

## 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.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

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

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducation.
- 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.

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-778495

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3432 Société : R.A.M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AALA ABDELHAQ

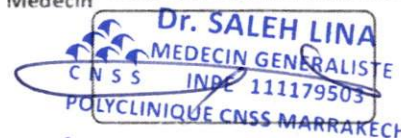
Date de naissance : 59.11.1953

Adresse : 7722 AKICH

Tél. : 0661535857 Total des frais engagés : 304,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12-01-23

Nom et prénom du malade : Aala Abdelhaq

Age : 69

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

sd Grippe

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 :

Marrakech

Le :

12/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



# 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
12/01/23	C <sub>n</sub>		80,00	DR. SALEH LINA MEDECIN GENERALISTE CNSS INPE 111179503 POLYCLINIQUE CNSS MARRAKECH

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/01/23	2244

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]																	
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





Le: 12/01/2023

Mr Aala AbdelHAS

26.12

1) Vit C1000  
dep x 2/jr

pdt 6j

49.9

2) Zinc 45mg  
dep 1/jr



69✓

3) Dolivox  
dep x 3/jr

pdt 1seu

14 -

4) Doliprane 1000  
dep x 3/jr

au besoin

22✓

5) IFL 20mg  
gel à jeun

pdt 2seu

49.1

6) Dolivox 1000  
1câp x 3/jr

pdt 1seu

22.14

Dr. SALEH LINA  
MEDECIN GENERALISTE  
INPE 111179503  
POLYCLINIQUE CNSS MARIUT



Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

#### **Prise ou utilisation d'autres médicaments :**

Signalez que vous prenez ce médicament si votre médecin vous prescrit un dosage du taux d'acide urique ou de sucre dans le sang.

Veuillez indiquer à votre médecin ou à votre pharmacien si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, même s'il s'agit d'un médicament obtenu sans ordonnance.

### **COMMENT PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?**

Attention : cette présentation contient 1000 mg de paracétamol par comprimé : **ne pas prendre 2 comprimés à la fois.**

#### **POSOLOGIE :**

En raison de son dosage, **ce médicament est réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans :**

- La posologie usuelle est de **1 comprimé à 1000 mg par prise**, à renouveler au bout de 6 à 8 heures. En cas de besoin, la prise peut être répétée au bout de 4 heures minimum.

- Il n'est généralement pas nécessaire de dépasser 3000 mg de paracétamol par jour, soit 3 comprimés par jour.

- Cependant, en cas de douleurs plus intenses, et sur avis de votre médecin, la posologie peut être augmentée jusqu'à 4000 mg par jour, soit 4 comprimés par jour. Les doses supérieures à 3000 mg de paracétamol par jour nécessitent l'avis médical.

**NE JAMAIS PRENDRE PLUS DE 4000 mg de PARACETAMOL PAR JOUR** (en tenant compte de tous les médicaments contenant du paracétamol dans leur formule).

Toujours respecter un intervalle de 4 heures au moins entre les prises.

En cas de maladie grave des reins (insuffisance rénale sévère), les prises seront espacées de 8 heures minimum. Ne pas dépasser 3 comprimés par jour.

#### **MODE D'ADMINISTRATION**

##### **Voie orale.**

Le comprimé est à avaler tel quel avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits).

**Si vous avez pris plus de DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé que vous n'auriez dû :** Consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

**Si vous oubliez de prendre DOLIPRANE® 1000 mg comprimé :** Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose simple que vous avez oubliée de prendre.

### **QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?**

Comme tous les médicaments, **DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé** est susceptible d'avoir des effets indésirables :

- dans certains cas rares, il est possible que survienne une éruption cutanée ou une réaction allergique. Il faut immédiatement arrêter le traitement et avertir votre médecin.

- exceptionnellement, des modifications biologiques nécessitant un contrôle du bilan sanguin ont pu être observées : taux anormalement bas de certains éléments du sang (plaquettes) pouvant se traduire par des saignements de nez ou des gencives.

Dans ce cas, consultez un médecin.

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

### **COMMENT CONSERVER DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?**

**Pas de précautions particulières de conservation.**

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

Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur la boîte.



bottu s.a.

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



# **Note confidentielle** (A renseigner par le médecin traitant)

Nom et prénom de l'assuré (e) :

Numéro d'immatriculation:

/ / / / / / / / / /

Nom et prénom du bénéficiaire (autre que

l'assuré(e)) :

Date de naissance du bénéficiaire :

/ / / / / / / / / /

Nom et prénom du médecin traitant :

INPE et code à barres\* :

**Dr. SALEH LINA**  
MEDECIN GENERALISTE  
CNSS INPE 111179503  
POLYCLINIQUE CNSS MARRAKECH

Date de la consultation: 12/01/2023

Diagnostic et motif des soins :

Sd Grippe

Antécédents et facteurs de risque :

Examen clinique à l'admission :

Résultats des bilans para cliniques :

Libellé et nature des soins :

Durée prévisible des soins

Date de début

Date de fin

/ / / / / / / / / /

/ / / / / / / / / /

Fait à :

Le :

Signature et cachet du médecin traitant

**Dr. SALEH LINA**  
MEDECIN GENERALISTE  
CNSS INPE 111179503  
POLYCLINIQUE CNSS MARRAKECH

\*Accoler l'étiquette portant l'Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins, ainsi que le code à barres.

