

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 canalaire, 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 canalaire.

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 | adhésion@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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-805431

164 S99

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : OULADA M HAMED par			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	Total des frais engagés :	Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Age:			
Nature de la maladie :			
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 ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-805431
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Date de dépôt :	

RELEVE 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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

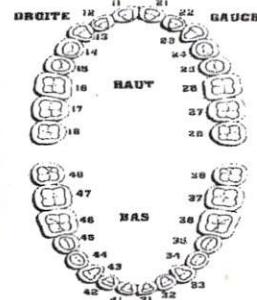
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

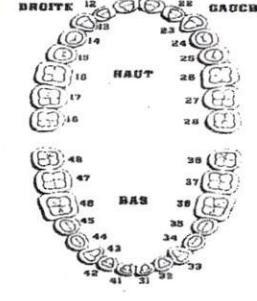
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'aide pratique et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture.

Veuillez joindre les radiographies : en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution
 DROITE 12 11 21 22 13 14 23 24 15 16 25 26 17 18 27 28 HAUT 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 39 41 42 43 BAS 44 45 46 47 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 58 59 60 61 61 62 63 64					

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin de	
 DROITE 12 11 21 22 13 14 23 24 15 16 25 26 17 18 27 28 HAUT 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 39 41 42 43 BAS 44 45 46 47 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 58 59 60 61 61 62 63 64	H				
	25533412	21433552			
	00000000	00000000			
	00000000	00000000			
	35533411	11433553			
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la prothèse				

VOLET ADHERENT	NOM : OU LADA M'HAMED
DECLARATION N°	W16-055916
Date de Dépot	Montant engagé
02/05/2023	1770,30 DH
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois	
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle	



W16-055916

DATE DE DEPOT

/...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	 MEDECIN Prénom du patient : M'HAMED Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Age : 11.5.2023 Nature de la maladie : HTA - DIABETE Prostate Date 1ère visite	
Nom & Prénom : OU LADA M'HAMED				
Fonction : Retraité	Phones. 0537205147			
Mail :				
PHARMACIE	Date : 11.05.2023			
Montant de la facture				
1770,30				
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date :		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

DOCTEUR S. OUKAYON FERIAT
 Zankar El Meloumen
CPM - RABAT
Pharmacie Sawaat Hassen
 Place de l'Université
 Taxis POUZIRI
 Africaine - Rabat

1020706
1770,30
CPM - RABAT
Pharmacie Sawaat Hassen
 Place de l'Université
 Taxis POUZIRI
 Africaine - Rabat

PH SAWMAAT HASSAN

MR TAIEB BOUZIRI

1 RUE RIAD HASSAN

RABAT

Taxe Profes. N°: 25100607

N° R.C. : 129969

N° CNSS: 1565475

N° ID.F.:

N° ICE 001962267000094

Tel : 0537720250

Fax

MR OULADA MHAMED

Le : 11/05/2023

FACTURE N°: 6474

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
3	CARDIOASPIRINR 100MG 30 CP	27,70	7	83,10
5	CARDURA 2MG /30 COMPS	58,50	7	292,50
3	CARTEOL 2% LP COLLYRE	68,80	7	206,40
1	DIAMICRON 60MG /30 CPS	44,70	7	44,70
1	DIAMICRON 60MG /60 CPS	78,70	7	78,70
5	ESIDREX COMPS.20	30,60		153,00
3	HYPERIUM 1MG COMPS.30	113,50		340,50
3	LD NOR 10MG /30 CPS	57,80	7	173,40
1	NOCICEPTOL GEL	198,00	7	198,00

TVA 7%: 70.44 Total : 1 570,30

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

MILLE CINQ CENT SOIXANTE DIX DIRHAMS ET TRENTE CTS

Pharmacie Sawmaat Hassan
Taieb BOUZIRI
Place de l'Unité Africaine - Rabat
Tel. 0537720250

40, Zankat Abdelmoumen - Rabat

Tél : 05.37.73.11.07

e-mail : solangeaferiat@gmail.com

INP : 101002871

40 زنقة عبد المؤمن الرباط

الهاتف : 05.37.73.11.07

البريد الإلكتروني : solangeaferiat@gmail.com

Oulada T'hamed

le 11.5.2023

صيدلية صومعة
JN
Pharmacie Sawmaat Hassan
Talib BOUZIRI, Rabat
Place de l'Unité Africaine, n°
Tél. : 05.37.73.11.07

