

# 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

- Reclamation : 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'I:  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-011213

175039

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10068 Société : R.A.M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Hsaim Jamal

Date de naissance : 17.08.1964

Adresse : Hay Tank Rue 55 n°3 Benmoum casa

Tél. : 06 22 38 15 00 Total des frais engagés : 7 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/09/2023

Nom et prénom du malade : Hsaim Jamal

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

Nature de la maladie : Néoplasie

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 : Le : / /

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
11/09/23	9		30000	

Dr. Houda BENJELLOUN  
Dentiste - Radiothérapie  
191151894

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

11/09/23

602,50

### 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

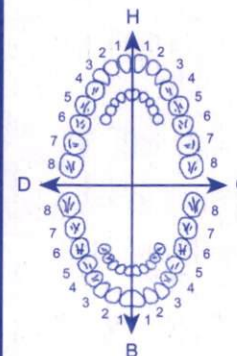
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		
B			

(Création, remont, adjonction)

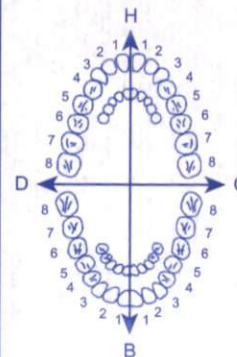
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sbaa  
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع

Dr. Houda BENJELLOUN  
Oncologue - Radiothérapeute

Unité d'Oncologie  
Radiothérapie

Casablanca, le.....

11/09/2023

Mr. HSAIN JAMAL

1/ PERVITAL SIROP

1 prise par jour avant le diner

2/ JUVATONUS

1 AMPOULE / J

3/ ACEROLA

1 / J

4/ EUZOL 40

1 GEL / J

5/ DERMASEPT

2 fois par jour spray

6/ DERMASEPT CREME

application 2 fois par jour

7/ LIXIFOR

279, Bd. Chefchaouni Ain Sbaa - Casablanca  
Tél. : 05 22 68 00 00 / 11 - Fax : 05 22 35 66 44  
E-mail : direction@hpc.ma - dr.benjelloun@hpc.ma  
Site web : www.hpc.ma

PHARMACIE  
ENNOUR CASABLANCA  
Lot Tarik Bd E N° 219 et 244  
Sidi Berneoussi - Casablanca

Dr. Houda BENJELLOUN  
Oncologue - Radiothérapeute  
091151894

BIOFAR VITA C ACEROLA CP BTE 20  
PPC : 69.00

Ut Av 02/25	Lot : 2056/5
----------------	-----------------

IPHADERM

3 760049 895285

Poids net :  
Net weight :  
الوزن الصافي :

90 g



# LIXIFOR

## COMPOSITION : Dose par gélule

- Séné .....	140 mg
- Radis Noir .....	75 mg
- Anis Etoilé .....	75 mg
- Cascara .....	30 mg

## PROPRIETES :

LIXIFOR Actif dès le premier jour spécialement formulé pour :

- Régulation du volume et de la fréquence des selles
- Réduction des gaz
- Ballonnement et pesanteur abdominale
- Active le péristaltisme
- Améliore le confort intestinal
- Stimule le transit intestinal
- Combat les fermentations intestinales
- Favorise un transit régulier

## CONSEILS D'UTILISATION :

- 1 gélule par jour le soir au coucher avec un verre d'eau.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Ne pas administrer aux enfants de moins de 12 ans.
- Ce produit est déconseillé aux femmes enceintes ou qui allaitent sans avis médical.
- A conserver dans un endroit sec et frais.
- Sans ingrédient d'origine animale, sans gluten, sans gélatine.

## PRESENTATION :

Boîte de 15 gélules.