Adresse OG :

Fax :

Tél. :



# Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

Comprimé

## DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé :

La substance active est le paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC 90 (1111,11).  
Les autres composants sont : croscarmellose sodique, providone K30, amidon de maïs pré-gélatinisé, croscarmellose sodique, croscarmellose sodique (origine végétale).

## QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ET DANS QUEL CAS EST-IL INDICQUÉ ?

Ce médicament est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que : états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses, etc. Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre de l'arthrose. Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre de l'arthrose.

Cette prescription est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) : Lire attentivement la "Posologie". Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

## QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

Contre-indications : Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants : allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

## PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

### Précautions Particulières :

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

### Mises en garde :

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

**Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").**

### Grossesse et allaitement :

Le Paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.





• Prévention de récurrences d'ulcères gastriques et duodénaux.

• En association à des antibiotiques appropriés, éradication de *Helicobacter pylori* dans la maladie ulcéreuse gastro-duodénale.

• Traitement des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

• Prévention des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les patients à risque.

• Traitement de l'œsophagite par reflux.

• Traitement d'entretien des patients après cicatrisation d'une œsophagite par reflux.

• Traitement du reflux gastro-œsophagien symptomatique.

• Traitement du syndrome de Zollinger-Ellison.

### **Population pédiatrique :**

**Enfants à partir d'un an et ≥ à 10 kg :**

• Traitement de l'œsophagite par reflux

• Traitement symptomatique du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-œsophagien.

**Enfants de plus de 4 ans et adolescents :**

• En association à des antibiotiques, traitement de l'ulcère duodénal consécutif à une infection par *H. pylori*.

### **2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre IPP® ?**

#### **Contre-indications :**

**Ne prenez jamais IPP® en cas de :**

- Hypersensibilité connue à l'Oméprazole ou à l'un des composants.

- Hypersensibilité à un autre inhibiteur de la pompe à protons.

- Co-administration avec nelfinavir (utilisé pour traiter l'infection par le VIH).

#### **Mises en garde :**

IPP® 20 mg peut masquer des symptômes d'autres maladies. Par conséquent, avant que vous ne commenciez à prendre IPP® 20 mg ou lorsque vous êtes sous traitement, vous devez informer immédiatement votre médecin si l'un des éléments suivants se produit :

• Vous perdez du poids sans raison ou si vous avez des problèmes à avaler.

• Vous avez des douleurs à l'estomac ou une indigestion.

• Vous vomissez de la nourriture ou du sang.

• Vous avez des selles noires (teintées de sang).

• Vous souffrez de diarrhée sévère ou persistante, car l'Oméprazole a été associé à une faible

IPP® 20 mg n'a pas d'effets sur l'aptitude à utiliser des véhicules à moteur secondaires tels que les avions, les bateaux ou les véhicules à moteur. Ce médicament ne provoque pas de somnolence ou de vertiges. Ce médicament ne provoque pas de syndrome de galactose ou de troubles du métabolisme (maladies héréditaires). Ce médicament ne provoque pas de troubles du métabolisme (maladies héréditaires). Ce médicament ne provoque pas de troubles du métabolisme (maladies héréditaires). Ce médicament ne provoque pas de troubles du métabolisme (maladies héréditaires).

### **3. Comment prendre IPP® ?**

Respecter strictement les indications du médecin.

IPP® 20 mg est un médicament.

Il est recommandé de le prendre le matin, et de le prendre avec un demi-verre d'eau.

Il est recommandé de le prendre le matin, et de le prendre avec un demi-verre d'eau.

Il est recommandé de le prendre le matin, et de le prendre avec un demi-verre d'eau.

Il est recommandé de le prendre le matin, et de le prendre avec un demi-verre d'eau.

Il est recommandé de le prendre le matin, et de le prendre avec un demi-verre d'eau.

Il est recommandé de le prendre le matin, et de le prendre avec un demi-verre d'eau.

Il est recommandé de le prendre le matin, et de le prendre avec un demi-verre d'eau.

Il est recommandé de le prendre le matin, et de le prendre avec un demi-verre d'eau.

Il est recommandé de le prendre le matin, et de le prendre avec un demi-verre d'eau.

Il est recommandé de le prendre le matin, et de le prendre avec un demi-verre d'eau.