292
44201 Damason 60

19/5 pl 3 mois

11382x3
3408021 Hyperium 10

1/8 pl 3mois

3062x3/I Sider 25 19 ju pl 3mois

1538
5730x34/LD NOR 10 mg 19/5 pl 3mois

183,4/Candes aspirin 100 19/5 pl 3mois

2820x3
93806/Candera 200 19/5 pl 3mois

8882x1
292,1/No ciceptol en officielle

DOCTEUR S. OHAYON-AFERIAT
40 زنقة عبد المؤمن الرباط
Tél. : 05.37.73.11.07

1982/Cortisol LP. 2% collyre non st 1/8mois

6882x38/Cortisol LP. 2% 1st la crème

152030/1st la crème 1/8mois

Respecter les doses prescrites

احترموا المقدار المحددة



Liste I - Uniquement sur ordonnance

قائمة 1 : لا يصرف إلا بوصب وصفة طبية

6 118001 130023

HYPERIUM 1 mg · O
Boîte de 30 comprimés
PPV : 113,50 DH

Servier Maroc - Casablanca

14010033



Les Laboratoires Servier

مختبرات سرفيسير فرنسا

50, rue Carnot

92284 Suresnes cedex – France

fabriqué par Les Laboratoires Servier Industrie

905, route de Saran – 45520 Gidy

titulaire de l'AMM au Maroc : Servier Maroc

Immeuble ZEVACO - Lotissement Fath 4

Route d'Azemmou – Casablanca

Respecter les doses prescrites

احترموا المقدار المحددة



Liste I - Uniquement sur ordonnance

قائمة 1 : لا يصرف إلا بوصب وصفة طبية

6 118001 130023

HYPERIUM 1 mg · O
Boîte de 30 comprimés
PPV : 113,50 DH

Servier Maroc - Casablanca

14010033



Les Laboratoires Servier

مختبرات سرفيسير فرنسا

50, rue Carnot

92284 Suresnes cedex – France

fabriqué par Les Laboratoires Servier Industrie

905, route de Saran – 45520 Gidy

titulaire de l'AMM au Maroc : Servier Maroc

Immeuble ZEVACO - Lotissement Fath 4

Route d'Azemmou – Casablanca

Respecter les doses prescrites

احترموا المقدار المحددة



Liste I - Uniquement sur ordonnance

قائمة 1 : لا يصرف إلا بوصب وصفة طبية

6 118001 130023

HYPERIUM 1 mg · O
Boîte de 30 comprimés
PPV : 113,50 DH

Servier Maroc - Casablanca

14010033



Les Laboratoires Servier

مختبرات سرفيسير فرنسا

50, rue Carnot

92284 Suresnes cedex – France

fabriqué par Les Laboratoires Servier Industrie

905, route de Saran – 45520 Gidy

titulaire de l'AMM au Maroc : Servier Maroc

Immeuble ZEVACO - Lotissement Fath 4

Route d'Azemmou – Casablanca

6118001 130153



60 comprimés

DIAMICRON® 60 mg

SERVIEER MAROC



MAROC

Route d'Azemmouz, 20180 Casablanca

Im. ZEVACO, lot FATH 4

SERVIEER MAROC

Les Laboratoires Servier - France



Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

لَا يُؤْتَى إِلَّا لِمَنْ يَرِدُ عَلَيْهِ الْأَعْذَارُ

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

الْأَكْثَرُ مُنْجِي لِلْأَنْوَاعِ

60 Comprimés sécables à Libération Modifiée

Gliclazide

DIAMICRON® 60 mg

78/187

• 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

9 10 11 12 13 14

242600060-02

6118001 130153



60 comprimés

DIAMICRON® 60 mg

SERVIEER MAROC



MAROC

Route d'Azemmouz, 20180 Casablanca

Im. ZEVACO, lot FATH 4

SERVIEER MAROC

Les Laboratoires Servier - France



Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

لَا يُؤْتَى إِلَّا لِمَنْ يَرِدُ عَلَيْهِ الْأَعْذَارُ

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

الْأَكْثَرُ مُنْجِي لِلْأَنْوَاعِ

60 Comprimés sécables à Libération Modifiée

Gliclazide

DIAMICRON® 60 mg

78/187

• 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

9 10 11 12 13 14

242600060-02

عن طريق الفم

السيسي

20 قرصاً قابلاً

Esidrex® 25 mg

Hydrochlorothiazide

20 comprimés sécables

6 118000181194

AMM N° 90/18 DMP/21/NRQ

ازيدريكس
25 ملغ
حبوب كلورونبازيد

PPV :

30,60

Exp :

N° Lot :

