

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 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

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


M22- N° 002087

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LECHEHAB Najat
 Date de naissance : 11/12/58
 Adresse : BD CHOUHADAE LOT MIMOUNI NR 13
OUJDA
 Tél. : 0600805056 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 02/05/2023
 Nom et prénom du malade : LECHEHAB Najat Age : 64
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète sucré
 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 M22- N° 002087

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 :

[illegible][illegible][illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacie ou du Fourneau	Date	Montant de la Facture
<p>Dr. Abdelrahim Pharmacie RESERVE RADIA Centre Commercial Radia 187, Bd. Brahim Rouhani 23 72 69 - Fax: 05 22 23 72 56</p>	21/8/23	205,30

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacie ou du Fourneau	Date	Montant de la Facture
<p>Dr. Abdelrahim Pharmacie RESERVE RADIA Centre Commercial Radia 187, Bd. Brahim Rouhani 23 72 69 - Fax: 05 22 23 72 56</p>	21/8/23	205,30

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacie ou du Fourneau	Date	Montant de la Facture
<p>Dr. Abdelrahim Pharmacie RESERVE RADIA Centre Commercial Radia 187, Bd. Brahim Rouhani 23 72 69 - Fax: 05 22 23 72 56</p>	21/8/23	205,30

[illegible][illegible][illegible]

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

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

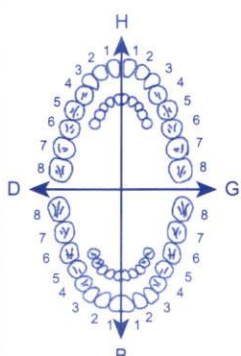
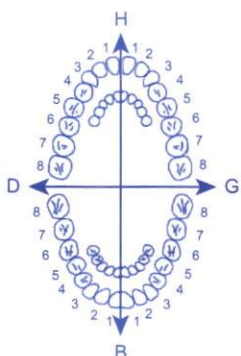
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, 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																	
	<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			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"/>
	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

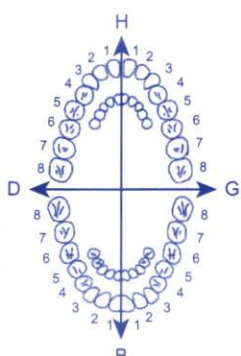
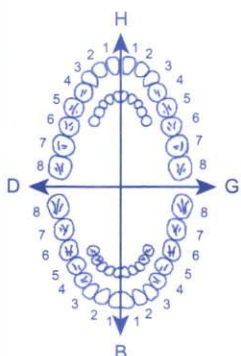
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, 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																	
	<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			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"/>
	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

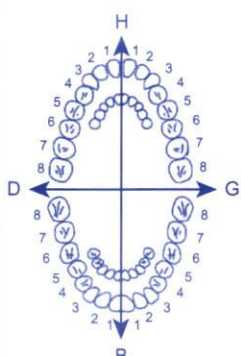
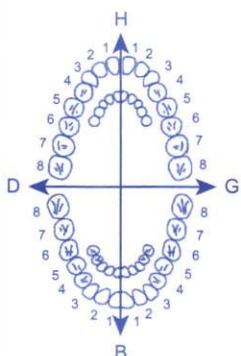
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, 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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			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"/>
	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

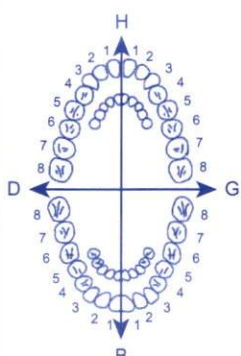
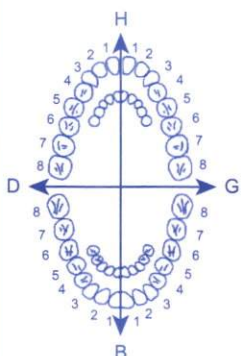
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, 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																	
	<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			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"/>
	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

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"/>		

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"/>		

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"/>		

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"/>		

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"/>		

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"/>		

[illegible]

	O.D.F PROTHESES DENTAIRES																													
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																													
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="4">H</td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr><td colspan="4">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																													
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"/>																														

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS	<input type="text"/>														
	DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>															

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS	<input type="text"/>														
	DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>															

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS	<input type="text"/>														
	DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>															

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS	<input type="text"/>														
	DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>															

VOLET ADHERENT

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

VOLET ADHERENT

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

عيادة أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Cabinet des Maladies du Foie et de l'Appareil Digestif

