 2380,60 DH</td> <td>Nbre de pièces Jointes 08</td> </tr> </table> <p>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</p> <p>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</p>					Date de Dépôt 18/08/2020	Montant engagé 2380,60 DH	Nbre de pièces Jointes 08																						
Date de Dépôt 18/08/2020	Montant engagé 2380,60 DH	Nbre de pièces Jointes 08																											

par courrier

MUPRAS		W16-055916	DATE DE DEPOT
			/...../201...
A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle			
Nom & Prénom oulada M'HAMED Fonction Retraité Phone 0537 20 5147 Mail			
MEDECIN Prénom du patient oulada M'HAMED Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Age Date Nature de la maladie Date 1ère visite			
HTA - Diabète - Hematurie			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires Cdr 2 180,00 DOCTEUR S. OULADA M'HAMED 180,00 73-11-07 RABAT			
PHARMACIE Date 29/07/2020 Montant de la facture			
INPE : 102070414 LABORATOIRE DU MASHREK 5, Rue Hussein 1er Tel: 05 37 72 66 93 / 73 05 08 Fax: 05 37 72 66 93 / 73 05 08 18/08/2020 1512,60 DH			
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES Date: 25/07/2020 Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires 25/07/2020 1512,60 DH			
AUXILIAIRES MEDICAUX Date : Nombre Montant détaillé des Honoraires AM PC IM IV			
MUPRAS 1 SEP 2020			

Docteur S. OHAYON-AFERIAT

40, Zankat Abdelmoumen - Rabat
Tél. : 05.37.73.11.07

الدكتورة صلونج احبيون أفريط

40 زنقة عبد المؤمن الرباط
الهاتف : 05.37.73.11.07

Oulada M'hamed

le 15.7.80

① - FNS

- CRP - VS

- T.P et INR

- ionogramme sg - glycémie . Hb glyco 87%

- uricémie - creatinéur

- P.S.H

② C. B.U

ex dued colo D.G. ATBS

re Hematurie

DOCTEUR S. OHAYON-AFERIAT
40, Zankat Abdelmoumen
Tél : 73.11.07 - RABAT

LABORATOIRE DU MAGHREB
Tel.: 05.37.72.66.93 / 73.05.08
Fax : 05.37.73.05.92 - Rabat
I.N.P. 103001921
05.37.72.66.93



الْمَغْرِب
LABORATOIRE DU MAGHREB
ANALYSES MEDICALES
Pr A. BENOUADA



103001921

5, Rue Hussein 1er RABAT - Tél. : 03772 66 93 / 037 73 05 09 - Fax : 037 73 05 92
N° de Patente : 25110491

I.F. : 34108750

I.N.P.: 103001921

C.N.S.S. : 145 4975

ICE : 001649487000043

Facture N° :	22007250025	Edité le : 25/07/2020
Nom / prénom :	OULADA Mhamed	Prélevé(e) le : 25/07/2020
Nom de l'assuré:	OULADA	Numéro d'Adhérent 000191
Prénom Assuré:		Lien de parenté Numéro Prise en Charge

FACTURE

Libellé analyse	Libellé analyse
ASPECT DES URINES	TARIFICATION ANTI BIOGRAMME
ACIDE URIQUE	BACTERIOLOGIE URINAIRE
CALCIUM	CHLORE
CREATININE	PROTEINE C REACTIVE
CYTOLOGIE QUANTITATIVE (URINE)	FORMULE LEUCOCYTAIRE
GLYCEMIE	HEMOGLOBINE GLYQUEE
HEMOGRAMME	PLAQUETTES
POTASSIUM	PROTIDES TOTAUX
ANTIGENE SPECIFIQUE PROSTA	RESERVE ALCALINE
SODIUM	TP SOUS AVK (INR)
UREE	VITESSE DE SEDIMENTATION
Montant du prélèvement	25.00 Dh
Montant total du dossier	1 512.40 Dh
Montant dû par le patient	1209.92 Dh
Montant déjà réglé	0.00 Dh
Montant reste dû	1209.92 Dh