عن طريق الفم

السيسي

20 قرصاً قابلاً

Esidrex® 25 mg

Hydrochlorothiazide

20 comprimés sécables

6 118000181194

AMM N° 90/18 DMP/21/NRQ

ازيدريكس
25 ملغ
حبوب كلورونبازيد

PPV :

30,60

Exp :

N° Lot :

عن طريق الفم

السيسي

20 قرصاً قابلاً

Esidrex® 25 mg

Hydrochlorothiazide

20 comprimés sécables

6 118000181194

AMM N° 90/18 DMP/21/NRQ

ازيدريكس
25 ملغ
حبوب كلورونبازيد

PPV :

30,60

Exp :

N° Lot :

عن طريق الفم

السيسي

20 قرصاً قابلاً

Esidrex® 25 mg

Hydrochlorothiazide

20 comprimés sécables

6 118000181194

AMM N° 90/18 DMP/21/NRQ

ازيدريكس
25 ملغ
حبوب كلورونبازيد

PPV :

30,60

Exp :

N° Lot :

عن طريق الفم

السيسي

20 قرصاً قابلاً

Esidrex® 25 mg

Hydrochlorothiazide

20 comprimés sécables

6 118000181194

AMM N° 90/18 DMP/21/NRQ

ازيدريكس
25 ملغ
حبوب كلورونبازيد

PPV :

30,60

Exp :

N° Lot :

كارديوأسبرين 100 مغ

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



كارديوأسبرين 100 مغ

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

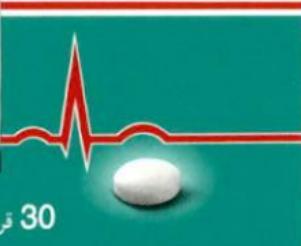


قرص لا يتأثر بحموضة المعدة 30

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



قرص لا يتأثر بحموضة المعدة 30

INDICATIONS, POSOLOGIE ET MISE EN GARDE
 Lire attentivement la notice avant utilisation.
 Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants.
 Après première ouverture du flacon, à conserver au maximum 28 jours.
 A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

حالات الاستعمال، المقدار، التخزين
 اقرأ هذه النشرة بانتهاء فترة الاستعمال.
 لا يترك في منزل أو تحت نظر الأطفال.
 لا تنسفه به أكثر من 28 يوماً بعد فتح الفارغة.
 يحفظ في درجة حرارة لا تفوق 25°C.

Carteol® est une marque déposée d'Otsuka Pharmaceutical Co. Ltd utilisée sous licence par Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.
 © 2020 Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.



Soyez prudent
 Ne pas conduire sans avoir lu la notice
 توخوا الحذر
 تجنب القيادة قبل قراءة
 النشرة

Carteol® L.P. 2%
 % ۲ م.م ت.م کارتیول®

NE PAS AVALER
 لا يبتلع

NE PAS INJECTER /
 لا يحقن /
قائمة | / LISTE |

CARTEOL L.P. 2%

Collyre 3ml

ZENITH PHARMA

AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM



6118001270040

عيار / LOT

تاريخ الإنتاج / FAB

تاريخ الانتهاء / EXP

PPV : 68,80 DHS

H9025

11-2022

10-2024



ZL Riphoter Haut - 07200 AUBERNES - France
 Laboratoire CHAUVIN

Flacon de 3 ml (75 gouttes) / زجاجة 3 مل (75 قطرة)
 Nom et adresse de fabricant/condamnataire / صاحب التصنيع / صاحب التوزيع

CE

Cedex 2 FRANCE

CE

416, rue Samuel Molotov - CS 99535 - 34961 Montpellier Cedex 2

CE

INDICATIONS, POSOLOGIE ET MISE EN GARDE
Lire attentivement la notice avant utilisation.
Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants.
Après première ouverture du flacon, à conserver au maximum 28 jours.
A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

حالات الاستعمال، المقدار، التخزين
أقرأ هذه النشرة بانتهاء قرار استعمال.
لا يترك في منزل أو تحت نظر الأطفال.
لا تنسفط به أكثر من 28 يوماً بعد فتح الفارورة.
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25°C.

Carteol® est une marque déposée d'Otsuka Pharmaceutical Co. Ltd utilisée sous licence par Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.
© 2020 Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.