Il est recommandé de le prendre le matin, et de le prendre avec un demi-verre d'eau.

Il est recommandé de le prendre le matin, et de le prendre avec un demi-verre d'eau.

Il est recommandé de le prendre le matin, et de le prendre avec un demi-verre d'eau.

Il est recommandé de le prendre le matin, et de le prendre avec un demi-verre d'eau.

Il est recommandé de le prendre le matin, et de le prendre avec un demi-verre d'eau.

Il est recommandé de le prendre le matin, et de le prendre avec un demi-verre d'eau.

Il est recommandé de le prendre le matin, et de le prendre avec un demi-verre d'eau.

Il est recommandé de le prendre le matin, et de le prendre avec un demi-verre d'eau.

Il est recommandé de le prendre le matin, et de le prendre avec un demi-verre d'eau.

Il est recommandé de le prendre le matin, et de le prendre avec un demi-verre d'eau.

Il est recommandé de le prendre le matin, et de le prendre avec un demi-verre d'eau.

Il est recommandé de le prendre le matin, et de le prendre avec un demi-verre d'eau.

Il est recommandé de le prendre le matin, et de le prendre avec un demi-verre d'eau.

Il est recommandé de le prendre le matin, et de le prendre avec un demi-verre d'eau.

Il est recommandé de le prendre le matin, et de le prendre avec un demi-verre d'eau.

Il est recommandé de le prendre le matin, et de le prendre avec un demi-verre d'eau.

Il est recommandé de le prendre le matin, et de le prendre avec un demi-verre d'eau.

Il est recommandé de le prendre le matin, et de le prendre avec un demi-verre d'eau.

Il est recommandé de le prendre le matin, et de le prendre avec un demi-verre d'eau.

Il est recommandé de le prendre le matin, et de le prendre avec un demi-verre d'eau.

Il est recommandé de le prendre le matin, et de le prendre avec un demi-verre d'eau.





20 **IPP®**  
Oméprazole 20 mg  
Boîte de 7 gélules  
P.P.V. : 22,00 DH



Boîtes de

**Veillez lire attentivement cette notice médicament. Gardez cette notice pour avoir besoin de la relire.**

**Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.**

**Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.**

**Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.**

### **Que contient cette notice ?**

1. Qu'est ce que IPP® et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre IPP® ?
3. Comment prendre IPP® ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver IPP® ?
6. Informations supplémentaires

### **1. Qu'est ce que IPP® et dans quel cas est-il utilisé ?**

IPP® est un inhibiteur spécifique de la pompe à protons H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup> ATPase de la cellule pariétale gastrique. Il diminue la sécrétion d'acide dans l'estomac, quelque soit la nature de la stimulation.

**IPP® 20 mg gélules est indiqué dans :**

**Adultes :**

augmentation de

• Si vous avez des symptômes sévères.

IPP® peut favoriser la croissance des bactéries intra-gastriques, le volume et de l'acidité. La prise d'un inhibiteur de la pompe à protons que IPP® 20 mg peut entraîner une augmentation supérieure à un tiers du risque de fractures des vertèbres. Les personnes souffrant d'ostéoporose ou traitées par des corticoïdes (qui favorisent l'ostéoporose).

**Précautions d'emploi :**

- Sujet âgé : augmenter la dose si nécessaire.

- Insuffisance rénale : adapter la posologie.

- En cas d'ulcère : vérifier la bénignité.

En cas de doute, consulter votre pharmacien.

**IPP® est un médicament à porteur des enfants.**

**Interactions avec d'autres médicaments :**

Contre-indiquée avec les médicaments nécessitant de surveiller la fonction hépatique.

Nécessitant de surveiller la fonction hépatique.

devez informer votre médecin si vous prenez l'un des médicaments suivants : antimycosiques, phénytoïne, ampicilline, rifampicine, atazéna, clopidogrel, mifépristone, warfarine, cilostazol.

**Interactions avec d'autres médicaments :**

Les gélules peuvent être prises avec la nourriture ou à jeun.

**Interactions avec d'autres médicaments :**

ou thérapies alternatives.

**Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement :**

- L'utilisation de IPP® pendant la grossesse et au cours de l'allaitement.

- L'oméprazole est contre-indiqué chez l'enfant s'il est traité par des médicaments.

**Sportifs :** sans effet sur la performance.

**Effets sur l'appareil digestif :**



# زيناسكين®

## (سولفات الزنك)

تسمية الدواء

زيناسكين® 45 ملغ أقراص فائقة علية 20

**الرجو قراءة هذه النشرة بعناية قبل استعمال هذا الدواء لأنها تحتوي على معلومات هامة من أجلكم.**  
استفظوا هذه النشرة، فقد تحتاجون إلى إرفاها من جديد.  
إذا كانت لديكم أسئلة أخرى، استظفوا المزيد من المعلومات من طرف طبيبك أو الصيدلي.  
لقد تم وصف هذا الدواء لكم شخصيا. لا تعطوه أبدا لأشخاص آخرين فقد يسبب لهم ذلك ضررا، حتى إذا كانت أعراض المرض التي يعانون منها شبيهة بالأعراض التي لديكم.  
إذا تأققت ظهور إحدى الآثار الجانبية أو ظهر عليكم أي أثر جانبي لم يرد ذكره في هذه النشرة، أخبروا طبيبك أو الصيدلي.

