

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.



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

Déclaration de Maladie

M23-003141

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1792 Société : RAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL BAROUDI Anissa
Date de naissance : 1956
Adresse : DIYAN EL HOUSA N° 2 R° AZEMOUR CAD
Tél. : 06 03 16 09 29 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 29/03/2023
Nom et prénom du malade : EL BAROUDI Anissa Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Répétition d'infarctus
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 : Cas Le : 01 / 04 / 23
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal B
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 -

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 Règlement des Actes
28/03/2013	G		gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

29/03/2013 1680,00

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

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

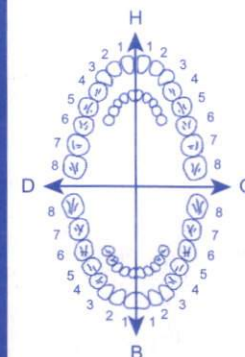
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

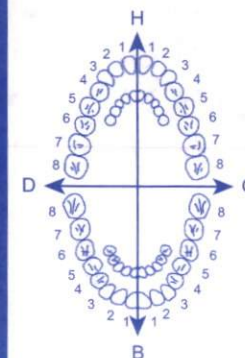
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr Hind EL FILALI ADIB

Cardiologue

Cardiologie Interventionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort-Echographie cardiaque
Readaptation cardiaque

الدكتورة هند الفيلالي أديب

أخصائية في أمراض القلب و الشرايين

أخصائية في قسطة أمراض القلب و الشرايين

خريجة كلية الطب ببوردو

فحص القلب بالصدى - إختبار الجهد

إعادة التأهيل القلبي

29 mars 2023

EL BAROUDI ANISSA

COVEPRAN 300 /25mg 1 comprimé par jour, pendant 3 Mois__ LE MATIN

AMEP 10mg Comprimé 1 comprimé par jour, pendant 3 Mois__ LE MATIN

CIVASTINE 20 mg Comprimé pelliculé 1comprimé par jour, pendant 3 Mois__ LE SOIR

CARDIOASPIRINE 100mg , Comprimé 1 comprimé par jour, pendant 3 Mois__ LE MIDI

STILNOX 10 MG 2 comprimés par jour, pendant 3 Mois__ LE SOIR AU COUCHER

ADDITIVA MULTIVITAMINES 1comprimé par jour, pendant 3 Mois__ LE MATIN

RHUMIX 1sachet x 3/ jour , pendant 6 JOURS__ 3 BOITES

POLERY SIROP ADULTES 1 cuillère à soupe matin et 1 midi et 1 soir , pendant 1 Mois__ 3
FLACONS

DOLIPRANE 1 g Comprimé effervescent sécable 1compriméx3/j__ 3 BOITES

VITAMINE C 1000
1cp par jour 2 BOITES

FUCIDINE 15G POMMADE
1 application soir pendant 10 jours, pendant 10. 1 TUBE

كيس
10 ملغ

تارتيرات زوليبيدم

20 قرصا مغلفا قابلا لكسر
عن طريق الفم

Stilnox 10mg

احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste
بصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

0

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



LOT : 22E005
PER.: 08 2026

كيس
10 ملغ

تارتيرات زوليبيدم

20 قرصا مغلفا قابلا لكسر
عن طريق الفم

Stilnox 10mg

احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste
بصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

0

STILNOX 10MG
CP PEL SEC 820

P.P.V : 56DH60



LOT : 22E005
PER.: 08 2026

كيس
10 ملغ

تارتيرات زوليبيدم

20 قرصا مغلفا قابلا لكسر
عن طريق الفم

Stilnox 10mg

احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste
بصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

0
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60
1180001061465

LOT : 22E005
PER.: 08 2026

كيس
10 ملغ

تارتيرات زوليبيدم

20 قرصا مغلفا قابلا لكسر
عن طريق الفم

Stilnox 10mg

احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste
بصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

0

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



LOT : 22E005
PER.: 08 2026

كيس
10 ملغ

تارتيرات زوليبيدم

20 قرصا مغلفا قابلا لكسر
عن طريق الفم

Stilnox 10mg

احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste
بصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

0

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



LOT : 22E005
PER.: 08 2026

كيس
10 ملغ

تارتيرات زوليبيدم

20 قرصا مغلفا قابلا لكسر
عن طريق الفم

Stilnox 10mg

احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste
بصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

0

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



LOT : 22E005
PER.: 08 2026

كيس
10 ملغ

تارتيرات زوليبيدم

20 قرصا مغلفا قابلا لكسر
عن طريق الفم

Stilnox 10mg

احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste
بصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

0

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



LOT : 22E005
PER.: 08 2026

كيس
10 ملغ

تارتيرات زوليبيدم

20 قرصا مغلفا قابلا لكسر
عن طريق الفم

Stilnox 10mg

احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste
بصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

0

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



LOT : 22E005
PER.: 08 2026

كيس
10 ملغ

تارتيرات زوليبيدم

20 قرصا مغلفا قابلا لكسر
عن طريق الفم

Stilnox 10mg

احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste
بصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