LABORATOIRES PH  
FORTE PI  
"Le Patio Palace" - 4  
98000 - M

Lo X1029 1226  
d. LOT PER  
Prix 99.00

REF. 317MA



# دِرْمَاسِبْت®

## مرهم مُعَقِّم



**الشكل والتقديم : مرهم : عبوة 30 غ.** الخصائص ودواعي الإستعمال : يحتوي درماسبت® مرهم معقم على مادتين معقمتين الكلورهيكسيدين و كلوريد البنزالكونيوم، وينصح باستعماله لتعقيم الإصابات الجلدية المتعفنة أو المعرضة للتعضن كما يساعد على تفعيل التئامها. يمكن إستعمال درماسبت® مرهم معقم في عدة إختصاصات : أمراض الجلد المتعفنة، الجراحة بعد الولادة القيصرية، تعقيم الحبل السري عند الأطفال، أو لنظافة المنطقة الشرجية. **نصائح الإستعمال :** للإستعمال الخارجي. يستعمل درماسبت® مرهم معقم مرة واحدة (1) إلى مرتين (2) في اليوم. **إحتياطات الإستعمال :** - للإستعمال الخارجي- لا يتناول عن طريق الفم. - يجب حفظ درماسبت® مرهم معقم بعيداً عن متناول الأطفال. - يمنع استخدام درماسبت® مرهم معقم لمن يعاني من حساسية لأحد مكوناته. - يحفظ في درجة حرارة عادية. - تجنب ملامسة العين بدرماسبت® مرهم معقم، في حالة ملامستها يجب غسل العينين جيداً بالماء. صنع بالمغرب من طرف مختبر إركوس لأجل مديرو فارما - الدار البيضاء.

رخصة وزارة الصحة رقم : 202122018/UPCHC/DMP20

# دِرْمَاسِبْت®

مجموعة مستحضرات متكاملة للعناية بنظافة الجلد والمنطقة الحميمية ولإلتئام الجروح وترميم الجلد

مستحضرات درماسبت® صنعت وفق معايير (BPF)، في إلتزام صارم لشروط تصنيع تضمن الجودة، السلامة وراحة الاستعمال. توفر مجموعة درماسبت® مستحضرات متعددة للاستجابة لأهم المشاكل التي يمكن أن تصيب الجلد والمنطقة الحميمية : درماسبت® رشاش و درماسبت® مرهم معقم : لتعقيم الجروح المتعفنة أو المعرضة للتعضن. درماسبت® محلول رغوي و درماسبت® pH8 محلول رغوي : للعناية بنظافة الجلد والمنطقة الحميمية.

درماسبت® سيكا® مرهم لإلتئام الجروح و درماسبت® سيكا® بودرة : لإلتئام الجروح وترميم الجلد.



دِرْمَاسِبْت® رشاش  
قارورة 125 مل

دِرْمَاسِبْت® مرهم معقم  
عبوة 30 غ

دِرْمَاسِبْت® محلول رغوي  
قارورة 125 مل  
قارورة 250 مل

دِرْمَاسِبْت® pH8 محلول رغوي  
قارورة 125 مل  
قارورة 250 مل

DERMASEPT®  
Crème antiseptique

LOT:0075  
EXP:02/26  
PPC:79.00DH

# دِرْمَاسِبْت

## رشاش مُعَقِّم



**الشكل و التقديم :** رشاش مُعَقِّم : 125 مل. **الخصائص ودواعي الإستعمال :** ينصح باستعمال دِرْمَاسِبْت رشاش لتعقيم الجروح السطحية المتعفنة أو المعرضة للتلف الناتجة عن الإصابات أو الناجمة عن العمليات الجراحية كما يساعد على تفعيل التئامها. كما ينصح باستعمال دِرْمَاسِبْت رشاش معقم لتطهير الأمراض الجلدية، لتعقيم جرح الولادة الطبيعية أو القيصرية وللغاية بالحبل السري. **طريقة الإستعمال :** للإستعمال الخارجي. يستعمل دِرْمَاسِبْت رشاش معقم مرة واحدة (1) إلى مرتين (2) في اليوم. عدم غسل منطقة الإصابة بعد استعمال دِرْمَاسِبْت رشاش معقم. **إحتياطات الإستعمال :** - لا يتناول عن طريق الفم. - يجب حفظ دِرْمَاسِبْت رشاش معقم بعيداً عن متناول الأطفال. - يمنع استخدام دِرْمَاسِبْت رشاش معقم لمن يعاني من حساسية لأحد من مكوناته. - يحفظ في درجة حرارة عادية. - تجنب ملامسة العين بدِرْمَاسِبْت رشاش معقم، في حالة ملامستها يجب غسلها بالماء الفير. صنع بالمغرب من طرف مختبر إركوس لأجل مديرو فارما - الدار البيضاء.

رخصة وزارة الصحة رقم : 202122018/UPCHC/DMP20

# دِرْمَاسِبْت

مجموعة مستحضرات متكاملة للعناية بنظافة الجلد والمنطقة الحميمة ولإلتئام الجروح وترميم الجلد