**ماذا تتضمن هذه النشرة؟**

- 1- ما هو زيناسكين® 45 ملغ أقراص فائقة وبه أي حالة يستعمل؟
- 2- ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل استعمال زيناسكين® 45 ملغ، أقراص فائقة؟
- 3- كيف يجب استعمال زيناسكين® 45 ملغ، أقراص فائقة؟
- 4- ما هي التأثيرات الجانبية المحتملة؟
- 5- كيف يتم حفظ زيناسكين® 45 ملغ، أقراص فائقة؟
- 6- معلومات إضافية.

**1 - ما هو زيناسكين® 45 ملغ، أقراص فائقة وبه أي حالة يستعمل؟**

• **السنف الصيدلي العلاجي أو نوع الغالبية**  
الصفن الصيدلي العلاجي، مستحضرات أخرى للاستخدام الجهازي.  
الرمز (D) 10BX : ATC (الأمراض الجلدية).  
يحتوي هذا الدواء على الزنك.

**دواعي استعمال**

- حب الشباب.
- الزيادة غير الاعتيادية في إفراز جلد الخلد الدهنية.
- الصعل.
- تساقط الشعر.
- الصدفية.
- الفلاحة.
- الأكلية الناتجة عن الحساسية أو الزمنة.

**2 - ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل استعمال زيناسكين® 45 ملغ، أقراص فائقة؟**

إذا أخبركم طبيبك بعدم تحمك لبعض أنواع السكريات، فاستشروا معه قبل استعمال هذا الدواء.  
لا يجب استعمال زيناسكين® 45 ملغ، أقراص فائقة (موانع الاستعمال)  
إذا كانت لديكم حساسية من المادة الفعالة أو لإحدى المكونات الأخرى لهذا الدواء.  
أحدروا عند استعمال زيناسكين® 45 ملغ، أقراص فائقة (تحذيرات واحتياطات خاصة عند استعمال)  
لا تتناولوا أي أقراص أخرى معتمدا على الدواء، يجب تناول زيناسكين® خارج الوجبات.  
يحتوي هذا الدواء على 413/71 ملغ من الصوديوم لكل قرص فائق. يتعين

أخذ ذلك بعين الاعتبار عند المرض الذين يرافون نسبة الصوديوم، فاستشروا طبيبك.  
• يسبب تواجدا المساكوز في ينهي استعمال الدواء لدى المرض الذين يعانون من عدم تحمل المركوز، الإصابة بسوء امتصاص الجلوكوز والجلاتوز أو نقص السكر، أو الزنا والموائل.  
• 0,350 غ في القرص الفائق يؤخذ عند الاعتبار عند مرض السكري.  
• أخذ أدوية أخرى (تفاعلات مع أدوية أخرى)  
أخذ أدوية أخرى مع الصيدلي إذا كنتم تأخذون أحدتم مؤخرا أو من المحتمل أن تأخذوا أي دواء آخر خاصة الحديد، الكالسيوم، المضادات الحيوية التي تنتمي لعائلة السكيتين أو الفلوروكينولونات والسترونتوم.  
• **الأطعمة والمشروبات (تفاعلات مع الأطعمة والمشروبات)**  
الأطعمة التي تحتوي على نسبة عالية من حمض الفيتيك (الفطنيات (البازلاء، العدس، الصويا...) الحبوب الكاملة (القمح، حبوب الجاوان (الشوفان...))، الدرة (الجزر...) يمكن أن تشكل مركبات مع الزنك مما يقلل من امتصاصه وبالتالي من فاعليته.  
• وبالمثل، يمكن للأطعمة الغنية بالحديد أو الكالسيوم أن تتفاعل مع الزنك وتقلل من امتصاصه.  
• ونتيجة لذلك، ينبغي أخذ هذا الدواء بعيدا عن فترة الوجبات (على الأقل بفاق ساعتين) يسبب خطر التفاعلات الغذائية وانخفاض امتصاص الزنك.

• **الاستعمال أثناء الحمل والرضاعة**

**الحمل**  
لا يجب تناول هذا الدواء خلال فترة الحمل إلا باستشارة من طبيبك.  
إذا كنتم تخططن للحمل أو إذا اعتقدتم ذلك، فعلا فاستشروا طبيبك لأنه وحده يمكنه أن يحدد ضرورة التناج وضبطه مع حالتكم.

