

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.

Maladie chronique :

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.

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.l.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie


N° P19- 062309

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : *Retraité*
Nom & Prénom : *OUADIA M. HAMED*
Date de naissance :
Adresse :
Tél : *05 332 1111* 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 N° 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 :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué 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.

| SOINS DENTAIRES | Dents traitées | Nature des soins | Coefficient | Coefficient des |
|--|--|---------------------|-------------------------|-------------------|
| | | | | Montant des soins |
| | | | | Début d'exécution |
| | | | | Fin d'exécution |
| O.D.F. Prothèses dentaires | Détermination du coefficient masticatoire | | Coefficient des travaux | Montant des soins |
| | H 25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553 G | | | Date du devis |
| | (Création, Remont, adjonction) Four, bonnet, thérapeutique, nécessaire à la prothèse | | | Fin de |

VOLET ADHERENT NOM: OULADA M'HAMED Mle 191

DECLARATION N° W16-055916

| | | |
|-------------------|-------------------|------------------------|
| Date de Dépôt | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes |
| <u>18/08/2020</u> | <u>2380,60 DH</u> | <u>08</u> |

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

payé

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

W16-055916

DATE DE DEPOT/...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle

Nom & Prénom OULADA M'HAMED

Fonction Retroité Phones 0537 205147

Mail

MEDECIN Prénom du patient Oulada M'HAMED

Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant Age Date

Nature de la maladie Date 1ère visite

HTA - Diabète - Hémarthrose

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

Cor 2 180 dh

PHARMACIE Date 29/8/20

Montant de la facture

628,20
INPE : 102070414

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date 29/8/20

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

29/8/20 1513,40 dh

AUXILIAIRES MEDICAUX Date

| | | | | |
|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| AM | PC | IM | IV | |
| | | | | |

LABORATOIRE DU MAGHREB
5, Rue Hussein 1er
Tél: 05 37 72 66 93 / 73 05 08
Fax: 05 37 73 05 92 - Rabat
P: 403401921

LABORATOIRE DU MAGHREB
5, Rue Hussein 1er
Tél: 05 37 72 66 93 / 73 05 08
Fax: 05 37 73 05 92 - Rabat
P: 403401921

SEP. 2020

MUPRAS

Docteur S. OHAYON-AFERIAT

40, Zankat Abdelmoumen - Rabat

Tél. : 05.37.73.11.07

الدكتورة صلونج احيون أفريط

40 زنقة عبد المومن الرباط

الهاتف : 05.37.73.11.07

Oulada M'hamed

le 15.7.80

① - FNS

- CRP - VS

- T.P et INR

- Ionogramme - Mg - Hb - Ht - Hg

- uricémie - créatinine

- PSH

LABORATOIRE DU MAGASIN
5, Rue Hussein 1er
Tél.: 05 37 72 66 93 / 73 05 08
Fax : 05 37 73 05 92 - Rabat
I.N.P. 103001921
84

② C. B U

ex direct culb D G4 ATBS

pe Hematome

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



مختبر المغرب
LABORATOIRE DU MAGHREB
ANALYSES MEDICALES
Pr A. BENOUDA



5, Rue Hussein 1^{er} 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

Prélevé(e) le : 25/07/2020

Nom / prénom : **OULADA Mhamed**

Numéro d'Adhérent 000191

Nom de l'assuré: **OULADA**

Lien de parenté

Prénom Assuré:

Numéro Prise en Charge

FACTURE

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

Cachet du laboratoire
LABORATOIRE DU MAGHREB
5, Rue Hussein 1^{er}
Tél.: 05 37 72 66 93 / 73 05 09
Fax : 05 37 73 05 92 - Rabat
I.N.P 103001921

Docteur S. OHAYON-AFERIAT

40, Zankat Abdelmoumen - Rabat

Tél. : 05.37.73.11.07

الدكتورة صلونج احيون أفريط

40 زنقة عبد المومن الرباط

الهاتف : 05.37.73.11.07

Le 15. 9 2020

Oulada H. K. K.

