

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 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
- 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

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

Déclaration de Maladie

M23-011574

161181

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4819 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 M23-0011574

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

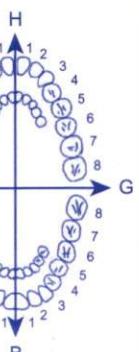
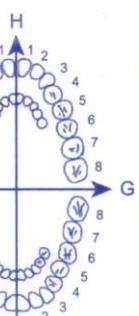
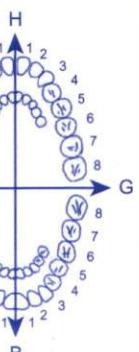
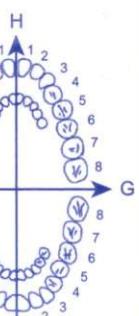
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B 00000000 00000000	Coefficient des travaux <input type="text"/>
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>			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

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 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
- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4819 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENJELLOUN DAKHAYA SAAD

Date de naissance : 01/04/54

Adresse : 3, Rue IBN TACHFIN

Tél. : 06 78 025 601 Total des frais engagés : 15.98.60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Professeur Allal BERRADA
Cabinet de Cardiologie
Patente : 25109667
CNSS : N° d'Affiliation : 1300251
Autorisation d'Exercice : 7073 / 1986
IOT : 1412340

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/03/2023 Age :

Nom et prénom du malade : BENJELLOUN DAKHAYA SAAD

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HFA

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) : _____

RELEVE 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
	C		<i>Gratuit</i>	<i>Docteur Allal BERRAD Cabinet d'ostéopathie et de physiothérapie Patente : 000000000000 N° d'Exercice : 000000000000 IGR : 3</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 42 Rue Patrice Lumumba RABAT Tel: 0537 76 03 11-0537 76 42 5	03/03/2018	15981.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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'ODP.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth (1 through 8 on each side) and a central vertical H-shaped reference line. The teeth are arranged in a curve, with the upper teeth pointing upwards and the lower teeth downwards. The reference line has a vertical segment at the top and a horizontal segment at the bottom, intersecting the midline of the dental arch.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Allal BERRADA

Spécialiste des maladies du cœur
et des vaisseaux

Ancien Professeur à la Faculté
de Médecine de Rabat

Cabinet de cardiologie et d'explorations
cardiovasculaires

INP 101032860

SUR RENDEZ-VOUS

دكتور علال برادة

أستاذ (سابق)

كلية الطب بالرباط

اختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

بالميعاد

Rabat, le : 03/03/23
الرباط، في :

Mr BENJELLOUN DAKHAMA Saad

185,20x4	- Suliat 160/5/25 mg	740,80	1c/j
58,10x2	- Cardensiel 5mg	116,20	1c/j
27,70x3	- Cardioaspirine 100mg	83,10	1c/j
114,10x4	- Crestor 5mg	456,40	1c/j
78,70x2	- Diamicron 60mg	157,40	1c/j
<hr/>			
44,70			

T = 1598,60

TR de 06 mois

PHARMACIE DE LA MARNE
42, Rue Patrice Lumumba
RABAT
Tél: 0537 76 88 11 / 0537 76 42 57

Professeur Allal BERRADA
Cabinet de Cardiologie
Patente 10109667
CNSS : N° Attribution : 1300251
Autorisation d'Exercice : 7073 / 1986
IGR : 04153740

عمراء مولاي اسماعيل - مدخل "C" - زاوية سوسة وشارع مولاي سليمان - قرب الولاية - الرباط

Résidence Moulay Ismaïl - Entrée "C" - Angle Rue Soussa et Av. Moulay Slimane (en face Wilaya) - Rabat.

الفاكس : Cab. : 05 37 70 88 11 / 05 37 70 88 33 - الهاتف : العيادة : 05 37 72 01 96 - Fax : 05 37 77 22 22 / 05 37 77 53 44 / 05 37 77 77 77

E-mail : aberrada01@gmail.com - Urgences : Clinique Agdal-Rabat : 05 37 77 22 22 / 05 37 77 53 44 / 05 37 77 77 77

30 comprimés gastro-résistants



Acide acétylsalicylique

CARDIOASPIRINE 100 mg

جافا 25 جرام 5 جرام 3 جرام 2 جرام 1 جرام
جافا 1 جرام 1 جرام 1 جرام 1 جرام 1 جرام
جافا 1 جرام 1 جرام 1 جرام 1 جرام 1 جرام
جافا 1 جرام 1 جرام 1 جرام 1 جرام 1 جرام
جافا 1 جرام 1 جرام 1 جرام 1 جرام 1 جرام

Composiiton: 1 comprimé contient 100 mg
excipients susp en comprimé
d'acide acétylsalicylique
Tenir hors de portée des enfants
Conservier à une température ne
dépasseant pas 25°C.