**الرضاعة**  
يمكن استعمال هذا الدواء خلال الرضاعة.

استشروا طبيبك أو الصيدلي قبل تناول أي دواء.

• **التأثيرات على القدرة على قيادة السيارات أو استعمال الآلات.**

لا شيء.

• **السواغات المعروفة بتأثيرها،**

• الصوديوم.

• المساكوز.

**3 - كيفية استعمال زيناسكين® 45 ملغ، أقراص فائقة؟**

**تعليمات متعلقة بالاستعمال المناسب**  
أحرصوا دائما على استعمال هذا الدواء وبالكميات بدقة لتعليمات هذه النشرة أو لتوجيهات طبيبك أو الصيدلي، في حالة الشك، استشروا طبيبك أو الصيدلي.  
**الجرعات، كيفية و/أو طريقة الاستعمال، وتيرة الاستعمال ومدة العلاج**

**الجرعات**

عموما يجب التقيد بوصفة الطبيب، وعلى سبيل الإشارة فإن الجرعة الاعتيادية

يؤخذ بعيدا عن الوجبات (بفاق ساعتين على الأقل)، أو صباحا على الريق لأن

القلعة الهضمية يمكن أن تغير امتصاص الدواء.

• إذا استعملتم كمية كبيرة من زيناسكين® 45 ملغ، أقراص فائقة أكثر مما يجب عليكم استعماله (الأعراض والإجراءات التي يجب اتخاذها في حالة الجرعة المفرطة)

استشروا طبيبك أو الصيدلي على الفور.

• إذا نسيت استعمال زيناسكين® 45 ملغ، أقراص فائقة (الإجراءات التي يجب عليكم اتخاذها في حالة نسيان جرعة واحدة أو أكثر)

لا تأخذوا جرعة مضاعفة لمحاولة تعويض الجرعة التي نسيت أخذها.

• إذا زوقتم من استعمال زيناسكين® 45 ملغ، أقراص فائقة (خطر الإصابة بأعراض الفطام)

استشروا طبيبك أو الصيدلي على الفور.

• إذا نسيت استعمال زيناسكين® 45 ملغ، أقراص فائقة (الإجراءات التي يجب عليكم اتخاذها في حالة نسيان جرعة واحدة أو أكثر)

لا تأخذوا جرعة مضاعفة لمحاولة تعويض الجرعة التي نسيت أخذها.

• إذا زوقتم من استعمال زيناسكين® 45 ملغ، أقراص فائقة (خطر الإصابة بأعراض الفطام)

استشروا طبيبك أو الصيدلي على الفور.

• إذا نسيت استعمال زيناسكين® 45 ملغ، أقراص فائقة (الإجراءات التي يجب عليكم اتخاذها في حالة نسيان جرعة واحدة أو أكثر)

لا تأخذوا جرعة مضاعفة لمحاولة تعويض الجرعة التي نسيت أخذها.

• إذا زوقتم من استعمال زيناسكين® 45 ملغ، أقراص فائقة (خطر الإصابة بأعراض الفطام)

استشروا طبيبك أو الصيدلي على الفور.

• إذا نسيت استعمال زيناسكين® 45 ملغ، أقراص فائقة (الإجراءات التي يجب عليكم اتخاذها في حالة نسيان جرعة واحدة أو أكثر)

لا تأخذوا جرعة مضاعفة لمحاولة تعويض الجرعة التي نسيت أخذها.

تم الإبلاغ عن التأثيرات الغير مرغوب فيها التالية:  
• أثناء العلاج، قد تحدث الآم في المعدة والبطن، عادة ما تكون خفيفة وعابرة، وكذا الغثاش، القيء، الإمساك أو الإسهال.  
• **تأثيرات أخرى:**  
• شرى حكة، طفح جلدي، احمرار أو تفاعلات حساسية.  
• فقر الدم، أو انخفاض مستوى خلايا الدم البيضاء أو الحديد في الدم.  
• **ترددات غير معروفة:**  
• انخفاض مستوى الحاس في الدم.

**الإبلاغ عن التأثيرات الجانبية**

إذا أحسستم بأية آثار جانبية يجب إخبار طبيبك أو الصيدلي بذلك. ينطبق هذا على جميع الآثار الغير مرغوب فيها التي لم يرد ذكرها في هذه النشرة.

يمكنكم أيضا التبليغ عن التأثيرات الغير مرغوب فيها مباشرة لدى المركز

الفرسي لمحاربة التسمم والبطقة السوائية (الهاتف : 0801000180 -

العنوان الإلكتروني : capm@capm.ma) أو لدى مختبرات لابروفان- (التمسك الإلكتروني : pharmaovigilance@laprophan.com).

من خلال الإبلاغ عن الآثار الجانبية، فإنكم تساهمون في تقديم المزيد من المعلومات حول سلامة الدواء.