Carteol® L.P. 2%
كارتيول® ت.م 2%

NE PAS AVALER
لا يبتلع

NE PAS INJECTER /
لا يحقن /
LISTE I /
قائمة I

CARTEOL L.P. 2%

Collyre 3ml

ZENITH PHARMA

AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM

عيار/ LOT

FAB/ تاريخ الإنتاج

EXP/ تاريخ الانتهاء

H9025 11-2022 10-2024

6118001270040

PPV : 68,80 DHS



ZL Riptorter Haut - 07200 AUBRENAIS - France
Laboratoire CHAUVIN

Flacon de 3 ml (75 gouttes) / زجاجة 3 مل (75 قطرة)
Nom et adresse de fabricant/condamnante / المنشئ/المؤنة

CEDEX 2 FRANCE

416, rue Samuel Molotov - CS 99535

MONTPELLIER

34961 Montpellier Cedex 2

FRANCE

France

CEDEX 2 FRANCE

France

CEDEX 2 FRANCE

France

CEDEX 2 FRANCE

France

CEDEX 2 FRANCE

France

CEDEX 2 FRANCE

France

CEDEX 2 FRANCE

France

CEDEX 2 FRANCE

France

CEDEX 2 FRANCE

France

CEDEX 2 FRANCE

France

CEDEX 2 FRANCE

France

CEDEX 2 FRANCE

France

CEDEX 2 FRANCE

France

CEDEX 2 FRANCE

France

CEDEX 2 FRANCE

France

CEDEX 2 FRANCE

France

CEDEX 2 FRANCE

France

CEDEX 2 FRANCE

France

CEDEX 2 FRANCE

France

CEDEX 2 FRANCE

France

CEDEX 2 FRANCE

France

CEDEX 2 FRANCE

France

CEDEX 2 FRANCE

France

CEDEX 2 FRANCE

France

CEDEX 2 FRANCE

France

CEDEX 2 FRANCE

France

CEDEX 2 FRANCE

France

CEDEX 2 FRANCE

France

CEDEX 2 FRANCE

France

CEDEX 2 FRANCE

France

CEDEX 2 FRANCE

France

CEDEX 2 FRANCE

France

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

30 mg/3 ml / 10 ml / 30 mg/3 ml / 100 ml

AMM France n° 357 895 2

D.E. Algérie n° 357 895 2

D.E. Tunisie n° 357 895 2

D.G. Maroc n° 357 895 2

Chlorhydrate de carteolol 2 g/100 ml / 100 g/2 ml

Chlorhydrate de carteolol 2 g/100 ml / 100 g/2 ml

Chlorhydrate de carteolol 2 g/100 ml / 100 g/2 ml

Chlorhydrate de carteolol 2 g/100 ml / 100 g/2 ml

Chlorhydrate de carteolol 2 g/100 ml / 100 g/2 ml

Chlorhydrate de carteolol 2 g/100 ml / 100 g/2 ml

Chlorhydrate de carteolol 2 g/100 ml / 100 g/2 ml

Chlorhydrate de carteolol 2 g/100 ml / 100 g/2 ml

Chlorhydrate de carteolol 2 g/100 ml / 100 g/2 ml

Bausch + Lomb
LABORATOIRE CHAUVIN

Collyre à libération prolongée 2 g/100 ml / 100 g/2 ml

Chlorhydrate de carteolol 2 g/100 ml / 100 g/2 ml

Chlorhydrate de carteolol 2 g/100 ml / 100 g/2 ml

Chlorhydrate de carteolol 2 g/100 ml / 100 g/2 ml

Chlorhydrate de carteolol 2 g/100 ml / 100 g/2 ml

Chlorhydrate de carteolol 2 g/100 ml / 100 g/2 ml

Chlorhydrate de carteolol 2 g/100 ml / 100 g/2 ml

Chlorhydrate de carteolol 2 g/100 ml / 100 g/2 ml

Carteol® L.P. 2%

INDICATIONS, POSOLOGIE ET MISE EN GARDE
 Lire attentivement la notice avant utilisation.
 Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants.
 Après première ouverture du flacon, à conserver au maximum 28 jours.
 A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

حالات الاستعمال، المقدار، التخزين
 اقرأ هذه النشرة بانتهاء فترة الاستعمال.
 لا يترك في منزل أو تحت نظر الأطفال.
 لا تنسفه به أكثر من 28 يوماً بعد فتح الفارغة.
 يحفظ في درجة حرارة لا تفوق 25°C.

Carteol® est une marque déposée d'Otsuka Pharmaceutical Co. Ltd utilisée sous licence par Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.
 © 2020 Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.



