

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

- 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.

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° W21-723663



Maladie



Dentaire



Optique



Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

11686

Société :

Royal Air Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

KHOUCHE BRAHIM

Date de naissance :

16/05/1970

Adresse :

Home TO GO

Tél. :

+22896002828

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr EHON Ata Eden
Médecin Généraliste
Tél: 22 21 11 37 / 96 37 25 52
CLINIQUE BIASA

Date de consultation :

10/04/2023

Nom et prénom du malade :

KHOUCHE Ahmed Rida

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Syndrome infectieux

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 :

home

Signature de l'adhérent(e) :

Le 20/04/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
10/04/23	Cs Jour Ferie		AD550	INP : <input type="text"/>
			PAIÉ	
			CAISSE	
			Merci	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/04/23	10695F V

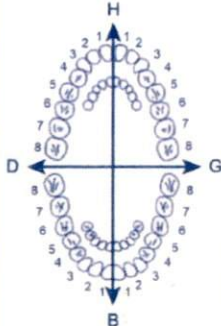
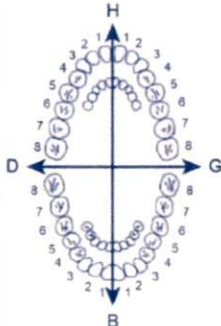
[illegible][illegible]

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	INP : <input type="text"/>								
				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 colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

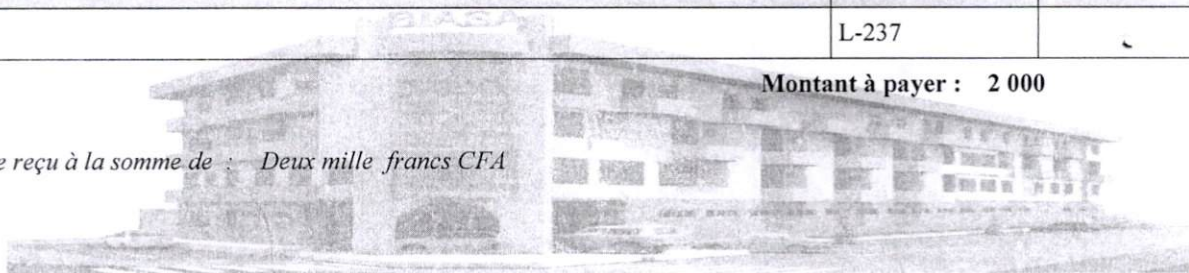


Nous prenons soin de la Vie

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

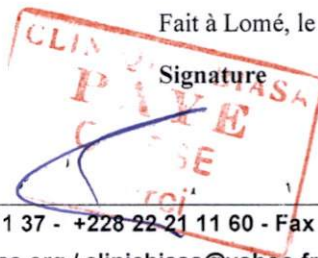
Montant à payer : 2 000

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

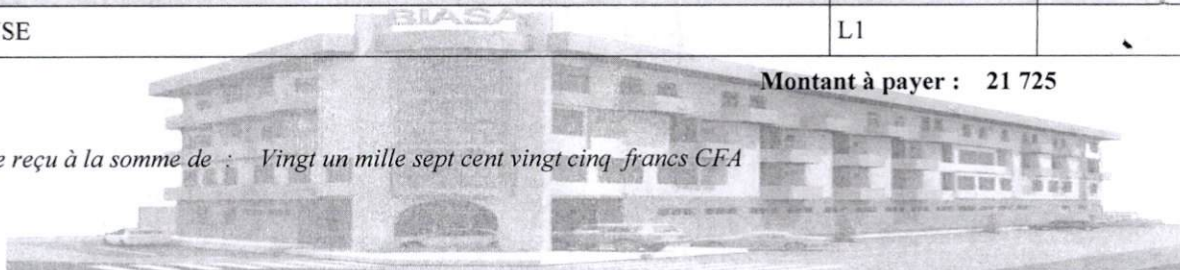


Nous prenons soin de la Vie

Reçu N° : 023/1533		Code opérateur : 10016663	
Patient(e)	KHOUGH 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)	KHOUGH 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

Date: 10/04/2023

 Nom : Dr EHON Ata Edem
 Adresse : 377 96 37 25 52
 Signature : CLINIQUE BIASA
 Titre :
 Urgence : Oui ☒ Non ☐
Informations patient

 Numéro dossier :
 Nom : KHOUCH
 Prénoms : Ahmed Rada
 Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐
 Hospitalisé : Oui ☐ Non ☒
 Date de naissance : 24/08/2010
 Renseignements cliniques : Bilan infectieux
 Traitement en cours :

Analyses demandées
SANG

 1 NFS 21725
 2 CRP
 3 GEM
 4
 5
 6
 7

URINES

 1
 2
 3

AUTRES

 TDR / Pabu 2000
 92350

 Demande d'historique des résultats ☐

Paramètres concernés : Du Au

Accord client pour une éventuelle sous-traitance ou informations complémentaires ajoutées

 Oui ☐ 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 : doigt
 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) : ARIANKAIDC
 Conformité : Oui ☒ Non ☐ Commentaires :

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

Nous prenons soin de la Vie

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)	KHOUGH Ahmed Reda	Hospitalisé	<input type="checkbox"/>
Epoque		Contact	
Homonymie	1		
Renseignements cliniques		Traitement	
Non mentionnés		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	μ3	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