LD NOK 10 mg

1c1 / J

4480
7880 Diamidion 60

1c1 / J vel

2280x3 Cerclage asperme 100

8370 1c1 / J per

10680x3 Cerclage 2mg

32070 1c1 / J per

6200x2 for 3 mois

1200 Velarion 1c1 1/5

1580x2 Dilipon 1000 1c1 XL
31600 628,20

Handwritten signature

صيدلية صومعة حسن
Pharmacie Sawmaat Hassan
Tajeb BOUZIRI
Place de l'Unité Africaine - Rabat
Tél. : 05 37 72 02 50

DOCTEUR S. OHAYON-AFERIAT
40, Zankat Abdelmoumen
Tél. : 05.37.73.11.07 RABAT

Pharmacie 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 | VOLTARENE 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

صيدلية صومعة حسان
Pharmacie Sawmaat Hassan
Place de Tijeb BOUZIRI
Tél.: 05 37 72 02 50
Unité Africaine - Rabat

EXAMEN CYTOLOGIQUE :

Hématies _____

1 200 /mm³

(VR: < à 10)

Leucocytes _____

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. BENOUDA Amina
Médecin biologiste
INAF 10114048
Laboratoire du Maghreb
Pr. BENOUDA

| | | | | |
|---------------------------------|--------|--------|----------------------|--------------------|
| 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

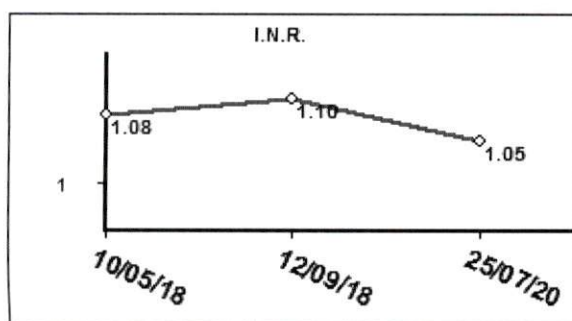
Pr. BENOUDA Amina
Membre du Collège
INPE 1071b4048
Laboratoire de Maghreb
Pr. BENOUDA

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%)

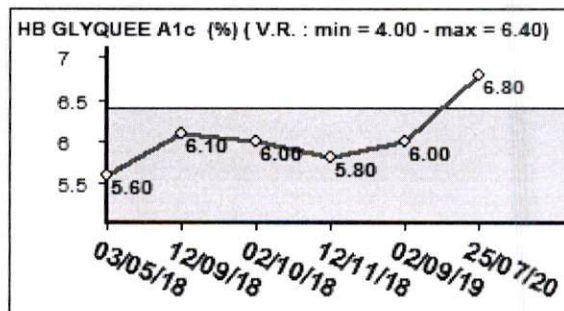


BIOCHIMIE SANGUINE

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
 Colorimétrie enzymatique à 37°C 102 µmol/l (VR:62 à 106)

TSVP

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



مختبر المغرب
LABORATOIRE DU MAGHREB
ANALYSES MEDICALES
Pr A. BENOUDA



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 | μ ³ | (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
Tél : 03772 66 93
Laboratoire du Maghreb
Pr. BENOUDA

TSVP



Tube de 100 g



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



Tube de 100 g

M0395
11 2022
60,00 DH





Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

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



حمض أسيتيل ساليسيليك

كارديو أسبرين 100 مغ



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

®

MFD

BT12CX2 08 2019

08 2024

EXP



التركيبية :
كل قرص يحتوي على 100 مغ من
حمض أسيتيل ساليسيليك
ما يخفي من السواج القوي واحد
يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال
يحفظ تحت درجة حرارة لا تتعدى
25 درجة مئوية

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



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

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



حمض أسيتيل ساليسيليك

كارديو أسبرين 100 مغ



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

®

MFD

BT12CX2 08 2019

08 2024

EXP



التركيبية :
كل قرص يحتوي على 100 مغ من
حمض أسيتيل ساليسيليك
ما يخفي من السواج القوي واحد
يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال
يحفظ تحت درجة حرارة لا تتعدى
25 درجة مئوية