كardiyo أسبرين 100 مغ

حمض أسيتيل ساليسيليك

EXP

BT 04 2020



30 comprimés

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

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

6 118001 090280

30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

Bayer

87182452
39/20/88

AMM N° 59/17 DMP/21/NRS

Tour Yvire 1 - 3^e Etage
Bd Sidi Mohamed Ben Abdellah,
Maroc 20030 Casablanca

Fabrikde par Bayer AG
51368 Leverkusen
Allemagne

Bayer

87182452
39/20/88

30 comprimés gastro-résistants



Acide acétylsalicylique

CARDIOASPIRINE 100 mg

جافا ۲۵ گرام ۳۰ قرصاً يكافئ ۳۰ قرصاً ۱۰۰ ملجم
دواعي الاستعمال
دواعي الاستعمال
دواعي الاستعمال
دواعي الاستعمال

Composiiton: 1 comprimé contient 100 mg d'acide acétylsalicylique
excipients: 1 comprimé dans 100 mg
Tenir hors de portée des enfants
Conserver à une température ne
dépasseant pas 25°C.

كardiyo أسبرين 100 ملجم

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

Bayer

87182452
39/20/88

AMM N° 59/17 DMP/21/NRS

Tour Yvonne 1 - 3^e Etage
Bd Sidi Mohamed Ben Abdellah,
Maroc 20030 Casablanca

Fabrikde par Bayer AG
51368 Leverkusen
Allemagne



BT 04
4 2020



30 comprimés

التركيبة :
 قاتارتان.....
 أملوديپين.....
 هيدروكلوروتيازيد.....
 السواغ : الكمية الكافية
 الجرعة، نوعي، موانع واحتياطات الاستعمال: المرجو قراءة النشرة قبل الاستعمال.
 المرجو استشارة الطبيب أو الصيدلي في حالة حدوث مشاكل مرتبطة بكيفية استعمال الدواء.
 بحفظ بعيدا عن متناول ومرأى الأطفال.
 بحفظ في درجة حرارة لا تتعدي 25°C، بعيدا عن الرطوبة.

سوليات® هكت

قاتارتان/أملوديپين/هيدروكلوروتيازيد

185/20

عن طريق الفم

160
ملغ
5
ملغ
25

28
صاب

SULIAT® HCT
160 mg / 5 mg / 25 mg
28 comprimés pelliculés

6
118000072287

التركيبة :
 قاتارتان.....
 أملوديپين.....
 هيدروكلوروتيازيد.....
 السواغ : الكمية الكافية
 الجرعة، نوعي، موانع واحتياطات الاستعمال: المرجو قراءة النشرة قبل الاستعمال.
 المرجو استشارة الطبيب أو الصيدلي في حالة حدوث مشاكل مرتبطة بكيفية استعمال الدواء.
 بحفظ بعيدا عن متناول ومرأى الأطفال.
 بحفظ في درجة حرارة لا تتعدي 25°C، بعيدا عن الرطوبة.

سوليات® هكت

قاتارتان/أملوديپين/هيدروكلوروتيازيد

185/20

عن طريق الفم

160
ملغ
5
ملغ
25

28
صاب

SULIAT® HCT
160 mg / 5 mg / 25 mg
28 comprimés pelliculés

6
118000072287

التركيبة :
 قاتارتان.....
 أملوديپين.....
 هيدروكلوروتيازيد.....
 السواغ : الكمية الكافية
 الجرعة، نوعي، موانع واحتياطات الاستعمال: المرجو قراءة النشرة قبل الاستعمال.
 المرجو استشارة الطبيب أو الصيدلي في حالة حدوث مشاكل مرتبطة بكيفية استعمال الدواء.
 بحفظ بعيدا عن متناول ومرأى الأطفال.
 بحفظ في درجة حرارة لا تتعدي 25°C، بعيدا عن الرطوبة.

سوليات® هكت

قاتارتان/أملوديپين/هيدروكلوروتيازيد

185/20

عن طريق الفم

160
ملغ
5
ملغ
25

28
صاب

SULIAT® HCT
160 mg / 5 mg / 25 mg
28 comprimés pelliculés

6
118000072287

التركيبة :
 قاتارتان.....
 أملوديپين.....
 هيدروكلوروتيازيد.....
 السواغ : الكمية الكافية
 الجرعة، نوعي، موانع واحتياطات الاستعمال: المرجو قراءة النشرة قبل الاستعمال.
 المرجو استشارة الطبيب أو الصيدلي في حالة حدوث مشاكل مرتبطة بكيفية استعمال الدواء.
 بحفظ بعيدا عن متناول ومرأى الأطفال.
 بحفظ في درجة حرارة لا تتعدي 25°C، بعيدا عن الرطوبة.