Cachet du laboratoire
LABORATOIRE DU MAGHREB
5, Rue Hussein 1er
Tel. : 03 772 66 93 / 037 73 05 09
Fax : 03 773 05 92 - Rabat
I.N.P 103001921

40, Zankat Abdelmoumen - Rabat
Tél. : 05.37.73.11.07

زنقة عبد المؤمن الرباط
الهاتف : 05.37.73.11.07

Oncode 500 mg

زنقة عبد المؤمن
Place de l'Unité Africaine - Rabat
Tél. : 05 37 72 02 50

L.D.N.R 10 mg

ac / J

448 Diamicron 60

288 ac / J wet

227 x 3 Cendre asperge 100

8375 ac / for for

10620 x 3 Cendre 20g

725 x 3 ac / nor

6000 x 2 four 3 week

12000 voltaren gel 1/J

158 x 2 Delipra 100° 628,20 ac XL f/3

Le 15. 9. 2020

f/3

صيدلية سومات حسان
Pharmacie Sawmaat Hassan
Tariq BOUZIRI
Place de l'Unité Africaine - Rabat
Tél. : 05 37 72 02 50

DOCTEUR S. OHAYON-AFERIAT
40, Zankat Abdelmoumen
Tél. : 73.11.07 RABAT

SAWMAAT HASSAN

MR TAIEB BOUZIRI

1 RUE RIAD HASSAN

RABAT

Taxe Profes. N°: 25100607

N° R.C. : 129969

N° CNSS : 1565475

N° ID.F. :

N° ICE: 001962267000094

Tel : 0537720250

Fax :

HADJ OULADA MOHAMED

Le : 29/07/2020

FACTURE N°: 5742

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
3	CARDIOASPIRINR 100MG 30 CP	27,70	7	83,10
3	CARDURA 2MG /30 COMPS	106,70	7	320,10
1	DIAMICRON 60MG /30 CPS	44,70	7	44,70
1	DIAMICRON 60MG /60 CPS	78,70	7	78,70
2	DOLIPRANE 1G CP EFFERVESCENT	15,80	7	31,60
2	VOLTARENEM EMULGEL 100GR	60,00	7	120,00

TVA 7%: 44.37

Total : 678,20

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

SIX CENT SOIXANTE DIX HUIT DIRHAMS ET VINGT CTS

Dr. Hajj SAWMAAT Hassan
Pharmacie SAWMAAT Hassan
Mr. Taieb BOUZIRI
Place de l'Afrique - Rabat
Tél.: 0537720250

EXAMEN CYTOLOGIQUE :

Hématies _____
Leucocytes _____

1 200 /mm³ (VR: < à 10)
60 /mm³ (VR: < à 10)

Rares cellules épithéliales
Absence de cristaux
Absence de cylindres
Absence de Trichomonas
Absence de germes
Absence de levures

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE :

Numération des germes : 0 /ml

Cultures négatives

Leucocyturie significative sans bactériurie. A confronter au contexte clinique.
Patient sous traitement antibiotique ou ayant une inflammation ou infection à germes spécifiques.

RAPPORT COMPLET

Pr. BENOUA Amina
Médecin biologiste
INFE 107164048
Laboratoire du Maghreb
Pr. BENOUA

ACIDE URIQUE	52.20	mg/l	(VR:34.00 à 70.00)	03/05/2018 : 63
Colorimétrie enzymatique à 37°C	310.59	µmol/l	(VR:202.30 à 416.50)	
SODIUM	139	mEq/l	(VR:135 à 145)	02/09/2019 : 139
Potentiométrie indirecte				
POTASSIUM	4.70	mEq/l	(VR:3.50 à 5.50)	02/09/2019 : 4.50
Potentiométrie indirecte				
CHLORE	106	mEq/l	(VR:94 à 108)	02/09/2019 : 106
Potentiométrie indirecte				
BICARBONATES	25.2	mEq/l	(VR:21.0 à 28.0)	02/09/2019 : 25.1
Enzymologie				
PROTIDES	71	g/l	(VR:60 à 80)	02/09/2019 : 68
Colorimétrie				
CALCIUM	95.00	mg/l	(VR:85.00 à 105.00)	02/09/2019 : 92.80
Colorimétrie	2.38	mmol/l	(VR:2.13 à 2.63)	