Docteur Mohammed BOUTALEB

**Spécialiste des maladies du Foie
et de l'Appareil Digestif**

Foie, Estomac, Intestins, Hémorroïdes, Diététique
Endoscopie, Echographie, et Chirurgie anale

Diplômé de la faculté de Médecine, Montpellier, France

Membre de la Société Marocaine des Maladies de l'Appareil Digestif

Membre de la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie

Membre de la Société Française pour l'Etude du Foie

Ex-consultant aux hôpitaux de France

الدكتور محمد بوطالب

**إختصاصي في أمراض الكبد
والجهاز الهضمي**

كبد، معدة، أمعاء، بواسير، حمية
الضخض بالمنظار والتلفاز، جراحة المخرج

خريج كلية الطب بـمـنـبـولي، فرنسا

عضو بالجمعية المغربية لأمراض الجهاز الهضمي

عضو بالجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي

عضو بالجمعية الفرنسية لدراسة الكبد

طبيب إختصاصي سابقاً بمستشفيات فرنسا

Casablanca le, 02/05/2023

Mme LECHEHAB Najat

ALORA 5 MG

1 comprimé le matin (pendant 15 jours)

DOCIVOX cp

1 comprimé, 3 fois par jour à sucer après les repas (pendant 15 jours)

BÉDÉLIX

1 sachet, 3 fois par jour, avant les repas

DETOXNER INTENSE

Le matin au reveil prendre 1 cp et 1 sachet dans un grand verre d'eau (200 ml)
avant le petit déjeuner, le déjeuner et le dîner prendre 1 cp

Durant la journée, boire au minimum un litre et demi d'eau

DETOXNER MAINTENANCE

Après les cinq jours de detoxner intense,

Prendre 1 sachet tous les deux jours dans un grand verre d'eau (200 ml)

Durant la journée, boire au minimum un litre et demi d'eau

Dr. Abderrahim RABBA
Pharmacie RESIDENCE MAÛNI
Centre Commercial Maïni
281, Bd. Brahim Roudani
Tél: 05 22 23 72 69 - Fax: 05 22 23 72 66

Dr. Mohammed BOUTALEB
Spécialiste des Maladies
de l'Appareil Digestif
Tél: 27 00 00 00 / 05 22 23 72 69

314, Rue Mostapha El Maâni, à côté du Café Champs Elysée - 20140 Casablanca

314, زنقة مصطفى المعاني, قرب مقهى شان إليزي - 20140 البيضاء

INPE : 091038539

ICE : 001922406000029

CNSS : 6156617

Tél : 08 08 54 54 82 / 0522 27 00 54

E-Mail : boutalebmed@gmail.com

bedelix®

Montmorillonite beidellitique

3 g



Poudre pour suspension buvable en sachet

30 sachets

 **IPSEN**

LOT : 22E029
PER: 10 2027

BEDELIX 3G
SACHETS B30

P.P.V : 570H70



DociVox®

comprimé à sucer

AUX EXTRAITS DE PROPOLIS ET DE PLANTES

(Eucalyptus - Propolis - Echinacea - Gingembre)

**Maux de gorge
Enrouements passagers**

x 20

Goût menthe - miel - citron

Apaise et dégage les voies respiratoires
Adoucit la gorge irritée en cas de toux
Renforce les défenses naturelles

LOT : 230083
DLUO: 01/2026
69,00DH

Deva

Laboratoires Pharmaceutique
LOUAJDI Pharmacien Responsable

DociVox®

x 20

comprimé à sucer

AUX EXTRAITS DE PROPOLIS ET DE PLANTES

(Eucalyptus - Propolis - Echinacea - Gingembre)

**Maux de gorge
Enrouements passagers**

Goût menthe - miel - citron

Code : AC2 - 00142

Chaque comprimé contient 5 mg de desloratadine.
Avaler le comprimé en entier avec de l'eau.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.
A conserver dans l'emballage d'origine.
Lire la notice avant de prendre le médicament.

Respecter les doses prescrites

Liste II - sur Ordonnance

30 قرص ملبس
عن طريق الفم

ألورا 5 ملغ

ديسلوراتادين

مرة واحدة يوميا

طويل المفعول

لا يسبب النعاس

مضاد للحساسية

ALORA 5 mg ○
30 Comprimés
Deva Pharmaceutique

LOT: M1006
PER: 03/2025
PPV: 78,60DH

6 118000 410096

Deva

مختبرات ديفا للصيدلة

ج. وأجدي صيدلي مسؤول

146-147 المنطقة الصناعية بيطميل - الدار البيضاء