سوليات® هكت

قاتارتان/أملوديپين/هيدروكلوروتيازيد

185/20

عن طريق الفم

160
ملغ
5
ملغ
25

28
صاب

SULIAT® HCT
160 mg / 5 mg / 25 mg
28 comprimés pelliculés

6
118000072287

IMPRIMEPEL
1220

07/2027
601M03
08/2022

Exp.:
Lot:
Fab.:



Composition :

Bisoprolol (DCI) fumarate... 5 mg
pour un comprimé pelliculé sécable.
AMM au Maroc N°: 321-18DMP21NRQ
Lire la notice avant utilisation.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants. A
conserver à une température ne dépassant pas 30°C.

Titulaire d'AMM et Distributeur au Maroc:

Cooper Pharma, 41, rue Mohamed Diouri,
20110, Casablanca, Maroc.
Sous licence de: Merk Santé s.a.s,
37 rue Saint-Romain, 69379 Lyon cedex 08.
Fabricant: Merck Healthcare KGaA,
Frankfurter Strasse 250 - 64293, Darmstadt, Allemagne.

7808360896

D3

Médicament soumis à une surveillance particulière pendant le traitement.
Médicament soumis à prescription initiale réservée aux spécialistes en cardiologie et
en médecine interne.

دواء خاضع لرقابة خاصة أثناء العلاج

دواء خاضع لوصف أولي خاص للمختصين في أمراض القلب والطب الباطني

Respecter les doses prescrites
يجب التقيد بالجرعات الموصوفة

Liste I - Uniquement sur ordonnance
القائمة 1 - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



CARDIENSIEL + GROSSESSE = DANGER

كاردينسيل + الحمل = خطر

Ne pas utiliser chez:
l'adolescente ou la femme en
âge de procréer et sans
contraception efficace,
la femme enceinte,
sauf en l'absence d'alternative
thérapeutique

لا ينصح لدى:
المرأة المُنِورة أو المُنِورة في سن
الإنجاب بدون انتظام وسائل
منع الحمل الفعالة.
وهي حمل
وغيرها من العلاجات.



6 118001 100873



6 118001 100873

Cardensiell® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

7862160239

PPV: 58,10 DH

Exp.: 07/2027
Lot: 601M03
Fab.: 08/2022

**Composition :**

Bisoprolol (DCI) fumarate... 5 mg
pour un comprimé pelliculé sécable.
AMM au Maroc N°: 321-18DMP21NRQ
Lire la notice avant utilisation.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants. A
conserver à une température ne dépassant pas 30°C.

Titulaire d'AMM et Distributeur au Maroc:

Cooper Pharma, 41, rue Mohamed Diouri,
20110, Casablanca, Maroc.
Sous licence de: Merk Santé s.a.s,
37 rue Saint-Romain, 69379 Lyon cedex 08.
Fabricant: Merck Healthcare KGaA,
Frankfurter Strasse 250 - 64293, Darmstadt, Allemagne.

7808360896

D3

Médicament soumis à une surveillance particulière pendant le traitement.
Médicament soumis à prescription initiale réservée aux spécialistes en cardiologie et
en médecine interne.

دواء خاضع لرقابة خاصة أثناء العلاج

دواء خاضع لوصف أولي خاص للمختصين في أمراض القلب والطب الباطني

Respecter les doses prescrites
يجب التقيد بالجرعات الموصوفة

Liste I - Uniquement sur ordonnance
القائمة 1 - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



CARDIENSIEL + GROSSESSE = DANGER
كاردينسيل + الحمل = خطير

Ne pas utiliser chez:
l'adolescente ou la femme en
âge de procréer et sans
contraception efficace,
la femme enceinte,
sauf en l'absence d'alternative
thérapeutique

لا ينصح لدى:
المرأة المُنِورة أو المُنِورة في سن
الإنجاب بدون انتظام وسائل
منع الحمل الفعالة.
وهي حمل
وغيرها من العلاجات.



