

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-723663

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11686	Société : Royal Air Maroc		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KHOUCHE BRAHIM			
Date de naissance : 16/05/1970			
Adresse : Lomé TOGO			
Tél. : +228 96 00 28 28	Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin DR EHON Atta Eden Médecin Généraliste Tél: 22 21 11 37 / 96 37 25 52 CLINIQUE BIASA Date de consultation : 15/04/2023 Nom et prénom du malade : KHOUCHE Ahmed Reda Age: Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : syndrome infectieux En cas d'accident préciser les causes et circonstances <small>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.</small>
--	---

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 : **homme** **Le 15/04/2023**
Signature de l'adhérent(e) : **KHOUCHE Ahmed Reda**



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PAYE PHARMACIE HORIZON	10/04/23	10695F ✓

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	15/04/23	NES, CRP GE	CLINIQUE LA BATAILLE 25425 FCF CAISSE Merci ✓

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
DYANOUSSI - PALANGA Am Pédiatre CLINIQUE BIASA Tél: (+228) 22 21 11 37	12-14-023				CLINIQUE PEDIATRE CAISSE

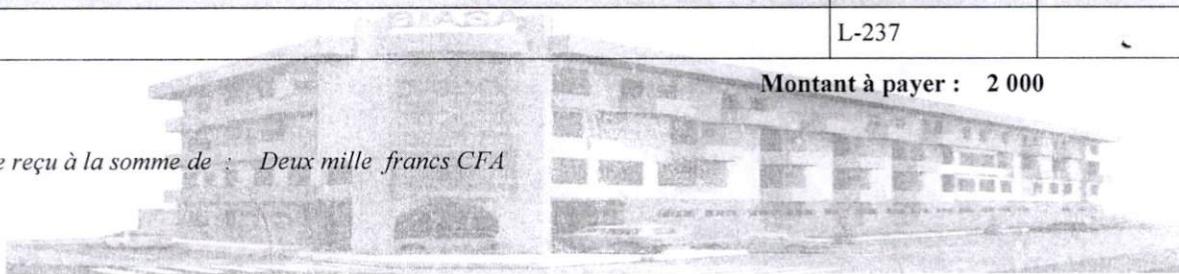


Nous prenons soin de la Vie

<i>Reçu N° : 023/1534</i>		<i>Code opérateur : 10016663</i>	
Patient(e)	KHOUCH Ahmed Reda		PID : 10131866
Acte	Code	Montant(FCFA)	
TDR	L-237		2 000

Montant à payer : 2 000

Arrêté ce reçu à la somme de : Deux mille francs CFA



Fait à Lomé, le 10 Avril 2023

Signature

30, Rue Pasteur BAETA - BP. 2160 ? Tél. +228 22 21 11 37 - +228 22 21 11 60 - Fax : +228 22 22 11 60 / LOME ? TOGO

Email: biasa@cliniquebiasa.org / clinicbiasa@yahoo.fr

www.cliniquebiasa.org



Nous prenons soin de la Vie

Reçu N° : 023/1533		Code opérateur : 10016663	
Patient(e)	KHOUCH Ahmed Reda		PID : 10131866
Acte	Code	Montant(FCFA)	
ANALYSE	L1		21 725

Montant à payer : 21 725

Arrêté ce reçu à la somme de : Vingt un mille sept cent vingt cinq francs CFA



Fait à Lomé, le 10 Avril 2023

Signature



30, Rue Pasteur BAETA - BP. 2160 ? Tél. +228 22 21 11 37 - +228 22 21 11 60 - Fax : +228 22 22 11 60 / LOME ? TOGO

Email: biasa@cliniquebiasa.org / clinicbiasa@yahoo.fr

www.cliniquebiasa.org



Nous prenons soin de la Vie

Reçu N° : 023/1532		Code opérateur : 10016663	
Patient(e)	KHOUCH Ahmed Reda	PID : 10131866	
Acte		Code	Montant(FCFA)
CONSULTATION JOUR FERIE		C6	10 500

Montant à payer : 10 500

Arrêté ce reçu à la somme de : Dix mille cinq cents francs CFA



Fait à Lomé, le 10 Avril 2023

Signature



30, Rue Pasteur BAETA - BP. 2160 ? Tél. +228 22 21 11 37 - +228 22 21 11 60 - Fax : +228 22 22 11 60 / LOME ? TOGO