Soyez prudent
 Ne pas conduire sans avoir lu la notice
 توخوا الحذر
 تجنب القيادة قبل قراءة
 النشرة

Carteol® L.P. 2%
 % ٢ م.ب ت. م. كارتيل®

NE PAS AVALER
 لا يبتلع

NE PAS INJECTER /
 لا يحقن /
قائمة | / | LISTE

CARTEOL L.P. 2%

Collyre 3ml

ZENITH PHARMA

AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM



6118001270040

عيار / LOT

مaring الانتاج / FAB

تاریخ الانتهاء / EXP

11-2022

H9025

10-2024

PPV : 68,80 DHS

كارتيول® هي علامة تجارية مسجلة للشركة
 الصيدلانية أونسوكا Ltd المستخدمة من قبل
 Bausch & Lomb Incorporated
 الشركة لها موجب ترخيص.
 © 2020 Bausch & Lomb Incorporated او
 الشركات التابعة لها

Flacon de 3 ml (75 gouttes) / زجاجة 3 مل (75 قطرة) / Flacon de 3 ml ordonnance / زجاجة 3 مل طبية

ZL Riptorter Haut - 07200 AUBERNES - France

Laboratoire CHAUVIN

Nom et adresse de fabricant/condamnante / المصنع / الموزع

Cedex 2

FRANCE

416, rue Samuel Molotov - CS 99535, 34961 Montpellier Cedex 2 FRANCE

416,

Samuel

Molotov

CS

99535

34961

Montpellier

Cedex

2

FRANCE

416,

rue

Samuel

Molotov

CS

99535

34961

Montpellier

Cedex

2

FRANCE

416,

416,

LOT : 230051
EXP : 01/2026
PPV : 57.80DH

مبلغ 10
عن طريق الفم

نور - نور ®
أنتروهاساستاتين

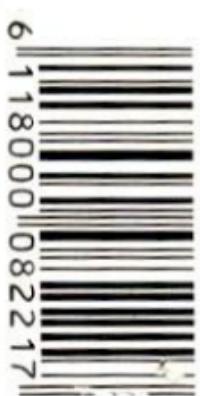
قرصا ملبيسا

30 x

LD-NOR 10mg
30 comprimés pelliculés



COOPER
PHARMA



LOT : 230051
EXP : 01/2026
PPV : 57.80DH

مبلغ 10
عن طريق الفم

نور - نور ®
أنتروهاساستاتين

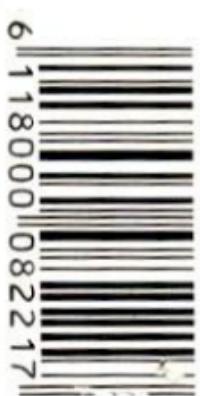
قرصا ملبيسا

30 x

LD-NOR 10mg
30 comprimés pelliculés



COOPER
PHARMA



LOT : 230051
EXP : 01/2026
PPV : 57.80DH

مبلغ 10
عن طريق الفم

نور - نور ®
أنتروهاساستاتين

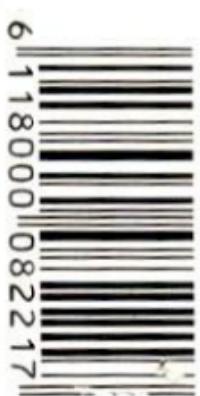
قرصا ملبيسا

30 x

LD-NOR 10mg
30 comprimés pelliculés



COOPER
PHARMA





كاردورا®
دوكسازوسين
2mg قرصاً 20



CARDURA® 2 mg

20 Comprimés



6 118000 250043

LOT N° : 0 E 4 6 5 8 V 3

58,50

5 8 5 0

UT.AV : 0 4 2 7

P.P.V :

09366003/5



كاردورا®
دوكسازوسين
2mg قرصاً 20



CARDURA® 2 mg

20 Comprimés



6 118000 250043

LOT N° : 0 E 4 6 5 8 V 3

58,50

5 8 5 0

UT.AV : 0 4 2 7

P.P.V :

09366003/5



كاردورا®
دوكسازوسين
2mg قرصاً 20



CARDURA® 2 mg



20 Comprimés



6 118000 250043

LOT N° : 0 E 4 6 5 8 V 3

58,50

5 8 5 0

UT.AV : 0 4 2 7

P.P.V :

09366003/5



كاردورا®
دوكسازوسين
2mg قرصاً 20



CARDURA® 2 mg



20 Comprimés



6 118000 250043

LOT N° : 0 E 4 6 5 8 V 3

58,50

5 8 5 0

UT.AV : 0 4 2 7

P.P.V :

09366003/5



كاردورا®
دوكسازوسين
2mg قرصاً 20



CARDURA® 2 mg



20 Comprimés



6 118000 250043

LOT N° : 0 E 4 6 5 8 V 3

58,50

5 8 5 0

UT.AV : 0 4 2 7

P.P.V :

09366003/5