6 118001 100873



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

7862160239

PPV: 58,10 DH



CRESTOR®
rosuvastatine

5 mg

30 comprimés pelliculés

Composition en substances actives :
Rosuvastatine 5,00 mg
Sous forme de rosuvastatine calcique
Excipient : QSP un comprimé pour un comprimé pelliculé.
Excipient à effet notoire: Lactose monohydraté

التركيب:
روزوفاستاتين 5.00 ملجم
شكل روزوفاستاتين كلسبي
السواغات: ك لقرص
في كل قرص مغلف
سواغات ذات تأثير معروف: لاكتوز أحادي الإماهة

13



CRESTOR®
rosuvastatine

5 mg

**30 comprimés
pelliculés**

Voie Orale

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH

6 118001 183104

AstraZeneca





CRESTOR®
rosuvastatine

5 mg

30 comprimés pelliculés

Composition en substances actives :
Rosuvastatine 5,00 mg
Sous forme de rosuvastatine calcique
Excipient : QSP un comprimé pour un comprimé pelliculé.
Excipient à effet notoire: Lactose monohydraté

التركيب:
روزوفاستاتين 5.00 ملجم
شكل روزوفاستاتين كلسبي
السواغات: ك لقرص
في كل قرص مغلف
سواغات ذات تأثير معروف: لاكتوز أحادي الإماهة

13



CRESTOR®
rosuvastatine

5 mg

**30 comprimés
pelliculés**

Voie Orale

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH

6 118001 183104

AstraZeneca





CRESTOR®
rosuvastatine

5 mg

30 comprimés pelliculés

Composition en substances actives :
Rosuvastatine 5,00 mg
Sous forme de rosuvastatine calcique
Excipient : QSP un comprimé pour un comprimé pelliculé.
Excipient à effet notoire: Lactose monohydraté

التركيب:
روزوفاستاتين 5.00 ملجم
شكل روزوفاستاتين كلسبي
السواغات: ك لقرص
في كل قرص مغلف
سواغات ذات تأثير معروف: لاكتوز أحادي الإماهة

13



CRESTOR®
rosuvastatine

5 mg

**30 comprimés
pelliculés**

Voie Orale

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH

6 118001 183104

AstraZeneca





CRESTOR®
rosuvastatine

5 mg

30 comprimés pelliculés

Composition en substances actives :
Rosuvastatine 5,00 mg
Sous forme de rosuvastatine calcique
Excipient : QSP un comprimé pour un comprimé pelliculé.
Excipient à effet notoire: Lactose monohydraté

التركيب: 5.00 ملغم
روزوفاستاتين 5.00 ملغم
شكل روزوفاستاتين كلسبي 5.00 ملغم
السواغات: ك لقرص 5.00 ملغم
في كل قرص مغلف 5.00 ملغم
سواغات ذات تأثير معروف: لاكتوز أحادي الإماهة 5.00 ملغم

13



CRESTOR®
rosuvastatine

5 mg

**30 comprimés
pelliculés**

Voie Orale

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH

6 118001 183104

AstraZeneca



Composition

Gliclazide: 60 mg

Excipients (dont lactose) : q.s.p. 1 comprimé sécable

Voie orale

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

التركيز
كليكلازيد : (6) ملجم
السugar (يتضمن سكر) (الجلب) : الكمية الكافية لجنة واحدة قابلة للكسر.
يُنصح عن طريق الجم (الجلب) : الكمية الكافية لجنة واحدة قابلة للكسر.
أو بذلة الشرة الدانعية قبل الاستعمال.

يحفظ بعيداً عن متناول يد الأطفال وعن نظرهم.



Liste 1 - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
60 mg 3 fois par jour, 30 mg 2 fois par jour, 15 mg 3 fois par jour

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES



60 Comprimés sécables à libération modifiée

DIAMICRON® 60 mg

IDEEMCO

06/18/2018



DIAMICRON® 60 mg

60 comprimés

SERVICE MAROC

SERVICE MAROC
Les Laboratoires Servier - France



Route d'Azemmou, 20180 Casablanca
imm. ZEVACO, lot FATH 4

MAROC

يحفظ بعيداً عن متناول يد الأطفال وعن نظرهم.
أولاً بصفة الشرة الداخلية قبل الاستعمال.
يُؤخذ عن طريق الفم
السواح (يُتضمن سكر الحليب) : الكبيرة الكافية لحبة واحدة قابلة للكسر.
كيلوغرام : (٦٠) ملء
الموكب



Composition
Gliclazide: 60 mg
Excipients (dont lactose): q.s.p. 1 comprimé sécable
Voie orale
Lire attentivement la notice avant utilisation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

Liste 1 - UNIOUEMENT SUR ORDONNANCE

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Comprimés sécables à libération modifiée

DIAMICRON® 60 mg

IDEALCO

78120

242600060-02

6 118001 130160



30 confirmés

DAMIGRON® 60 mg

SERVICE MAROC

SERVICE MAROC
Les Laboratoires Servier - France
1mm. ZEVACO, lot FATH 4
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca
Maroc



دیا میکرون ۰۶ ملغ

30 جبهة قابلة للكر
كليكلازيد حبات قابلة للأكل بدون تغير بعدل

liste 1 - UNIFORMEMENT SUR ORDONNANCE

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

30 Gliclazide
Compromis sécables à Libération Modifiée

DAMICRON® 60 mg

44180

242600030-02