Email: biasa@cliniquebiasa.org / clinicbiasa@yahoo.fr

www.cliniquebiasa.org

LBM	BULLETIN DE PRESCRIPTION D'ANALYSE	Référence : ENR039 PR3.1 Version : 05 Date : 10/04/2019 Page : 1 sur 1
------------	---	---

Informations prescripteur

Nom : Dr EHON Ata Edem
 Adresse / contact : *Médecin Généraliste*
 Signature : *DR EHON Ata Edem* T 377 96 37 25 52
 CLINIQUE BIASA

Date: 10 / 04 / 2023

Titre :

Urgence : Oui Non Informations patient

Numéro dossier :

Nom : KHOUCH Nom de jeune fille :

Prénoms : Ahmed Reda Contact :

Sexe : Masculin Féminin Hospitalisé : Oui Non

Date de naissance : 24/08/2010

Renseignements cliniques : Bilan infectieux

Traitement en cours :

Analyses demandéesSANG

1	NFS	21725	URINES
2	CRP	9	1
3	GEGM	10	2
4		11	
5		12	1
6		13	2
7		14	3

Demande d'historique des résultats

Paramètres concernés : Du Au

Accord client pour une éventuelle sous-traitance ou informations complémentaires ajoutéesOui Non

Signature :

Revue de contrat réalisée par : Signature :

Informations prélèvement

Préleveur (Nom et Prénoms) : EGAH

Prélèvement réalisé par le patient lui-même Type de prélèvement : Sanguin Urinaire PL Autres: *hémolyse*Site anatomique : Pli du coude Avant-bras Dos de la main Autres :

Date de prélèvement : 10/04/23 Heure: 14H15

Transport réalisé par : EGAH Heure 14H15 Signature Informations laboratoires

Date de réception du prélèvement : 10/04/23 Heure de réception : 14H19

Prélèvement réceptionné par (Nom et prénoms) : ARIANKA IDE

Conformité: Oui Non Commentaires:

**Compte rendu
d'analyses**
**CLINIQUE BIASA
LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE**
 ARRETE N° 0121/08/MS/CAB/DGS/DPLET du 30/06/2008

Service	Prescripteur EHON ATA EDEM	Titre	Docteur	Contact
N° dossier LBM	92 950	Date de naissance	24/06/2010	
Code barres		Age	12 an(s) 09 mois 17 jour(s)	
N° dossier clinique	KHOUCH Ahmed Reda	Sexe	M	
Nom et prénom(s)		Hospitalisé	<input type="checkbox"/>	
Epouse		Contact		
Homonymie	1			
Renseignements cliniques				
Non mentionnés		Traitement		
		Non mentionné		

Catégorie d'analyse **HEMATO-CYTOLOGIE** Validation technique DJEGNO Kodjovi
 Classe d'analyse **NUMERATION FORMULE SANGUINE (NFS)**

Date demande 10/04/2023 Date prélèvement 10/04/2023 Heure prélèvement 14:10 Heure réception 14:19 Date examen 10/04/2023
 Technique Mesure d'impédance Appareil SYSMEX XN Date résultat 10/04/2023