مستحضرات دِرْمَاسِبْت صنعت وفق معايير (BPF)، في إلتزام صارم لشروط تصنيع تضمن الجودة، السلامة وراحة الاستعمال. توفر مجموعة دِرْمَاسِبْت مستحضرات متعددة للاستجابة لأهم المشاكل التي يمكن أن تصيب الجلد والمنطقة الحميمة : دِرْمَاسِبْت رشاش و دِرْمَاسِبْت مرهم معقم : لتعقيم الجروح المتعفنة أو المعرضة للتلف. دِرْمَاسِبْت محلول رغوي و دِرْمَاسِبْت pH8 محلول رغوي : للعناية بنظافة الجلد والمنطقة الحميمة. دِرْمَاسِبْت سيكا مرهم لإلتئام الجروح و دِرْمَاسِبْت سيكا بودرة : لإلتئام الجروح وترميم



دِرْمَاسِبْت رشاش  
قارورة 125 مل

دِرْمَاسِبْت مرهم معقم  
عبوة 30 غ

دِرْمَاسِبْت محلول رغوي  
قارورة 125 مل  
قارورة 250 مل

دِرْمَاسِبْت سيكا  
125 مل  
250 مل

**DERMASEPT®**  
**SPRAY**

LOT: 0843  
EXP: 02/26  
PPC: 99,00DH

# Euzol®

Esoméprazole

problèmes hépatiques sévères.

problèmes rénaux sévères.

Si vous avez eu une réaction cutanée après un traitement par un médicament réduisant l'acidité gastrique.

Si vous avez un examen sanguin spécifique (Chromogranine A).

**Signaler des symptômes d'autres maladies. Si vous prenez Euzol, informez immédiatement votre médecin si :**

• Si vous avez des maux de gorge ou des difficultés pour avaler,

• Si vous avez des douleurs à l'estomac ou une indigestion,

• Si vous avez des vomissements ou du sang,

• Si vous avez des selles noires teintées de sang.

• Si vous avez une sensation d'un traitement « à la demande » en fonction des besoins, vous devez informer votre médecin si les symptômes persistent ou se modifient.

• Si vous avez une douleur de la pompe à protons, tel que l'ésoméprazole, en particulier sur le site de la fracture de la colonne vertébrale ou des vertèbres. Prévenez votre médecin si vous souffrez

si vous prenez des corticostéroïdes (qui peuvent augmenter le risque

de développer une éruption cutanée, en particulier au niveau des zones exposées au soleil. Informez votre médecin dès que possible, car vous devrez peut-être arrêter votre traitement d'Euzol. N'oubliez pas de mentionner également tout autre effet

de votre traitement d'Euzol sur vos articulations.

**Euzol et Euzol\*, microgranules gastro-résistants en gélule**

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez

prendre ce médicament y compris les médicaments obtenus sans ordonnance.

• Si vous prenez des médicaments qui agissent sur le fonctionnement d'autres médicaments et réciproquement.

• Si vous prenez Euzol\* si vous prenez le médicament suivant :

• Si vous prenez Euzol\* dans le traitement de l'infection par le VIH.

• Si vous prenez Euzol\* avec votre médecin ou pharmacien si vous prenez l'un des médicaments

suivants : dans le traitement de l'infection par le VIH ;

• Si vous prenez Euzol\* pour prévenir la formation de caillots dans le sang ;

• Si vous prenez Euzol\* avec le fluconazole ou le voriconazole (utilisés dans le traitement des infections

fongiques) ; dans le traitement du cancer) ;

• Si vous prenez Euzol\* avec la triméthoprimine ou le clomipramine (utilisés dans le traitement de la dépression) ;

• Si vous prenez Euzol\* dans le traitement de l'anxiété, de l'épilepsie ou comme relaxant

musculaire ; dans l'épilepsie) ; si vous prenez de la phénytoïne, une surveillance par

un médecin sera nécessaire au début et à l'arrêt de l'administration d'Euzol\*.

• Si vous prenez Euzol\* dans le traitement de l'épilepsie) ; si vous prenez de la phénytoïne, une surveillance par

un médecin sera nécessaire au début et à l'arrêt de l'administration d'Euzol\*.

• Si vous prenez Euzol\* dans le traitement de l'épilepsie) ; si vous prenez de la phénytoïne, une surveillance par

un médecin sera nécessaire au début et à l'arrêt de l'administration d'Euzol\*.

• Si vous prenez Euzol\* dans le traitement de l'épilepsie) ; si vous prenez de la phénytoïne, une surveillance par

un médecin sera nécessaire au début et à l'arrêt de l'administration d'Euzol\*.

• Si vous prenez Euzol\* dans le traitement de l'épilepsie) ; si vous prenez de la phénytoïne, une surveillance par

un médecin sera nécessaire au début et à l'arrêt de l'administration d'Euzol\*.

• Si vous prenez Euzol\* dans le traitement de l'épilepsie) ; si vous prenez de la phénytoïne, une surveillance par

un médecin sera nécessaire au début et à l'arrêt de l'administration d'Euzol\*.