PROTEINES - MARQUEURS

PROTEINE C REACTIVE

CRP _____ 2.7 mg/l (VR: < à 10.0) 12/09/2018 : 0.7

MARQUEURS ANTIGENIQUES

ANTIGENE PROSTATIQUE SPECIFIQUE

P.S.A. _____ 35.25 ng/ml (VR: < à 4.00) 12/09/2018 : 23.77
Immuno Enzymo Microparticulaire

CYTOLOGIE / BACTERIOLOGIE DES URINES

Aspect des urines _____ Légèrement trouble , Jaune foncé
Recueil des urines _____ Recueil effectué au laboratoire

TSVP

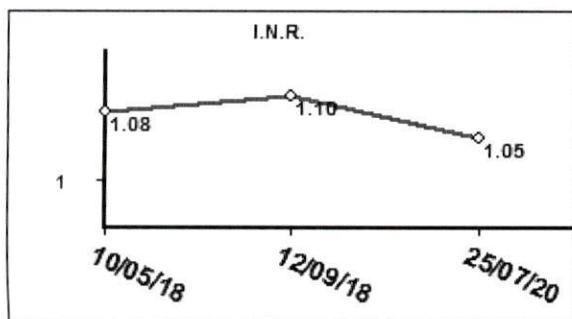
Pr. BENOUADA Amina
Médecin Laboratoire
INPE 107164048
Pr. BENOUADA
Laboratoire du Maghreb

HEMOSTASE

TAUX DE PROTHROMBINE

Temps du témoin_____	13.1 s		
Temps du patient_____	13.7 s		
Taux de Prothrombine_____	92 %	(VR:70 à 100)	12/09/2018 : 86
I.N.R._____	1.05		1.10

Chez le patient traité par AVK : la zone thérapeutique de l'INR est : 2-4.5
(soit des taux entre 20 et 40%)

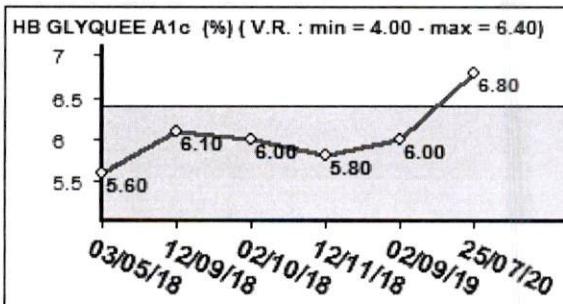


BIOCHIMIE SANGUINE

GLYCEMIE à jeun_____	1.26 g/l	(VR:0.74 à 1.10)	02/09/2019 : 1.05
Colorimétrie enzymatique à 37°C	7.0 mmol/l	(VR:4.1 à 6.1)	
HB GLYQUEE A1c_____	6.80 %	(VR:4.00 à 6.40)	02/09/2019 : 6.00

Protocole de standardisation toutes techniques CLHP recommandé par la DCCT.

4.0 - 6.4 : Zone normale
6.4- 7.0 : Très bon équilibre chez un diabétique connu. Risque d'hypoglycémie chez l'insulino dépendant Diabète possible pour un patient non diagnostiqué
7.1 - 8.0 : Bon équilibre glycémique chez un diabétique Diagnostic sûr d'un diabète
> 8.1 : Mauvais équilibre glycémique



UREE_____	0.46 g/l	(VR:0.10 à 0.50)	02/09/2019 : 0.39
Colorimétrie enzymatique à 37°C	7.6 mmol/l	(VR:1.7 à 8.3)	
CREATININE_____	11.5 mg/l	(VR:7.0 à 12.0)	02/09/2019 : 10.7

Pr. BENOUADA Amina
Médecin biologiste
INPE : 107164048
Pr. BENOUADA
Laboratoire du Maghreb

TSVP



103001921

5, Rue Hussein 1^{er} RABAT - Tél. : 03772 66 93 / 037 73 05 09 - Fax : 037 73 05 92
N° de Patente : 25110491