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



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

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



حمض أسيتيل ساليسيليك

كارديو أسبرين 100 مغ



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

®

MFD

BT12CX2 08 2019

08 2024

EXP



التركيبية :
كل قرص يحتوي على 100 مغ من
حمض أسيتيل ساليسيليك
ما يخفي من السواج القوي واحد
يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال
يحفظ تحت درجة حرارة لا تتعدى
25 درجة مئوية

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

Pfizer

® **كاردورا**
2mg دوکسازوسین
20 قرصا



CARDURA® 2mg 

20 Comprimés



6 118000 250043

LOT N° : 1 2 0 2 1 0

10670

UT.AV : 0 3 2 4

1 0 6 7 0

P.P.V :

09366003/5

Pfizer

® **كاردورا**
2mg دوکسازوسین
20 قرصا



CARDURA® 2mg 

20 Comprimés



6 118000 250043

LOT N° : 1 2 0 2 1 0

10670

UT.AV : 0 3 2 4

1 0 6 7 0

P.P.V :

09366003/5

Pfizer

® **كاردورا**
2mg دوکسازوسین
20 قرصا



CARDURA® 2mg 

20 Comprimés



6 118000 250043

LOT N° : 1 2 0 2 1 0

10670

UT.AV : 0 3 2 4

1 0 6 7 0

P.P.V :

09366003/5

دولت

بَارِ الصَّيْحَانِ مَوَلَى

ملغ 1000

۸۰۶

الأول وجامع و الحمى

Composition :

[illegible]

Mode d'administration : Voie orale.

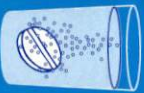
à dissoudre complètement le comprimé dans un verre d'eau.
Prendre immédiatement après.

Maladies : Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états opaques, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses, érythème, l'adénite.

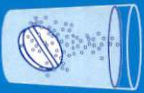
Indications : 1/2 à 1 comprimé par jour, avec les repas.
Contre-indications : grossesse, allaitement, diabète, troubles de la coagulation, traitement anticoagulant.

1/2 comprimé par prise à renouveler si nécessaire, 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



الكتاب
ابتداءاً من
15 سنة



**Adulte
à partir de
15 ans**

15.80

PPV 1 5 D H 8 0
PER 0 4 / 2 3
LOT J 1 1 9 9



(R)

دوليب ران

ملغ 1000

بارا صيغاطمول

8 أقراص فوارة

الآوجاع و الحمى

Composition :

acétamol 1000 mg

..... pour 1 comprimé effervescent.

Mode et voie d'administration : Voie orale.

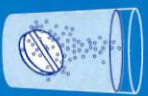
..... dissoudre complètement le comprimé dans un verre d'eau.

Indications : Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états

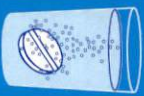
opaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

Consignes : 1/2 à 1 comprimé à partir de 15 ans.

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



الكبار
ابتداء من
15 سنة



Adulte
à partir de
15 ans

15,80

PPV 15DH 80
PER 04/23
LOT J1199



(R)

دوليب ران

ملغ 1000

بارا صيدطا مول

8 أقراص فوارة

الآوجاع و الحمى

Composition :

acétamol 1000 mg

..... pour 1 comprimé effervescent.

Mode et voie d'administration : Voie orale.

..... dissoudre complètement le comprimé dans un verre d'eau.

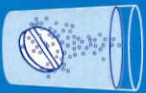
Indications : Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états

opaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

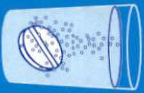
Contraindication : 1/2 à 1 comprimé à partir de 15 ans.

Précautions : 1/2 à 1 comprimé par prise à renouveler si nécessaire, 2 à 3 prises.

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



الكبار
ابتداء من
15 سنة



Adulte
à partir de
15 ans

15,80

PPV 15DH 80
PER 04/23
LOT J1199



ANGINIB[®] 50mg

Losartan

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

28 Comprimés



ANGINIB[®] 50mg

Losartan

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

28 Comprimés pelliculés



PHARMACEUTICAL INSTITUTE