

# 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-602060

66679

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2975

Société :

EX PNC (RAM)

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

OMRAN ABDELHAMID

Date de naissance :

31-12-1982

Adresse :

75 Boulevard HY YOUSSEF

Tél :

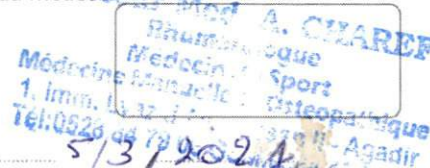
066306033

Total des frais engagés :

APR 23. Etage 05 CASA

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

5/3/2024

Nom et prénom du malade :

OMRAN ABDELHAMID

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affecteur Rénal

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) :

*[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



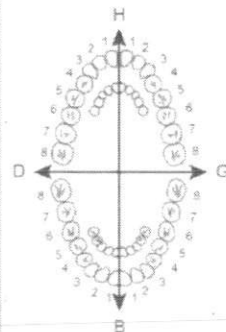
| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes                                                                                                                |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5/3/2021        | C2                | x1                    | 280dh                           | M. A. CHAREF<br>Medecin<br>Spécialité : Sport<br>Médecine et Cardiopathique<br>Hôpital H. Hassan II - Agadir<br>Bordj Bou Oubou 60000 Agadir<br>Tél: 0622 94719 ou 0622 94719 |
| 5/3/2021        | K70               | x1                    | 200dh                           |                                                                                                                                                                               |

| PHARMACIE ADOHA                           |                     | EXECUTION DES ORDONNANCES |
|-------------------------------------------|---------------------|---------------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur | Prog. Essaada GH 8  | Montant de la Facture     |
| PHARMACIE ADOHA                           | AGADIR              |                           |
| Prog. Essaada GH 8                        | Tel: 05 28 23 85 95 | + 472.40 +                |
| Hay Mohand nadi - AGADIR                  | 05/03/21            |                           |
| Tel: 05 28 23 85 95                       |                     |                           |

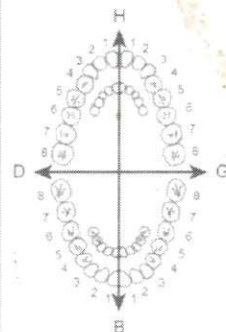
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                                                                                                                |          |                                 |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue                                                                                  | Date     | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
| Docteur Med. A. CHAREF<br>Rhumatologue<br>Médecin du Sport<br>Médecine Manuelle et Osteopathe<br>100 rue Lazzaroli Av. Hassan II Agadez | 5/3/2021 | Z 20                            | 2000m.                    |
|                                                                                                                                         |          | IMP: 041040577                  |                           |

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

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



C.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |   |          |
|---|----------|---|----------|
|   |          | H |          |
|   | 25533412 |   | 21433552 |
|   | 00000000 |   | 00000000 |
| D |          |   |          |
|   | 00000000 |   | 00000000 |
|   | 35533411 |   | 11433553 |
|   |          | B |          |

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Med A.CHAREF

- Diplômé de l'Université de poitiers ( France )
- Rhumatologue
- Médecin du sport
- Médecine Manuelle et Osteopathique
- Expert auprès des Tribunaux



## الدكتور شرف محمد عزيز

- ( خريج كلية الطب بپواتي ) فرنسا
- إختصاصي في أمراض الروماتيزم والعظام والمفاصل
- إختصاصي في الطب الرياضي
- الطب التقويمي
- خبير محلف لدى المحاكم

Agadir, le :

5/3/21

أكادير, في :

PHP-15

Nom :

OTRANI ABDELHAKID

Depochedro (13) a courir  
mdu nili 200

Tramadol 50

1 - 1 - 1

Cortrex 10mg (cp)

0 - 1 - 1

Dolva Top 1g (cp)

1 - 0 - 1

Nezor 20 (gd)

0 - 0 - 1

Voltarene pomade 2 Ap/1

de  
nili  
des  
repar

de l'osier

1, Imm. Lyazid II - Rez-de chaussée - Av. Hassan II ( à côté de la Pharmacie Inbiaat )

Tél/Fax 05 28 84 79 06 - GSM : 06 64 48 88 88 - Agadir

E-mail : drazizcharef@hotmail.com

54,20  
x02

14,80  
x04

82,00

60,00

06 64 48 88 88 - الجمعة

05 28 84 79 06 - الهاتف/الفاكس

05 28 84 79 06 - GSM : 06 64 48 88 88 - Agadir

E-mail : drazizcharef@hotmail.com

total = 472,40

**PHARMACIE ADOHA**

Prog. Essada GH 8

Hay Mohammadi - AGADIR

Tel: 05 28 23 85 95



# Docteur Med A. CHAREF

# الدكتور شرف محمد عزيز

- Diplômé de l'Université de Poitiers (France)
- Rhumatologue
- Médecin du Sport
- Médecine Manuelle et Osteopathique
- Expert auprès des Tribunaux



- خريج كلية الطب ببواتي ( فرنسا )
- إختصاصي في أمراض الروماتيزم والعظام والمفاصل
- إختصاصي في الطب الرياضي
- الطب التقويمي
- خبير محلف لدى المحاكم

Agadir, le : 5.3.2024 : أكادير في :

Dr OMRANI ABDELHAMID  
Note d'honoraires

\* Consultation C2 :

250dh

\* Radiographie : Z<sub>20</sub>

de l'épaule droite

200dh

\* Autres Actes : K<sub>20</sub>

Infiltration épaule  
droite

200dh

\* Total : six cent cinquante

650dh

ICE1001653144000050

1 عمارة الويداد - الطابق الثاني - شارع الحسن الثاني ( بجانب صيدلية الإنبعاث ) - أكادير - الهاتف/ الفاكس : 05.28.84.79.06 - المحمول : 06.64.48.88.88  
1, Imm. Lyazid II - Rez-de chaussée - AV. Hassan II (à côté de la pharmacie Inbiâat)