Heure	Paramètre	Rés. ST	Réf H ST	S.T.	Rés. SI	Réf H SI	Inc.	S.I.	Antér.	Dte ant.
14:23	NUMERATION ET CONSTANTES GLOBULAIRES									
14:23	Leucocytes	10,00	4 - 10	10p3/mm3	10,00	4 - 10			G/L	
14:23	Hématies	4,80	4,5 - 5,5	10p6/mm3	4,80	4,5 - 5,5			T/L	
14:23	Hémoglobine	14,00	13-17	g/dL	9,00	8,0 - 10,6			mmol/	
14:23	Hématocrite <	39,20	40-54	%	0,39	0,40 - 0,54			L/L	
14:23	VGM <	81,20	82 - 98	μ 3	81,20	82 - 98			fL	
14:23	TCMH	29,00	27-32	pg	2,00	1,7 - 2,0			fmoL	
14:23	CCMH	35,70	32-37	g/dL	2,00	2,0 - 2,3			mmol/	
14:23	ASPECTS MORPHOLOGIQUES									
14:23	Morphologie des hématies	0,00			0,00					
14:23	NUMERATION DES PLAQUETTES									
14:23	Plaquettes	240,00	150 - 500	10p3/mm3	240,00	150 - 500			G/L	
14:23	FORMULE ET NUMERATION LEUCOCYTAIRES									
14:23	P. Neutrophiles	90,10		%	90,10				%	
14:23	Num. Neutrophiles >	9,00	2,0 - 7,5	10p3/mm3	9,00	2,0 - 7,5			G/L	
14:23	P. Eosinophiles	0,40		%	0,40				%	
14:23	Num. Eosinophiles	0,00	0 - 0,4	10p3/mm3	0,00	0 - 0,4			G/L	
14:23	P. Basophiles	0,20		%	0,20				%	
14:23	Num. Basophiles	0,00	0 - 0,2	10p3/mm3	0,00	0 - 0,2			G/L	
14:23	P. Monocytes	4,10		%	4,10				%	
14:23	Num. Monocytes	0,40	0,2 - 1	10p3/mm3	0,40	0,2 - 1			G/L	
14:23	P. Lymphocytes	5,20		%	5,20				%	
14:23	Num. Lymphocytes <	0,50	1 - 4	10p3/mm3	0,50	1 - 4			G/L	

Morphologie des hématies: 0 = Normale; 1 = Microsphérocytes; 2 = Drépanocytes; 3 = Hématies en cible; 4 = Elliptocytes; 5 = Schizocytes

Interprétation
Commentaires
Signataire

*Mesostase -
polymélie éosinophile et lymphopénie*

CLINIQUE BIASA
 Dr MINOZA Alida Passanyegde
~~et le Dr GITHA~~
 Pharmacienne Biologiste Médicale
 Tél: 22 21 11 37 / 96 37 25 52
 Libelle

Les paramètres faisant l'objet d'une sous-traitance sont précédés du symbole !

CLINIQUE BIASA
LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE

ARRETE N° 0121/08/MS/CAB/DGS/DPLET du 30/06/2008

Référence ENR026 PR3.3 Version 03 Date d'application 21/01/2016



Nous prenons soin de la Vie

Compte rendu d'analyses

Service	Prescripteur EHON ATA EDEM	Titre Docteur	Contact
N° dossier LBM	92 950	Date de naissance	24/06/2010
Code barres		Age	12 an(s) 09 mois 17 jour(s)
N° dossier clinique		Sexe	M
Nom et prénom(s)	KHOUCH Ahmed Reda	Hospitalisé	<input type="checkbox"/>
Epouse		Contact	
Homonymie	1		
Renseignements cliniques		Traitement	
Non mentionnés		Non mentionné	

Catégorie d'analyse **BIOCHIMIE SANGUINE** Validation technique DJEGNO Kodjovi

Classe d'analyse **METABOLISME DES PROTEINES SERIQUES/INFLAMMATION**

Date demande 10/04/2023 Date prélèvement 10/04/2023 Heure prélèvement 14:10 Heure réception 14:19 Date examen 10/04/2023

Technique Immuno-turbidimétrie Appareil COBAS c 311 (B) Date résultat 10/04/2023

Heure	Paramètre	Rés. ST	Réf E ST	S.T.	Rés. SI	Réf E SI	Inc.	S.I.	Antér.	Dte ant.
14:44	CRP	0,35	0-0,5	mg/dL	33	0-48		nmol/L		

Interprétation

Taux normal

Commentaires

Signataire

CLINIQUE BIASA
Dr MINOZA Alida Passanyegde
opée BILLO
Pharmacienne Biologiste Médicale
Tél: 22 21 11 37 / 96 37 25 52
Libellé

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole **.
Les paramètres faisant l'objet d'une sous-traitance sont précédés du symbole !

