

# 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



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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0059382

163318

☒ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8343

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAMANI

Nommé(e)

Date de naissance :

Adresse : habituelle

Tél. : 066183641

Total des frais engagés : 91,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Farid TADLA**  
Médecine Générale  
Nutrition - Diététique - Obésité  
221, Bd Zerktouni - Casablanca  
Tél: 0522 94 13 49 / 0661 32 99 66

Date de consultation : 22/04/2023

Nom et prénom du malade : Mlle OUAH Fatiha

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Neuropathies

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 : Casablanca

Le : 22/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
20/4/2023		1	2200	

Dr Farid TADLAOUI  
Médecine Générale  
Nutrition - Diététique - Obésité  
22 Bd Zerkouni - Casablanca  
Tél: 0522 94 13 39 / 0661 32 99 66

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

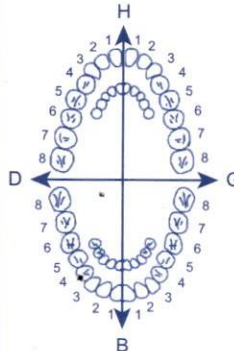
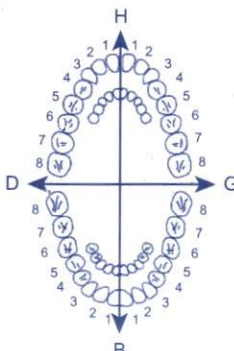
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	B		D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	B													
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	(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"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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.

Diologie 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.

Prothèse :

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

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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8343      Société : RAM

☐ Actif      ☒ Pensionné(e)      ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAMANI Mohammed

Date de naissance :

Adresse : habituelle

Tél : 0661183641      Total des frais engagés :      Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. Farid TADLAOUI**  
Médecine Générale  
Nutrition - Diététique - Obésité  
221, Bd Zerkouni - Casablanca  
Tel: 0522 94 13 89 / 0661 32 99 66

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Mrs OUAHI Fatima      Age:     

Lien de parenté : ☐ Lui-même      ☒ Conjoint      ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 : Casablanca      Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

**VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie **N° M21-059382**

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

Matricule : 8343

Nom de l'adhérent(e) : ZAMANI



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14/10/2023	1	20015	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BIENVENUE 75 202 154 1 43, avenue du Maine 75014 Paris	22 AVR. 2023 22/04/23	97,24€

# 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	

VOLET ADHERENT

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

# 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													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
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
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Docteur Farid TADLAOUI**

Médecine Générale - Echographie

Nutrition - Diététique - Obésité

Diplômé de l'Université Pierre et Marie Curie Paris VI

الدكتور فريد التلاوي

الطب العام

الحمية النظامية

Le mardi 20/4/2023  
Casablanca le : .....

Neurontin 300 (3 Boles)  
1 cp ✓

Topal 10 (12 Boles)  
1 Boles ✓

**Dr. Farid TADLAOUI**  
Médecine Générale  
Nutrition - Diététique - Obésité  
221, Bd Zerkouni - Casablanca  
Tél: 0522 94 13 39 / 0661 32 99 66

221 شارع الزرقطوني - الهاتف : 05 22 94 13 39 - الهاتف المحمول : 06 61 32 99 66

221 BOULEVARD ZERKTOUNI - CASABLANCA - Tél: 05 22 94 13 39 - GSM : 06 61 32 99 66



PHARMACIE MONTPARNASSE BIENVENUE  
MONTPARNASSE BIENVENUE  
43 AV DU MAINE  
75014 PARIS  
FRANCE  
Tel: 0143209509  
N° SIRET: 40255478600010  
Code NAF: 4773Z - FR14402554786

Page 1 / 1

**FACTURE**

N°6041/914045

Du 22/04/2023

Date de l'échéance 23/04/2023

ZAMANI Fatima  
MAROC CASABLANCA

Prescripteur : TADLAOUI Farid  
N° AM : 751999996  
Opérateur: - G

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
TRAMADOL SAND LP 100MG CPR 30 3400938398618 N° Ordonnancier : 1038026 N° Lots : 222841 222841 222841 222841 222519	PH7	0	5	4,809	2,10%	24,05
Honor. dispens. HD7	HD7	0	5	0,999	2,10%	5,00
NEURONTIN 300MG GEL B/90 3400933790172 N° Ordonnancier : 1038027 N° Lots : GJ2769 GJ2769 GJ2769	PH7	0	3	17,777	2,10%	53,33
Honor. dispens. HD7	HD7	0	3	0,999	2,10%	3,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50
Honor. dispens. HDE	HDE	0	1	3,500	2,10%	3,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
89,36	2,1% (4)	1,88	91,24
<b>Total HT</b>		<b>Total TVA</b>	<b>Total TTC</b>
89,36		1,88	91,24