• Si vous prenez Euzol\* dans le traitement de l'épilepsie) ; si vous prenez de la phénytoïne, une surveillance par

un médecin sera nécessaire au début et à l'arrêt de l'administration d'Euzol\*.

• Si vous prenez Euzol\* dans le traitement de l'épilepsie) ; si vous prenez de la phénytoïne, une surveillance par

un médecin sera nécessaire au début et à l'arrêt de l'administration d'Euzol\*.

• Si vous prenez Euzol\* dans le traitement de l'épilepsie) ; si vous prenez de la phénytoïne, une surveillance par

un médecin sera nécessaire au début et à l'arrêt de l'administration d'Euzol\*.

• Si vous prenez Euzol\* dans le traitement de l'épilepsie) ; si vous prenez de la phénytoïne, une surveillance par

un médecin sera nécessaire au début et à l'arrêt de l'administration d'Euzol\*.

• Si vous prenez Euzol\* dans le traitement de l'épilepsie) ; si vous prenez de la phénytoïne, une surveillance par

un médecin sera nécessaire au début et à l'arrêt de l'administration d'Euzol\*.

• Si vous prenez Euzol\* dans le traitement de l'épilepsie) ; si vous prenez de la phénytoïne, une surveillance par

un médecin sera nécessaire au début et à l'arrêt de l'administration d'Euzol\*.

• Si vous prenez Euzol\* dans le traitement de l'épilepsie) ; si vous prenez de la phénytoïne, une surveillance par

un médecin sera nécessaire au début et à l'arrêt de l'administration d'Euzol\*.

• Si vous prenez Euzol\* dans le traitement de l'épilepsie) ; si vous prenez de la phénytoïne, une surveillance par

un médecin sera nécessaire au début et à l'arrêt de l'administration d'Euzol\*.

• Si vous prenez Euzol\* dans le traitement de l'épilepsie) ; si vous prenez de la phénytoïne, une surveillance par

un médecin sera nécessaire au début et à l'arrêt de l'administration d'Euzol\*.

• Si vous prenez Euzol\* dans le traitement de l'épilepsie) ; si vous prenez de la phénytoïne, une surveillance par

un médecin sera nécessaire au début et à l'arrêt de l'administration d'Euzol\*.

• Si vous prenez Euzol\* dans le traitement de l'épilepsie) ; si vous prenez de la phénytoïne, une surveillance par

un médecin sera nécessaire au début et à l'arrêt de l'administration d'Euzol\*.

• Si vous prenez Euzol\* dans le traitement de l'épilepsie) ; si vous prenez de la phénytoïne, une surveillance par

par l'un de ces effets, vous ne devez pas continuer à prendre

**EUZOL\*, microgranules gastro-résistants**

Son utilisation est déconseillée chez les patients atteints de

(maladie héréditaire rare). Si votre médecin vous a prescrit

des médicaments pour le diabète, contactez-le avant de prendre ce médicament.

**3. COMMENT PRENDRE EUZOL\*, microgranules gastro-résistants**

**Prenez toujours ce médicament exactement comme votre**

**pharmacien vous l'a dit. Demandez conseil à votre**

**pharmacien si besoin.**

• Si vous prenez ce médicament depuis longtemps, votre médecin

vous surveillera. • Si votre médecin vous a dit de prendre ce médicament

selon vos besoins, vous devez l'informer si les symptômes

de votre maladie changent.

**Posologie**

Votre médecin vous dira le nombre de gélules à prendre.

Le nombre de gélules dépendra de votre état de santé, de votre âge

et de la gravité de votre maladie. Les doses recommandées sont mentionnées

ci-dessous.

**Utilisation chez les adultes âgés de 18 ans et plus**

**Traitement des symptômes du reflux gastro-œsophagien**

**(brûlures et remontées acides)**

• Si votre médecin diagnostique une inflammation de l'œsophage

est de 40 mg d'Euzol\* une fois par jour pendant 4 semaines.

Un traitement supplémentaire de 4 semaines peut être nécessaire

pour une guérison complète.

• La dose recommandée après cicatrisation de l'œsophage est

de 20 mg une fois par jour.

• Si votre œsophage ne présente pas d'inflammation, la dose

recommandée est de 20 mg une fois par jour. Une surveillance

de votre médecin peut vous recommander de prendre ce

médicament en fonction de vos besoins.

• Si vous avez de graves problèmes hépatiques, votre médecin

vous donnera une dose plus faible.

**En cas d'infection par la bactérie responsable de l'ulcère du**

**duodénum et prévention de la récurrence**

• La dose recommandée est d'une gélule d'Euzol\* une fois par

jour pendant 4 semaines.