Prélevé le : 25/07/2020 Edité le : 27/07/2020
Dossier N° : 2200725-0025 MPRASS

Mr OULADA Mhamed

Patient né(e) le : 01/01/1932 Sexe: M

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

Numération globulaire

HEMATIES	4.58	Millions/mm ³	(VR:4.40 à 6.50)	12/09/2018 : 4.20
Hémoglobine	13.6	g/100ml	(VR:13.0 à 18.0)	13.3
Hématocrite	40.2	%	(VR:41.0 à 55.0)	39.0
VGM	87.8	μ3	(VR:76.0 à 96.0)	92.9
TGMH	29.7	pcg	(VR:27.0 à 32.0)	31.7
CGMH	33.8	%	(VR:32.0 à 36.0)	34.1
LEUCOCYTES	5.3	Milliers/mm ³	(VR:4.1 à 11.1)	12/09/2018 : 5.7

Formule leucocytaire

Poly. Neutrophiles	33.0	%	1 749	/mm ³	(VR:2 000 à 7 500)	2 058
Poly. Eosinophiles	6.1	%	323	/mm ³	(VR: < à 400)	239
Poly. Basophiles	0.8	%	42	/mm ³	(VR: < à 150)	40
Lymphocytes	49.3	%	2 613	/mm ³	(VR:1 500 à 4 000)	2 810
Monocytes	10.8	%	572	/mm ³	(VR: < à 1 000)	553

Numération plaquettaire

PLAQUETTES	255	Milliers/mm ³	(VR:150 à 400)	12/09/2018 : 214
------------	-----	--------------------------	----------------	------------------

Frottis sanguin : Normal

VITESSE DE SEDIMENTATION

Première heure	15	mm	(VR:1 à 10)	09/04/2012 : 36
Deuxième heure	34	mm	(VR:6 à 20)	70
Indice de Katz	16.0			35.5

Pr. BENOUDA Amina
Médecin Biologiste
N° de Patente : 25110498
Laboratoire du Maghreb
Pr. BENOUDA

TSVP



Tube de 100 g

Tube de 100 g

gsk

LOT : M0377
EXP : JUN 2022
PPV : 60,00 DH

M0395
11 2022
60,00 DH



کارڈیو اسپرین 100 ملے

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



حمض أسيتيل ساليسيليك

6 118001 090280

30 قرص لا يتآثر بحموضة المعدة



MFD

BT12CX2 08 2019

08 2024

EXP

کارڈیو اسپرین 100 ملے

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



حمض أسيتيل ساليسيليك

6 118001 090280

30 قرص لا يتآثر بحموضة المعدة



MFD

BT12CX2 08 2019

08 2024

EXP

25. **କାନ୍ତିର ପାଦମଣି**

كارديوأسبرين 100 مع

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

حمض أسيتيل ساليسيليك



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة



MFD

BT12CX2 08 2019

08 2024

EXP

دواء لعلاج أمراض القلب والشرايين
دواء لعلاج أمراض القلب والشرايين

Composition:
1 comprimé contient 100 mg
d'acide acétylsalicylique
excipients osp un comprimé
Tenir hors de portée des enfants
Conserver à une température ne
dépassant pas 25°C.
30 comprimés

Pfizer

کاردورا®
دوکسازوسین
2mg 20 قرصاً



CARDURA® 2 mg

20 Comprimés



6 118000 250043

LOT N° : 12021

10670
106 70

UT.AV : 03 24

P.P.V :

09366003/5

Pfizer

کاردورا®
دوکسازوسین
2mg 20 قرصاً



CARDURA® 2 mg

20 Comprimés



6 118000 250043

LOT N° : 12021

10670
106 70

UT.AV : 03 24

P.P.V :

09366003/5

Pfizer

کاردورا®
دوکسازوسین
2mg 20 قرصاً



CARDURA® 2 mg

20 Comprimés



6 118000 250043

LOT N° : 12021

10670
106 70

UT.AV : 03 24

P.P.V :