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	91,24

Mode(s) de règlement	
Règlements multiples (CB, Remise)	91,24

Reste dû	0,00
----------	------

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

(u) indique les quantités unitaires

(\*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

(NF525) 124//1/FACTURATION/FACTURE/IZRQ/N/UEQc/N/cIMY/2.14.1.3.R18-157/O/B525/0370-1/538074



# NEURONTIN®

## 300 mg

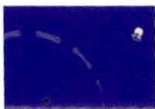
### gélule

### Gabapentine

Boîte de 90 gélules

Voie orale.

Excipients à effet notoire : lactose.



PC: 03400933790172

EXP: 02/2025  
Lot: GJ2769  
SN: 331P49R37W



# NEURONTIN®

## 300 mg

### gélule

### Gabapentine

Voie orale

Boîte de 90 gélules





# NEURONTIN®

## 300 mg

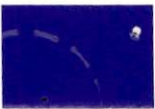
### gélule

## Gabapentine

Boîte de 90 gélules

Voie orale.

Excipients à effet notoire : lactose.



PC: 03400933790172

EXP: 02/2025  
Lot: GJ2769  
SN: 331P49R37W



# NEURONTIN®

## 300 mg

### gélule

## Gabapentine

Voie orale

Boîte de 90 gélules





# Tramadol Sandoz®

## L.P. 100 mg

Chlorhydrate de tramadol



**30** comprimés pelliculés  
à libération prolongée

Voie orale



Réservé à l'adulte  
et à l'enfant de  
plus de 12 ans

**SANDOZ** A Novartis  
Division

ETU-SDZ-739-E

# Tramadol Sandoz® L.P. 100 mg

Chlorhydrate de tramadol

**30** comprimés pelliculés à libération prolongée

**SANDOZ** A Novartis  
Division





SN  
Lot  
EXP

10557088337217  
222841  
04 2025

PC : 03400938398618

## COMPOSITION EN SUBSTANCES ACTIVES :

Chlorhydrate de tramadol ..... 100 mg

Pour un comprimé pelliculé à libération prolongée.

## INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS, POSOLOGIE, PRÉCAUTIONS D'EMPLOI ET MISES EN GARDE SPÉCIALES :

Comprimé à avaler en entier.

Lire la notice avant utilisation.

## TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.

Médicament autorisé n°34009 383 986 1 8

Titulaire/Exploitant : **Sandoz**

49, avenue Georges Pompidou  
92300 Levallois-Perret

Ce médicament générique remplace :

qui vous a été prescrit par votre médecin.



**Soyez très prudent**  
Ne pas conduire sans l'avis  
d'un professionnel de santé

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
**Liste I – UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE**  
**Prescription limitée à 12 semaines.**



**CE MÉDICAMENT  
+ GROSSESSE = DANGER**

**Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique.**



# Tramadol Sandoz®

## L.P. 100 mg

Chlorhydrate de tramadol



**30** comprimés pelliculés  
à libération prolongée

Voie orale



Réservé à l'adulte  
et à l'enfant de  
plus de 12 ans

**SANDOZ** A Novartis  
Division

# Tramadol Sandoz® L.P. 100 mg

Chlorhydrate de tramadol

**30** comprimés pelliculés à libération prolongée

**SANDOZ** A Novartis  
Division

ETU-SDZ-739-E





SN  
Lot  
EXP

10557088337217  
222841  
04 2025

PC : 03400938398618

## COMPOSITION EN SUBSTANCES ACTIVES :

Chlorhydrate de tramadol ..... 100 mg

Pour un comprimé pelliculé à libération prolongée.

## INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS, POSOLOGIE, PRÉCAUTIONS D'EMPLOI ET MISES EN GARDE SPÉCIALES :

Comprimé à avaler en entier.

Lire la notice avant utilisation.

## TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.

Médicament autorisé n°34009 383 986 1 8

Titulaire/Exploitant : **Sandoz**

49, avenue Georges Pompidou  
92300 Levallois-Perret

Ce médicament générique remplace :

qui vous a été prescrit par votre médecin.