**5 - كيف يتم حفظ زيناسكين® 45 ملغ، أقراص فائقة؟**

• **يحفظ بعيدا عن متناول ومعى الأطفال.**

• لا يجب استعمال هذا الدواء بعد تاريخ انتهاء الصلاحية المدون على العلبة. تاريخ انتهاء الصلاحية يشير إلى اليوم الأخير من الشهر المشار إليه.

• **مدة الحفظ (شروط تخزين الدواء)**

3 سنوات.

يحفظ الأبوب مغلقا بإحكام بعيدا عن الحرارة والرطوبة.

• **تحذيرات من بعض علامات التدهون عند الضرورة.**

لا تتخلصوا من أي دواء في المجاري أو مع النفايات المنزلية.

اطلبوا من الصيدلي التخلص من الأدوية التي انتهت من استخدامها. هذه

التدابير سوف تساعد في حماية البيئة.

**6 - معلومات إضافية**

• **على ماذا يحتوي زيناسكين® 45 ملغ، أقراص فائقة؟**

• **التوكية النوعية والتوكية من المادة (أول) الفعالة لكل جرعة**

الزنك..... 45 ملغ

• **على شكل سولفات الزنك أحادي الهيدرات**

• **نقرص فائق واحد**

• **التركيب النوعية من السواغات**

• **حمض الستريك اللاصقي، بيكاربونات الصوديوم، بنزوات الصوديوم، ماكروغول**

4000، ساكارين الصوديوم، كمالات الصوديوم، المساكوز، نكهة بوليفاروماس

البمون والنمسا 27G11، نكهة بوليفاروماس كارباميل 17M305، ماء

مصنفي كمية كافية.

• **اسم وعنوان المختبر الصيدلي**

• **مختبرات لابروفان ش.م**

• **رقعة الأدوية**

• **الدار البيضاء**

• **آخر تاريخ تم فيه مراجعة هذه النشرة،**

يناير 2021.

• **شروط الصوف والتسليم**

• **الجدول (الذاتة أ.)**

• **معلومات خاصة بمهني الصحة**

• **لا شيء.**







- Si vous présentez ou avez présenté des calculs rénaux,
- Si vous avez des calculs d'oxalate de calcium (hyperoxalurie),
- Si vous avez moins de 15 ans.

#### Mise en garde spéciales et précautions particulières d'emploi :

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre VITAMINE C®.

- Ce médicament contient du sodium (composant principal du sel de cuisine/table). A prendre en compte chez les patients contrôlant leur apport alimentaire en sodium.

- L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au fructose, un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou un déficit en sucrase/isomaltase (maladies héréditaires rares).
- Si votre fatigue s'accroît ou persiste après 1 mois de traitement ou si elle s'accompagne de manifestations inhabituelles, prenez l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

• En raison d'un effet légèrement stimulant, il est souhaitable de ne pas prendre la vitamine C en fin de journée.

- Prendre en compte les apports en vitamines et minéraux issus d'autres sources, comme les médicaments, les aliments enrichis et les compléments alimentaires (risque de surdosage).

• La vitamine C augmente l'absorption du fer par votre organisme. En cas d'hémochromatose (maladie héréditaire se caractérisant par une surcharge en fer), adressez-vous à votre médecin car l'utilisation de ce médicament doit faire l'objet de précautions strictes.

• La vitamine C doit être utilisée avec prudence en cas de déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase (maladie héréditaire des globules rouges), car des doses élevées en vitamine C (supérieure à 1 gramme par jour) favorisent le risque d'apparition d'une anémie hémolytique (destruction des globules rouges).

• La vitamine C peut fausser les résultats de certaines analyses biologiques, notamment de tests de contrôle du glucose sanguin et urinaire, avertissez votre médecin si des tests sont prévus.

Enfants et adolescents : Sans objet.

#### Interactions avec d'autres médicaments :

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament.

Ce médicament contient de la vitamine C. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées.

#### Interactions avec les aliments et les boissons :

Prendre en compte les apports en vitamines et minéraux, issus des aliments enrichis et des compléments alimentaires.

#### Interactions avec les produits de phytothérapie ou thérapies alternatives :

Sans objet.

#### Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement :

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

#### 4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

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

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice.

#### 5. COMMENT CONSERVER VITAMINE C® ?

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

N'utilisez pas ce médicament après la date de péremption indiquée sur la boîte. La date de péremption fait référence au dernier jour de ce mois.

A conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

Ne jetez aucun médicament au tout-à-l'égout ou avec les ordures ménagères.