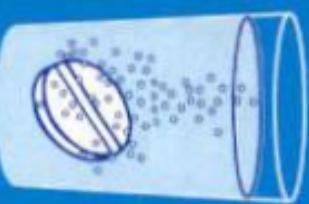
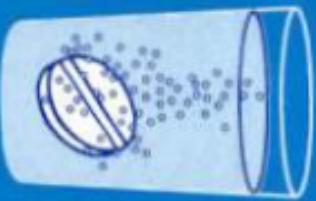
09366003/5

دوالين ®
باراصيتامول 1000 ملخ

8 أقراص فواردة

الأل و وجاع و ال سحر

الكبار
إبتداء من
15 سنة



15,80
P V 1 5 D H 8 0
E R 0 4 / 2 3
G T 0 1 1 9 9
L J



محتوى :
Acétamol 1000 mg
Usage : pour 1 comprimé effervescent.
Mode et voie d'administration : Voie orale.
Pour dissoudre complètement le comprimé dans un verre d'eau.
indications : Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états d'épaule, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.
Indication : 1/2 à 1 comprimé par prise à renouveler si nécessaire, jusqu'à trois comprimés par jour. Respecter un minimum de 4 heures entre 2 prises.

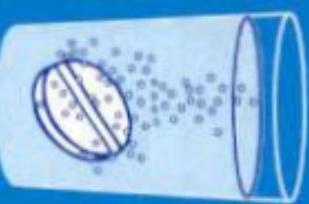
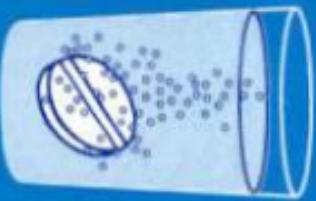
Attention : Ne pas prendre 2 comprimés à la fois et ne jamais dépasser 4 comprimés par jour

دوالين ®
باراصيتامول 1000 ملخ

8 أقراص فواردة

الأل و وجاع و ال سحر

الكبار
إبتداء من
15 سنة



15,80
P V 1 5 D H 8 0
E R 0 4 / 2 3
G T 0 1 1 9 9
L J



محتوى :
Acétamol 1000 mg
Usage : pour 1 comprimé effervescent.
Mode et voie d'administration : Voie orale.
Pour dissoudre complètement le comprimé dans un verre d'eau.
indications : Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états d'épaule, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.
Indication : 1/2 à 1 comprimé par prise à renouveler si nécessaire, jusqu'à trois comprimés par jour. Respecter un minimum de 4 heures entre 2 prises.

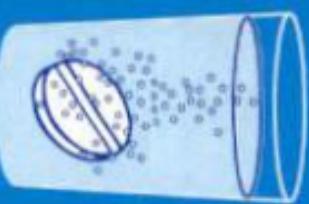
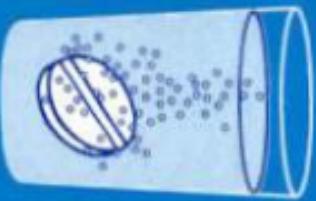
Attention : Ne pas prendre 2 comprimés à la fois et ne jamais dépasser 4 comprimés par jour

دوالين ®
باراصيتامول 1000 ملخ

8 أقراص فواردة

الأل و وجاع و ال سحر

الكبار
إبتداء من
15 سنة



15,80
P V 1 5 D H 8 0
E R 0 4 / 2 3
G T 0 1 1 9 9
L J



محتوى :
Acétamol 1000 mg
Usage : pour 1 comprimé effervescent.
Mode et voie d'administration : Voie orale.
Pour dissoudre complètement le comprimé dans un verre d'eau.
indications : Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états d'épaule, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.
Indication : 1/2 à 1 comprimé par prise à renouveler si nécessaire, jusqu'à trois comprimés par jour. Respecter un minimum de 4 heures entre 2 prises.

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

ANGINIB® 50mg

Losartan

LOT : 218
PER : OCT 2022
PPV : 80 DH 00

28 Com



ANGINIB® 50mg

Losartan

LOT : 218
PER : OCT 2022
PPV : 80 DH 00

28 Comprimés pelliculés



PHARMACEUTICAL INSTITUTE