**Soyez très prudent**  
Ne pas conduire sans l'avis  
d'un professionnel de santé

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
**Liste I – UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE**  
**Prescription limitée à 12 semaines.**



**CE MÉDICAMENT  
+ GROSSESSE = DANGER**

**Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique.**



# Tramadol Sandoz®

## L.P. 100 mg

Chlorhydrate de tramadol



**30** comprimés pelliculés  
à libération prolongée

Voie orale



Réservé à l'adulte  
et à l'enfant de  
plus de 12 ans

**SANDOZ** A Novartis  
Division

# Tramadol Sandoz® L.P. 100 mg

Chlorhydrate de tramadol

**30** comprimés pelliculés à libération prolongée

**SANDOZ** A Novartis  
Division

ETU-SDZ-739-E





SN  
Lot  
EXP

10557088337217  
222841  
04 2025

PC : 03400938398618

## COMPOSITION EN SUBSTANCES ACTIVES :

Chlorhydrate de tramadol ..... 100 mg

Pour un comprimé pelliculé à libération prolongée.

## INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS, POSOLOGIE, PRÉCAUTIONS D'EMPLOI ET MISES EN GARDE SPÉCIALES :

Comprimé à avaler en entier.

Lire la notice avant utilisation.

## TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.

Médicament autorisé n°34009 383 986 1 8

Titulaire/Exploitant : **Sandoz**

49, avenue Georges Pompidou  
92300 Levallois-Perret

Ce médicament générique remplace :

qui vous a été prescrit par votre médecin.



**Soyez très prudent**  
Ne pas conduire sans l'avis  
d'un professionnel de santé

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
**Liste I – UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE**  
**Prescription limitée à 12 semaines.**



**CE MÉDICAMENT  
+ GROSSESSE = DANGER**

**Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique.**



# Tramadol Sandoz®

## L.P. 100 mg

*Chlorhydrate de tramadol*



**30** comprimés pelliculés  
à libération prolongée

Voie orale



Réservé à l'adulte  
et à l'enfant de  
plus de 12 ans

**SANDOZ** A Novartis  
Division

ETU-SDZ-739-E

# Tramadol Sandoz® L.P. 100 mg

*Chlorhydrate de tramadol*

**30** comprimés pelliculés à libération prolongée

**SANDOZ** A Novartis  
Division





SN  
Lot  
EXP

10557088337217  
222841  
04 2025

PC : 03400938398618

## COMPOSITION EN SUBSTANCES ACTIVES :

Chlorhydrate de tramadol ..... 100 mg

Pour un comprimé pelliculé à libération prolongée.

## INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS, POSOLOGIE, PRÉCAUTIONS D'EMPLOI ET MISES EN GARDE SPÉCIALES :

Comprimé à avaler en entier.

Lire la notice avant utilisation.

## TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.

Médicament autorisé n°34009 383 986 1 8

Titulaire/Exploitant : **Sandoz**

49, avenue Georges Pompidou  
92300 Levallois-Perret

Ce médicament générique remplace :

qui vous a été prescrit par votre médecin.



**Soyez très prudent**  
Ne pas conduire sans l'avis  
d'un professionnel de santé

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
**Liste I – UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE**  
**Prescription limitée à 12 semaines.**



**CE MÉDICAMENT  
+ GROSSESSE = DANGER**

**Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique.**



# Tramadol Sandoz®

## L.P. 100 mg

Chlorhydrate de tramadol



**30** comprimés pelliculés  
à libération prolongée

Voie orale



Réservé à l'adulte  
et à l'enfant de  
plus de 12 ans

**SANDOZ** A Novartis  
Division

ETU-SDZ-739-E

# Tramadol Sandoz® L.P. 100 mg

Chlorhydrate de tramadol

**30** comprimés pelliculés à libération prolongée

**SANDOZ** A Novartis  
Division





SN  
Lot  
EXP

10557088337217  
222841  
04 2025

PC : 03400938398618

## COMPOSITION EN SUBSTANCES ACTIVES :

Chlorhydrate de tramadol ..... 100 mg

Pour un comprimé pelliculé à libération prolongée.

## INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS, POSOLOGIE, PRÉCAUTIONS D'EMPLOI ET MISES EN GARDE SPÉCIALES :

Comprimé à avaler en entier.

Lire la notice avant utilisation.

## TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.

Médicament autorisé n°34009 383 986 1 8

Titulaire/Exploitant : **Sandoz**

49, avenue Georges Pompidou  
92300 Levallois-Perret

Ce médicament générique remplace :

qui vous a été prescrit par votre médecin.



**Soyez très prudent**  
Ne pas conduire sans l'avis  
d'un professionnel de santé

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
**Liste I – UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE**  
**Prescription limitée à 12 semaines.**



**CE MÉDICAMENT  
+ GROSSESSE = DANGER**

**Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique.**