0

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



LOT : 22E005
PER.: 08 2026

COOPER PHARMA[®]
LOT : 211191
PER : 06 - 2024
PPV : 75,20 DH

10 ملغ
عن طريق الفم

أطوبين

28 x



قرصا

مدة ١٤ صباح ٠٨ زوال ٠٨ مساء

6 118000 081784



AMEP[®] 10mg

28 comprimés



COOPER
PHAR

COOPER PHARMA[®]
LOT : 211191
PER : 06 - 2024
PPV : 75,20 DH

10 ملغ
عن طريق الفم

أطوبين

28 x



قرصا

مدة ١٤ صباح ٠٨ زوال ٠٨ مساء

6 118000 081784



AMEP[®] 10mg

28 comprimés



COOPER
PHAR

COOPER PHARMA

LOT : 211191

PER : 06 - 2024

PPV : 75,20 DH

10 ملغ
عن طريق الفم

أطوبين

28 x



قرصا

مدة ١٤ صباح ٠٨ زوال ٠٩ مساء

AMEP® 10mg

28 comprimés

6 118000 081784



COOPER
PHAR

COOPER PHARMA

LOT : 211191

PER : 06 - 2024

PPV : 75,20 DH

10 ملغ
عن طريق الفم

أطوبين

28 x



قرصا

مدة ١٤ صباح ٠٨ زوال ٠٩ مساء

AMEP® 10mg

28 comprimés

6 118000 081784



COOPER
PHAR

كو-فشيپيران

إيربيزارتان / هيدروكلوروتيازيد

153,60



300 ملغ / 25 ملغ

28 قرصا مغلفا

عن طريق الفم



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المدّة	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صباح	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	منتصف	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	النهار	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مساء	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قبل	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بعد	<input type="checkbox"/>

Co-Vepran® 300 mg/25 mg

28 Comprimés pelliculés

Sothema



6 118000 022855

سوطيما
sothema

كو-فشيپيران

إيربيزارتان / هيدروكلوروتيازيد

153,60



300 ملغ / 25 ملغ

28 قرصا مغلفا

عن طريق الفم



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المدة	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صباح	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	منتصف	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	النهار	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مساء	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قبل	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بعد	<input type="checkbox"/>

Co-Vepran® 300 mg/25 mg

28 Comprimés pelliculés

Sothema



6 118000 022855

سوطيما
sothema

كو-فشيپيران

إيربيزارتان / هيدروكلوروتيازيد

153,60



300 ملغ / 25 ملغ

28 قرصا مغلفا

عن طريق الفم



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المدة	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صباح	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	منتصف	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	النهار	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مساء	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قبل	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بعد	<input type="checkbox"/>

Co-Vepran® 300 mg/25 mg

28 Comprimés pelliculés

Sothema



6 118000 022855

سوطيما
sothema

كو-فشيپيران

إيربيزارتان / هيدروكلوروتيازيد

153,60



300 ملغ / 25 ملغ

28 قرصا مغلفا

عن طريق الفم



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المدة	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صباح	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	منتصف	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	النهار	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مساء	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قبل	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بعد	<input type="checkbox"/>

Co-Vepran® 300 mg/25 mg

28 Comprimés pelliculés

Sothema



6 118000 022855

سوطيما
sothema

٨٢، معز الكازياريتاس - مين السوج - الدار البيضاء
من البشوش - سيدلي مسؤول

الأوجاع والحمى

الكبار والأطفال

Doliprane 500 mg ○
PARACETAMOL

16 comprimés effervescents



Conserver le tube bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité

NE LAISSER NI A LA PORTEE, NI A LA VUE DES ENFANTS.

AMM N°: 746/15DMP/21/NRQ

Doliprane 500 mg ○
PARACETAMOL

16 comprimés effervescents



Conserver le tube bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité

NE LAISSER NI A LA PORTEE, NI A LA VUE DES ENFANTS.

AMM N°746/15 DMP/21/NRQ

Doliprane 500 mg ○
PARACETAMOL

16 comprimés effervescents



Conserver le tube bien fermé à l'abri de la lumière et de l'humidité

NE LAISSER NI A LA PORTEE, NI A LA VUE DES ENFANTS.

AMM N°: 746/15DMP/21/NRQ

b **bottu s.a.**
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

مخصص للبالغ والمطل ما فوق 15 سنة.
الجرعات - دواعي الإستعمال - موانع الإستعمال - كيفية الإستعمال -
أخطار الشرط

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 15 ANS.
POSOLOGIE - INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS -
MODE D'EMPLOI : Voir notice

يحفظ الأنبوب مغلقاً بمعزل عن الحرارة والرطوبة.
Tube à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et
de l'humidité.