30, Rue Pasteur BAETA - LOME - TOGO

Tel: 22 21 11 37 / 22 21 11 60 / Fax: +228 22 22 11 60

Email: biasa@cliniquebiasa.org

Consultation tous les jours ouvrables de 8h à 12h et de 15h à 20h; le samedi de 8h à 13h; et sur rendez-vous / Urgences assurées 24h/24

Nombre de lignes : 1

WinLabX - Copyright © 2006-2016 KPOTSRA A. K. - Tous droits réservés

11/04/2023 12:13

**Compte rendu
d'analyses**
**CLINIQUE BIASA
LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE**
 ARRETE N° 0121/08/MS/CAB/DGS/DPLET du 30/06/2008

Service	Prescripteur EHON ATA EDEM	Titre Docteur	Contact
N° dossier LBM	92 950	Date de naissance 24/06/2010	
Code barres		Age 12 an(s) 09 mois 17 jour(s)	
N° dossier clinique	KHOUCH Ahmed Reda	Sexe M	
Nom et prénom(s)		Hospitalisé <input type="checkbox"/>	
Epouse		Contact	
Homonymie	1	Traitement	
Renseignements cliniques		Non mentionné	
Non mentionnés			

Catégorie d'analyse PARASITOLOGIE SANGUINE

Validation technique DJEGNO Kodjovi

Classe d'analyse RECHERCHE ET NUMERATION DE PLASMODIUM

Date demande 10/04/2023 Date prélèvement 10/04/2023

Heure prélèvement 14:10

Heure réception 14:19

Date examen 10/04/2023

Technique Goutte épaisse

Appareil MICROSCOPE

Date résultat 10/04/2023

Heure	Paramètre	Rés. ST	Réf H	S.T.
16:28	Résultats recherche	Négative		
16:28	Densité parasitaire		0	P/ μ L

Interprétation

Commentaires

Signataire

CLINIQUE BIASA
 Dr MINOZA Alida Passanyeg
 épaux NOLIO
 Pharmacienne Biologiste Médicale
 Tél: 22 21 11 37 / 96 37 25 52

Libellé

Les paramètres faisant l'objet d'une sous-traitance sont précédés du symbole !



Nous prenons soin de la Vie

Patient : KHOUCH Ahmed Reda

Reçu N° : 62301410

Facture N° : 72301247

Montant Payé : 24 785 FCFA

Libellé :

Règlement pour solde de la facture N° 72301247

Net à payer : 24 785 ; Total Acompte/Règlement : 24 785 ;

Reste à payer : 0 ; Ristourne : 0

Reçu de la somme de :

Vingt quatre mille sept cent quatre-vingt cinq Francs CFA

Code opérateur

10006747

Signature

Fait à Lomé le 12 Avril 2023



30, Rue Pasteur BAETA - BP. 2160 – Tél. +228 22 21 11 37 - +228 22 21 11 60 - Fax : +228 22 22 11 60 / LOME – TOGO

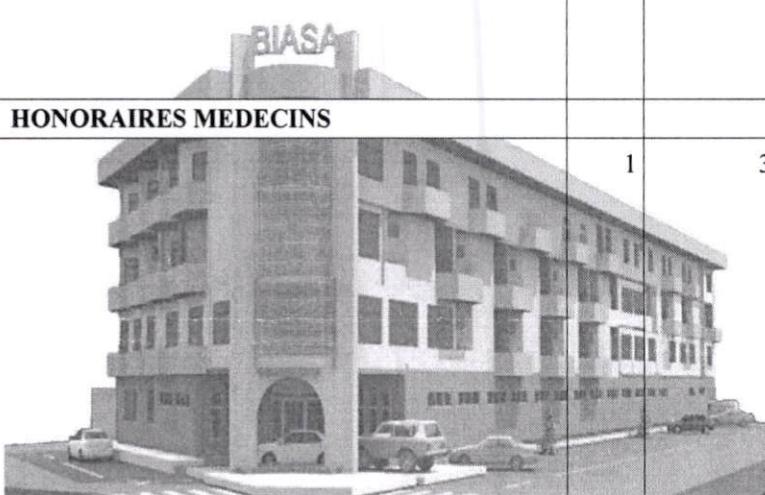
Email: biasa@cliniquebiasa.org / clinicbiasa@yahoo.fr

www.cliniquebiasa.org

Patient(e) : **KHOUCH Ahmed Reda**

Admission N° : **2023000293** PID : **10131866**

Lomé, 12 Avril 2023

DESIGNATION	QTE	PU	MONTANT
SEJOUR DU 12 Avril 2023 AU 12 Avril 2023			
CHAMBRE 102 PHARMACIE INTERNE	1	10 000	10 000 11 035
HONORAIRES MEDECINS			
PEDIATRIE	1	3 750	3 750
			