Demandez à votre pharmacien d'éliminer les médicaments que vous n'utilisez plus. Ces mesures contribueront à protéger l'environnement

#### 6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES :

##### Que contient VITAMINE C® ?

La substance active est :

Par unité de prise

Acide ascorbique ..... 1000 mg

Pour un comprimé effervescent

Les autres composants du comprimé sont :

Acide citrique anhydre, cyclamate de sodium, bicarbonate de sodium anhydre, carbonate de sodium, jaune orangé S, huile de vaseline, saccharose, saccharine sodique, arôme orange poudre.

##### Qu'est-ce que VITAMINE C®, et contenu de l'emballage extérieur :

Ce médicament se présente sous la forme de comprimés effervescents.

Tube de 10 comprimés en boîte de 1 ou 2 tubes.

**Nom et adresse de l'EPI titulaire de l'AMM MAROC :** Laboratoires pharmaceutiques GALENICA, N 13, G 5 - Z.I. Ouled Saleh - Bouskoura - 20180 - Casablanca - Maroc

**Nom et adresse du fabricant (quand celui-ci n'est pas titulaire de l'AMM) :** Néant

**La dernière date à laquelle cette notice a été révisée :** Janvier 2020

**Conditions de prescription et de délivrance :** Médicament non soumis à prescription médicale.

**Informations réservées aux professionnels de santé :** Sans objet.



**LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES GALENICA**

**Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc**



# VITAMINE C® GALENICA

## Acide ascorbique

Comprimé effervescent, Boîte de 10 et de 20

**Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes.** Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou pharmacien.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice.
- Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 1 mois de traitement.

### Que contient cette notice :

1. QU'EST-CE QUE VITAMINE C®, ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE VITAMINE C® ?
3. COMMENT PRENDRE VITAMINE C® ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES ÉVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER VITAMINE C® ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

### 1. QU'EST-CE QUE VITAMINE C® ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique :

ACIDE ASCORBIQUE (VIT C)

Indications thérapeutiques :

Ce médicament contient de la vitamine C. Il est indiqué dans les états de fatigue passagers de l'adulte et de l'enfant de plus de 15 ans.

Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 1 mois de traitement.

### 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE VITAMINE C® ?

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Contre-indications :

Ne prenez jamais VITAMINE C® :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament,
- Si vous présentez une insuffisance rénale sévère (défaillance grave des

# VITAMINE C 1g

Boîte de 20 comprimés effervescents

P.P.V. : 26,50 DH



possesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien à ce médicament.

Par mesure de précaution, il est préférable d'éviter l'utilisation pendant la grossesse.

La vitamine C passe dans le lait maternel. Il n'existe pas de données sur les effets de la vitamine C chez les nourrissons. Par conséquent, il est préférable d'éviter l'utilisation pendant l'allaitement.

Il n'y a pas de données relatives aux effets de VITAMINE C® sur le fœtus.

Sportifs : Sans objet.

Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines :

VITAMINE C® n'a aucun effet ou qu'un effet négligeable sur l'aptitude à conduire un véhicule ou à utiliser des machines.

Liste des excipients à effet notoire :

VITAMINE C, comprimé effervescent contient jaune orangé S (E110), sodium, saccharose.

### 3. COMMENT PRENDRE VITAMINE C® ?

Veuillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les instructions de cette notice ou les indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

Posologie :

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

La dose recommandée est de 1 comprimé par jour.

Mode et voie d'administration :

Voie orale.

Le comprimé doit être dissous dans un verre d'eau.

Durée du traitement :

La durée du traitement est limitée à 1 mois.

Si vous avez pris plus de VITAMINE C® que vous n'auriez dû :

Les symptômes généraux d'un surdosage en vitamine C peuvent inclure des troubles gastro-intestinaux tels que des diarrhées, des nausées et des vomissements.

La consommation chronique de doses élevées d'acide ascorbique (> 500 mg / jour) peut aggraver une surcharge en fer et peut mener à des lésions tissulaires chez les patients atteints d'hémochromatose.

À doses supérieures à 1 g/jour en vitamine C, peuvent survenir des troubles digestifs (brûlures gastriques, diarrhée) ; troubles rénaux et urinaires (calculs rénaux, insuffisance rénale, nécrose tubulaire aiguë) ; hémolyse (destruction des globules rouges) chez les sujets déficients en glucose-6-phosphate déshydrogénase (enzyme spécifique des globules rouges).

Si ces symptômes apparaissent, consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous oubliez de prendre VITAMINE C® :

Ne prenez pas de dose double pour compenser le comprimé que vous avez oublié de prendre.

Si vous arrêtez de prendre VITAMINE C® : Sans objet.