*Neutrophilie -
Polynucléose neutrophile et lymphopénie*

CLINIQUE BIASA
Dr MINOZA Alida Passanyegde
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)	KHOUCHE 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

Tous normal

Commentaires

Signataire

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

Libelle

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 KPOTSRRA A. K. - Tous droits réservés

11/04/2023 12:13

Compte rendu
d'analysesCLINIQUE 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		Sexe	M
Nom et prénom(s)	KHOUCHE Ahmed Reda	Hospitalisé	<input type="checkbox"/>
Epouse		Contact	
Homonymie	1		
Renseignements cliniques		Traitement	
Non mentionnés		Non mentionné	

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 ST	S.T.
16:28	Résultats recherche	Négative		
16:28	Densité parasitaire		0	P/μL

Interprétation

Commentaires

Signataire

CLINIQUE BIASA
 Dr MINOZA Alida Passanyegbe
 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 !

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

Signature

Fait à Lomé le 12 Avril 2023

10006747



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

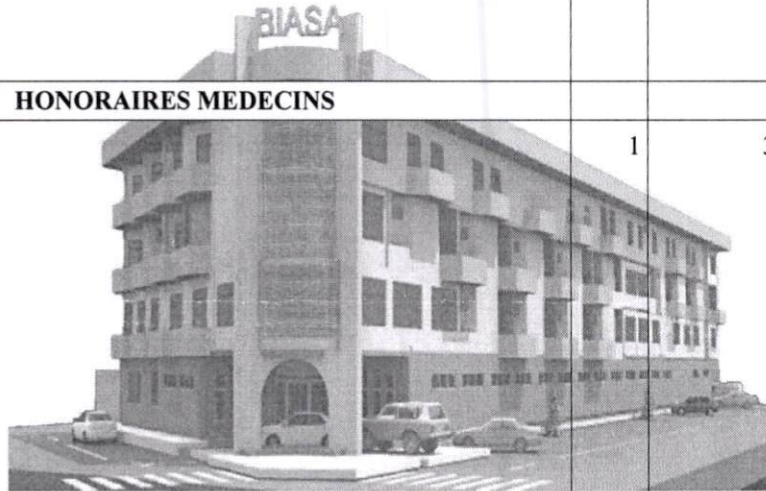
www.cliniquebiasa.org

Patient(e) : KHOUCH Ahmed Reda

Lomé, 12 Avril 2023

Admission N° : 2023000293 PID : 10131866

DESIGNATION	QTE	PU	MONTANT
SEJOUR DU 12 Avril 2023 AU 12 Avril 2023			
CHAMBRE 102 INDIVIDUELLE CLIMATISEE	1	10 000	10 000
PHARMACIE INTERNE			11 035
HONORAIRES MEDECINS			
PEDIATRIE	1	3 750	3 750



NE FACTURE PAS LA TVA

Total	24 785
Net à payer	24 785
Total acompte	0
Reste à payer	24 785

Arrêtée cette facture à la somme de : Vingt quatre mille sept cent quatre-vingt cinq Francs CFA



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 Aguetant	1	550	550
NACL Aguetant 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 perfore	1	275	275
Spasfon Phloroglucinol/Trimethylphloroglucinol	2	425	850
VogalÃ"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 = 20685

LOME, LE 12 AVR 2023

KITHOUCH Ahmed Reza

① Fixam cp

1cp x 2/;

② Selvison 2p

10 ml x 3/;

③ Brufen cp

1cp x 3/;

PAYE
PHARMACIE HORIZON

6025
12te

2035
12te

2035
12te

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 : biassa@cliniquebiassa.org / www.cliniquebiassa.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 a 15:25 - Encaissee

CLIENT:

Vendeur : MOUNIRA

Caissier : AZIZA_2

FIXIN 200 MG	6025,00x1	6025,00
SEKISAN SOL BUU F/120ML*****	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.

12

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 3622570 1

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



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste II - Uniquement sur ordonnance.

4 2238PC
05 2025
06 2022

LOT/BATCH:
EXP:
FAB/MFR:



FR40305 31045135



BRUFEN®
400 mg
Ibuprofène
30 comprimés pelliculés

007 - WIXI
FIXIM - 200

10 Tablets / Comprimés

Rx

FIXIM - 200

Cefixime Tablets USP 200 mg
Comprimés de Céfixime USP 200 mg

IM 200MG CPR B/10

6.025 FCFA



3R12H

8046160

3/04/23

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.

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) : 0VPCL02A309772036H4



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
TAKE THE PRESCRIBED DOSE



8 901111 830215

ajanta pharma limited

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

FiXiM - 200



FiXiM - 200

3011684



Sekisan

120 ml

Composición por ml:

Cloperastina (DCI) fendizoato 3,54 mg
(equiv. a 2 mg de cloperastina clorhidrato)
Excipientes: sacarosa (450 mg), parahidro-
xibenzoato 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 Clopéastine (DCI) .. 3,54 mg
(équiv. 2 mg de chlorhydrate de clopéastine)
Excipients: saccharose (450 mg), parahy-
droxybenzoate de méthyle, parahydroxy-
benzoate 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