Total		24 785	
Net à payer		24 785	
Total acompte		0	
Reste à payer		24 785	

NE FACTURE PAS LA TVA



BTCI TG 024 00030630 0160 63
IDENTIFICATION FISCALE : 1000115947



REGISTRE DU COMMERCE: TG-LOM2012M4212
AUTORISATION D'INSTALLATION : 039557/MDPRCPSP/DCIC

Compte BTCI | Code Banque : TG024 | Code Guichet : 01030| Compte N°000306300160 | RIB : 63 | Swift : BTCI.TG:TG

30, Rue Pasteur BAETA - BP. 2160 - Tél. +228 22 21 11 37 - +228 22 21 11 60 - Fax : +228 22 22 11 60 / LOME - TOGO

Email: biasa@cliniquebiasa.org / clinicbiasa@yahoo.fr

www.cliniquebiasa.org

Page 1/2

Patient(e) : **KHOUCH Ahmed Reda**

Lomé, 12 Avril 2023

Admission N° : **2023000293** PID : **10131866**

PHARMACIE INTERNE			
DESIGNATION	QTE	PU	MONTANT
Catheter (jaune) n° 24	2	400	800
cetazone 1g inj	2	2 900	5 800
Gentamycine 80mg inj	2	200	400
Gluconate de calcium Aguettant	1	550	550
NACL Aguettant inj	1	200	200
Perfuseur labell	1	300	300
Seringue à UU 10CC	2	100	200
Seringue à UU 5CC	1	60	60
Serum glucosé 5% 250ml	1	575	575
Serum glucose 5% 500ml	1	620	620
Sparadrap perforé	1	275	275
Spasfon Phloroglucinol/Trimethylphloroglucinol	2	425	850
VogalA'ne inj	1	405	405
Total			11 035



MEDECINE GENERALE - PEDIATRIE - RHUMATOLOGIE - UROLOGIE - NEUROLOGIE - RADIOLOGIE - ECHOGRAPHIE
 GYNECOLOGIE - ACCOUCHEMENTS - CHIRURGIE - STERILITE - ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION
 LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

T = 90885

LOME, LE 12 AVR 2023

KHOUCH Ahmed Reda

6025

16te



AB5

16te

2025

16te

Dr ANOUSSI - PALANGA Amy
Pédiatre
CLINIQUE BIASA
 Tél (+228) 22 21 11 37

RCCM : TGLOM 2019M330 CNSS : 4989 NIF : 1000 115 947

9, Rue ADABAWERE (Ex rue Pasteur BAETA)-01 BP:2160-Lomé-TOGO

Tél: (+228) 22211137 | 22533737 | 96181796 | Ambulance : 96372551 Urgences:96372552

E-mail : biasa@cliniquebiasa.org / www.cliniquebiasa.org

VA

PHARMACIE HORIZON

165, BOULEVARD DU 13 JANVIER NYEKONAKPOE - FACE SAPEURS POMPIERS
LOME-TOGO LOME-TOGO

TEL : (228) 22 20 42 42

No VEN2023-04-00880771 le 12/04/2023 à 15:25 - Encaissée

CLIENT:

Vendeur : MOUNIRA

Caissier : AZIZA_2

FIXIM 200 MG	6025,00x1	6025,00
SEKISAN SOL BUU F/120HL*****	2435,00x1	2435,00
BRUFEN 400MG CPR DRG BT 30	2235,00x1	2235,00
TOTAL		10695,00 CFA

MODE REGLEMENT : ESPECES

REGLE :	11000,00
NET A PAYER :	10695,00
RENDU :	305,00

BONNE GUERISON ET MERCI DE VOTRE VISITE.

BRUFEN®

400 mg Ibuprofène

30 comprimés pelliculés



BRUFEN®

400 mg Ibuprofène

30
comprimés
pelliculés

VOIE ORALE

BRUFEN®

400 mg Ibuprofène

30 comprimés pelliculés

Ibuprofène (DCI).....400 mg

pour un comprimé pelliculé

Colorant : E171

Excipient à effet notoire: lactose monohydraté.