# دوسيفوكس



محلول طبيقي بدون مواد حافظة



محلول  
عن طريق الفم

## الشكل و التقديم :

دوسيفوكس محلول للشرب - فارورة تحتوي على 200 مل - فارورة تحتوي على 125 مل

## الخصائص :

يحتوي دوسيفوكس على مكونات طبيعية فعالة مستخلصة من صمغ النحل والرغز والأرز الأوربي والحبازة الريفية. تساعد على إخراج البلغم المزاحم في المجاري الهوائية وتهدئتها في حالة إصابتها بالالتهاب كما تعمل على تقوية جهاز المناعة مما يضيئ إرتياحا شاملا على الجهاز التنفسي

## دواعي الإستعمال :

- تراكم البلغم في المجاري التنفسية.
- التهاب الحنجرة
- السعال
- البحة

## نصائح الإستعمال :

الكبار : ملعقة كبيرة 3 إلى 4 مرات في اليوم  
الصفار : ملعقة صغيرة 2 إلى 4 مرات في اليوم  
في جميع الحالات يجب احترام وصفة الطبيب ونصائح الصيدلي.

## إحتياطات الإستعمال :

لا ينصح باستعماله عند الأشخاص ذوي الحساسية لمستخلصات خلية النحل  
لا ينصح باستعماله عند الحامل و الرضعة و الطفل الصغير  
قد يحتوي المحلول على رواسب ناتجة عن طبيعة مكوناته دون المس بكونته أو فعاليتها  
يجب احترام الكمية الموصى بها  
يحرك جيدا قبل الإستعمال  
يخفظ في مكان بعيد عن



LOT: 220614  
DLUO: 07/2025  
69,00 DH

# Docivox

**Sirop**  
Voie orale

**Sirop naturel sans conservateur**

**Deva**  
Pharmaceutique

## FORMES ET PRESENTATIONS

Docivox sirop - Flacon 200 ml - Flacon 125 ml

## PROPRIETES :

**Docivox** sirop naturel est à base d'extraits de plantes (le Thym, la Mauve et le Mélèze), d'huile essentielle d'eucalyptus, du miel et de la propolis.

**Docivox** sirop naturel apaise les voies respiratoires, adoucit la gorge irritée en cas de toux et renforce les défenses naturelles de l'organisme.

**Docivox** sirop naturel ne contient pas de conservateur.

## UTILISATIONS :

- Voies respiratoires encombrées - Gorge irritée - Toux - Enrouement.

## POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

Adulte : une cuillère à soupe 3 à 4 fois par jour.

Enfant : une cuillère à café 2 à 4 fois par jour.

Dan tous les cas, se conformer à la prescription de votre médecin ou pharmacien.

**Docivox** sirop naturel est administré par voie orale.

Bien agiter le flacon avant chaque emploi.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Déconseillé aux personnes allergiques aux produits de la ruche ou à l'un des constituants

- Déconseillé chez la femme enceinte, allaitante et nourrisson.

- Le produit peut présenter un léger dépôt, des changements de couleur ou de goût qui sont attribuables aux caractères naturels des plantes; toutefois la qualité et l'efficacité du produit ne sont pas altérées.

- Après ouverture, à conserver au frais et à consommer dans un délai de 4 semaines.

- Tenir hors de la portée des enfants.

## COMPOSITION :

Sirop de fructose; Arôme naturel

obtenu à partir de plantes

arôme



POLYCLINIQUE CNSS - MARRAKECH  
Route de Targa  
40000 MARRAKECH  
Tél: 0524-34-70-51/73 Fax: 0524-34-42-65  
INPE: 070001466 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 79745 N° SEJOUR : 230001111

FACTURE N° 2305000392

DATE D'ENTREE : 12/01/2023 DATE DE SORTIE : 12/01/2023

ASSURE :

MALADE : AALA,Abdelhaq

UF: 5002 URGENCES

DESTINATAIRE :

AALA,Abdelhaq

NOM JEUNE FILLE :

N° IMMAT C.N.S.S :

TIERS PAYANT 1 :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

N° SE. SOC. ETRANG. :

NATURE DE PRESTATION	LETTRE	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
	CLE	x COEF	UNITAIRE		% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN										
CONSUL GENERALISTE (ou DENTISTE)	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00
Intervenant : 10682 SALEH LINA (GENERALISTE)				TOTAUX :		80.00				80.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE-VINGT DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE :

REMISE : 0.00 REGLE :

AVOIR :

RESTE DU : 80.00

DATE FACTURE : 12/01/2023

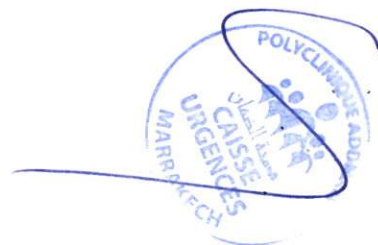
EDITEE LE : 12/01/2023 PAR: KENZA

ACCIDENT DE TRAVAIL :

N° DE POLICE :

DATE AT :

VISA



Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - MARRAKECH

BANQUE : BMCE - MARRAKECH MENARA

N° compte bancaire : 011 450 0000 12 210 00 60620 67