• Votre médecin vous demandera également de prendre de l'amoxicilline

et de la clarithromycine.

**Traitement des ulcères de l'estomac et du duodénum**

**non stéroïdiens**

• La dose recommandée est d'une gélule d'Euzol\* une fois par

jour pendant 4 semaines.

**Prévention des ulcères associés à la prise d'aspirine**

• La dose recommandée est d'une gélule d'Euzol\* une fois par

jour pendant 4 semaines.

**Traitement de l'excès d'acide dans l'estomac**

• La dose recommandée est de 40 mg d'Euzol\* une fois par jour

pendant 4 semaines.

• Votre médecin vous indiquera la dose et la durée du traitement

selon vos besoins. La dose maximale est de 80 mg deux fois par

jour.

**Poursuite du traitement après prévention de la récurrence**

**intraveineuse de la récurrence hémorragique**

• La dose recommandée est de 40 mg d'Euzol\* une fois par jour

pendant 4 semaines.

**Utilisation chez les adolescents (âgés de 12 ans et plus)**

**Traitement des symptômes du reflux gastro-œsophagien**

**(brûlures et remontées acides)**

• Si votre médecin diagnostique une inflammation de l'œsophage

est de 40 mg d'Euzol\* une fois par jour pendant 4 semaines.

Un traitement supplémentaire de 4 semaines peut être nécessaire

pour une guérison complète.

• La dose recommandée après cicatrisation de l'œsophage est

de 20 mg une fois par jour.

• Si votre œsophage ne présente pas d'inflammation, la dose

recommandée est de 20 mg une fois par jour. Une surveillance

de votre médecin peut vous recommander de prendre ce

médicament en fonction de vos besoins.

LOT : 2470  
PER : 08-25  
P.P.V : 122 DH 80



# juvatonus

## AMPOULE

### COMPOSITION POUR UNE AMPOULE :

PANAX GINSENG C.A MEYER.....	90 mg
Extrait de Maté.....	67mg
Extrait de Guarana.....	130mg

Ginseng tonus est un tonifiant physique et intellectuel qui réunit des actifs naturels pour lutter contre les baisses de formes.

### PROPRIÉTÉS :

- Propriétés stimulantes
- Tonifiant physique et intellectuel
- Contribue à réduire la fatigue

**INGRÉDIENTS :** Eau purifié; sirop de fructose; jus d'orange concentré; extrait de Guarana (1,3%); extrait de Ginseng (0,9%); extrait de Maté (0,7%); arôme naturel d'orange ; arôme naturel de citron.

**CONSEILS D'UTILISATION :** Diluer le contenu de l'ampoule dans un verre d'eau ou de jus de fruits. Prendre une ampoule par jour de préférence le matin.

**PRÉCAUTIONS D'EMPLOI:** Ne pas dépasser la dose journalière conseillée. Ne peut remplacer une alimentation variée, équilibrée et un mode de vie sain. A conserver dans un endroit frais et sec. Tenir hors de la portée des enfants. Teneur élevé en caféine (14 mg/ampoule), déconseillé aux enfants de moins de 15 ans et aux femmes enceintes et allaitantes. Déconseillé aux personnes allergiques et/ou présentant une hypersensibilité à l'un des composant.

**PRÉSENTATION :** Boîte de 10 ampoules de 10 ml. Volume: 100 ml.  
Complément alimentaire. N'est pas un médicament.

***L'efficacité du PANAX GINSENG C.A MEYER est prouvée par plusieurs études et travaux scientifiques réalisés chez l'homme***

LABORATOIRES JUVA SANTE  
8, rue CHRISTOPHE COLOMB, 75008 PARIS  
Fabriqué par : Laboratoires PASQUÉ  
DOMAZAN, 226 allée de la Baraquette  
Domazan, 30390 DOMAZAN - FRANCE  
Importé au Maroc par : PROMOSE  
N°23, Résidence CASA 1  
282, Bd de la Résistance  
CASABLANCA- MAROC

**LABORATOIRES JUVA SANTE** 130 mg de caféine

Conseils d'utilisation :  
Diluer le contenu de l'ampoule dans un verre d'eau ou de jus de fruits. Prendre 1 ampoule par jour de préférence le matin. A conserver dans un endroit frais et sec. Tenir hors de la portée des enfants. Teneur élevée en caféine (14 mg/ampoule), déconseillé aux enfants de moins de 15 ans et aux femmes enceintes et allaitantes.

**22390 0925**

LOT  PER

Prix **109.00**

EN