Médicament autorisé n° 34009 36225701

A conserver à une température ne dépassant pas +25°C.

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

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Titulaire de l'AMM:

Mylan Medical SAS

40-44 RUE WASHINGTON

75008 PARIS

FRANCE



Abbott



BRUFEN 400MG CPR DRG
B/30

2.235 FCFA



3622570

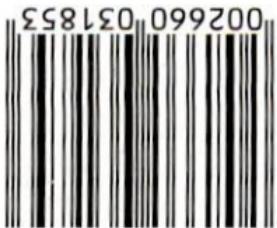
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste II - Uniquement sur ordonnance.

30 comprimés pelliculés

400 mg Ibuprofène

BRUFEN®



8 002660 031853

FR40305 31045135

06 2022
05 2025
42238P

LOT/BATCH:
FAB/MFR:
EXP:

FIXIM - 200

Rx
FIXIM - 200

Cefixime Tablets USP 200 mg
Comprimés de Céfixime USP 200 mg

10 Tablets / Comprimés



ajanta

COMPOSITION:

Each film coated tablet contains :
Cefixime USP as Trihydrate 223.84 mg
equivalent to Cefixime Anhydrous 200 mg

DOSAGE : As directed by the Physician.

ADMINISTRATION : Oral Use.

STORAGE : Store below 30°C.

Protect from light and moisture.

SPECIFICATION : As per USP standards.

CAUTION : Keep out of the reach of children.

FORMULE:

Chaque comprimé pelliculé contient :

Céfixime trihydraté USP 223.84 mg

Équivalent à 200 mg de céfixime anhydre

POSOLOGIE : Selon prescription médicale.

MODE D'ADMINISTRATION : Voie Orale.

CONSERVATION : Conserver en-dessous de 30°C.

Protéger de la lumière et de l'humidité.

SPECIFICATION : Selon les norme USP.

PRECAUTION : Ne pas laisser à la portée des enfants.

3011684

FIXIM - 200

CODE No./No. DU CODE:
GUJ/DRUGS/6/28A/6053-A
B.No./No. LOT.: VB0052C
MFD./FAB.: 03/2022
EXP.: 02/2025
(01): 18901111830212
(21): DVPCLO2A309772036H4



8 901111 830215

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
TAKE THE PRESCRIBED DOSE

 ajanta pharma limited

Ajanta House, Charkop, Kandivli (W), Mumbai 400 067.
Made in India / Fabriqué en Inde.

FIXIM - 200

03

Sekisan

120 ml

Composición por ml:

Cloperastina (DCI) fendizoato 3,54 mg
(equiv. a 2 mg de cloperastina clorhidrato)
Excipientes: sacarosa (450 mg), parahidroxi-
benzoato de metilo, parahidroxibenzoato
de propilo, c.s.

Composition per ml:

Cloperastine (INN) fendizoate 3,54 mg
(equiv. 2 mg of cloperastine hydrochloride)
Excipients: sucrose (450 mg), methyl
parahydroxybenzoate, propyl parahydroxy-
benzoate, s.q.

Composition par ml:

Fendizoate de Clopéristine (DCI) .. 3,54 mg
(équiv. 2 mg de chlorhydrate de clopéristine)
Excipients: saccharose (450 mg), parahydroxybenzoate de méthyle, parahydroxybenzoate de propyle, q.s.

Titular / Holder / Titulaire:
Almirall, S.A.
08022 Barcelona
España / Spain / Espagne

Fabricante / Manufacturer / Fabricant:
Industrias Farmacéuticas Almirall, S.A.
Barcelona
España / Spain / Espagne



8 430308 740001

Costa Rica: Reg. No. 14512; Guatemala: Reg. No. PF-37815; Honduras:
Reg. No. M-14731; Nicaragua: Reg. No. 0126100198; Panamá: Reg. No.
41679; Paraguay: Reg. No. 33427/94; Rep. Dominicana: Reg. No. 96-0235;
El Salvador: Reg. No. 22867.

Sekisan

Jarabe

Cloperastina

3,54 mg/ml

120 ml

Vía oral

 Almirall