يحفظ بعيداً عن متناول ومراى الأطفال.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Vita C1000®
10 Comprimés effervescent



6 118000 032069

AMM N° 03 DMP/21

11-166-10

فيتا سي 1000®
(فيتامين سي)
10 أقراص فائرة



Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 11/2024
LOT 1903548

مخصص للبالغ والمطل ما فوق 15 سنة.
الجرعات - دواعي الإستعمال - موانع الإستعمال - كيفية الإستعمال -
أخطار الشرط

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 15 ANS.
POSOLOGIE - INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS -
MODE D'EMPLOI : Voir notice

يحفظ الأنبوب مغلقاً بمعزل عن الحرارة والرطوبة.
Tube à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et
de l'humidité.

يحفظ بعيداً عن متناول ومراى الأطفال.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Vita C1000®
10 Comprimés effervescent



6 118000 032069

AMM N° 03 DMP/21

11-166-10

فيتا سي 1000®
(فيتامين سي)
10 أقراص فائرة



Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 11/2024
LOT 1903548

LEO

Fabriqué par POLYMÉDIC sous licence LEO Pharma
Rue Amyot d'Inville, Quartier Arsalane
Casablanca - Maroc
Dr. T. BELABDA - Pharmacien Responsable
AMM N°42 DMP/21/CCI



pommade Tube de 15 g
Fucidine® 2%

39,170

Fucidine® 2% pommade

Fusidate de sodium

Tube de 15 g

فوسيدين® 2% مرهم
فوسيدات الصوديوم
أنبوب من 15 غ

Composition

Fusidate de sodium
Excipients à effet notoire : alcool cétylique et lanoline
(contient du butylhydroxytoluène).
Autres excipients : vaseline officinale (contient du
tout-rac-alpha-tocophérol), paraffine liquide (contient
du tout-rac-alpha-tocophérol).

Centésimale	Par tube
2 g	300 mg
100 g	15 g

Voie cutanée
Ne pas laisser à la portée des enfants
Lire attentivement la notice avant emploi

التركيبية	المنوية	للأنبوب
فوسيدات الصوديوم (الصواعات ذات تأثير مطويع كحول سييلي، لانولين (تحتوي على بنتانودروكسي تولوين) الصواعات الأخرى: (تحتوي على جميع راء-ألفا-توكوفيرول) بارافين سائل (تحتوي على جميع راء-ألفا-توكوفيرول) بكمية كافية ل	2 غ	300 ملغ
	100 غ	15 غ

عبر الجلد
لا يترك بمقابل الأطفال
ينبغي قراءة النشرة بعناية قبل الاستعمال

Fucidine® 2% pommade

Tube de 15 g



6 118000 120575

Ne pas avaler - Respecter les doses prescrites.
عدم البلع - احترام الجرعات الموصوفة

Pas de précautions particulières de conservation.

Liste I

Uniquement sur ordonnance médicale

بناء على وصفة طبية فقط

SIROP

POLERY

ADULTES

NOUVELLE FORMULE

FORMULE :

Codéine base	0,064 g
Extrait fluide d'Erysimum	2,400 g
Excipient q.s.p	100 g de sirop

Excipients à effet notoire: saccharose, alcool, nipagine.

Flacon de 200 ml

POLERY ADULTES



Sirop - 200 ml



6 118000 140399

SIROP

POLERY

ADULTES

NOUVELLE FORMULE

FORMULE :

Codéine base	0,064 g
Extrait fluide d'Erysimum	2,400 g
Excipient q.s.p	100 g de sirop

Excipients à effet notoire: saccharose, alcool, nipagine.

Flacon de 200 ml

POLERY ADULTES 

Sirop - 200 ml



SIROP

POLERY

ADULTES

NOUVELLE FORMULE

FORMULE :

Codéine base	0,064 g
Extrait fluide d'Erysimum	2,400 g
Excipient q.s.p	100 g de sirop

Excipients à effet notoire: saccharose, alcool, nipagine.

Flacon de 200 ml

POLERY ADULTES



Sirop - 200 ml



6 118000 140399

Indications :

Grippe, rhume, fièvre, coryza, courbatures, refroidissements.

Lire notice intérieure.

Posologie :

Selon prescription du médecin.

En général, 1 à 3 sachets maximum par jour.

Mode d'emploi :

Diluer le contenu du sachet dans un verre d'eau,
bien mélanger et boire immédiatement.

Rhumix®

Boîte de 10 sachets



P.P.V. : 22,00 DH



6 118000 191032

Indications :

Grippe, rhume, fièvre, coryza, courbatures, refroidissements.

Lire notice intérieure.

Posologie :

Selon prescription du médecin.

En général, 1 à 3 sachets maximum par jour.

Mode d'emploi :

Diluer le contenu du sachet dans un verre d'eau,
bien mélanger et boire immédiatement.

Rhumix®

Boîte de 10 sachets



P.P.V. : 22,00 DH



6 118000 191032

Indications :

Grippe, rhume, fièvre, coryza, courbatures, refroidissements.

Lire notice intérieure.

Posologie :

Selon prescription du médecin.

En général, 1 à 3 sachets maximum par jour.

Mode d'emploi :

Diluer le contenu du sachet dans un verre d'eau,
bien mélanger et boire immédiatement.

Rhumix®

Boîte de 10 sachets



P.P.V. : 22,00 DH



6 118000 191032