Tél/Fax : 05.28.84.79.06 - GSM : 06.64.48.88.88 - Agadir

## Docteur Med A.CHAREF

- Diplômé de l'Université de poitiers (France)
- Rhumatologue
- Médecin du sport
- Médecine Manuelle et Osteopathique
- Expert auprès des Tribunaux



## الدكتور شرف محمد عزيز

- (خريج كلية الطب ببواتي ( فرنسا )
- إختصاصي في أمراض الروماتيزم والعظام والمفاصل
- إختصاصي في الطب الرياضي
- الطب التقويمي
- خبير محلف لدى المحاكم

INP: 041040577

Agadir, le : 5/3/21 أكادير، في :

Nom :

N= OMKANI Abdelhamid

### \* Compte - rendu de la radiographie :

- \* Radiographie de l'épave
- \* droite de face 220

### \* Indications :

- \* Stenose

### \* Interprétation :

- \* Calcification en regard
- \* des trochanters

Docteur Med. A. CHAREF  
Rhumatologue  
Médecin du Sport  
Médecine Manuelle et Osteopathique  
1, Imm. Lyazid II - Agadir  
Tél/Fax : 05 28 84 79 06 - GSM : 06 64 48 88 88

إ. عمارة اليزيد II، الطابق السفلي - شارع الحسن الثاني (إجانب صندلية الانبعاث) أكادير - الهاتف/فاكس : 05 28 84 79 06 - المجهول : 06 64 48 88 88

1, Imm. Lyazid II - Rez-de chaussée - Av. Hassan, II (à côté de la Pharmacie Inbiaât)

Tél/Fax : 05 28 84 79 06 - GSM : 06 64 48 88 88 - Agadir

E-mail : drazizcharef@hotmail.com

80 mg d'acétate de méthylprednisolone dans 2 ml de suspension injectable (40 mg/ml).  
Macrogo 3350, chlorure de myristyl-gamma-picoline, chlorure de sodium, eau pour préparations injectables.  
Lire la notice avant l'utilisation.  
Agiter avant l'emploi. Tenir hors de la vue et de la

portée des enfants.  
Conserver à température ambiante (15-25°C).  
Médicament soumis à prescription médicale.  
Ne jetez aucun médicaments au tout-à-l'égout ni avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien d'éliminer les médicaments que vous n'utilisez plus.

# DEPO-MEDROL® ديبو ميترول® 80 mg/2 ml 80 مغ/2 مل

suspension injectable/ مستعلق للحقن  
أسيتات ميثيل برينيزولون/ acétate de méthylprednisolone/

حقنة 2 مل / 2 ml Seringue/  
يُحقن عن طريق العضل - I.M.

Titulaire/ مالك حق التسويق:

Pfizer SA, 17 Boulevard de la Plaine, 1050 Bruxelles, Belgique

Titulaire de l'AMM Marocain/ مالك حق التسويق في المغرب:

Laboratoires Pfizer S.A., km 0.5, Route de Ouadidia, BP 35, 24 000 El Jadida, Maroc

Fabricant/ المصنع:

Pfizer Manufacturing Belgium NV, Rijksweg 12, 2870 Puurs, Belgium

Respecter les doses prescrites.  
احترم الكمية الموصوفة.  
Uniquement sur ordonnance  
Iste !  
يصرف بوصفة طبية. لائحة 1.

يحتوي ديبو ميترول 80 مغ/ 2 مل على 80 مغ من  
أسيتات ميثيل برينيزولون في 2 مل من مستعلق قليل للحقن (40 مغ/مل).

الوسائط: مالكو وغول 3350؛ كلوريد الميريسيتيل  
جما بيكولين؛ كلوريد المونودوم؛ ماء للحقن.  
يُحفظ بعيداً عن متناول ومراى الأطفال. يحفظ في درجة  
الحرارة المحيطة (من 15 إلى 25 درجة مئوية).  
يرجى قراءة النشرة قبل استخدام.  
رج جيداً قبل الاستخدام.

DEPO-MEDROL 80MG/2ML INJ  
Pfizer S.A.  
Laboratoires  
118001 170487 6



LOT/EXP.:

DW2086  
01/2025  
P.P.V:37DH70

K752  
SC105  
ZWART  
BL541

BL 330  
R0032



PPV: 25DH00  
PER: 11/25  
LOT: J3200



Tramal® 50 mg gélules  
Chlorhydrate de tramadol

10 gélules

Tramal® 50 mg gélules

Chlorhydrate de tramadol

Analgésique  
Adulte  
10 gélules



Tramal® 50 mg gélules  
Chlorhydrate de tramadol

10 gélules

Fabriqué par BOEHLER  
Sous licence GRÜNENTHAL GmbH  
32, Allée des Capucins - An Sebba - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

Voie orale

Formule :

Tramadol 50 mg  
Excipients q.s.p. 1 gélule

Indications, précautions d'emploi,  
effets indésirables, posologie :  
Lire attentivement la notice.

Ne pas laisser à la portée des  
enfants.

Ce médicament doit être conservé à  
une température inférieure à 30 °C.

AMM N° 237 DMP/21/NRQ

3

طرامال® 50 ملغ برشمتات  
كلوريدات طرامادول

عن طريق الفم

مهدء للألم  
للبنار  
10 برشمتات

مستخرج من طيف دولتي خرم  
بدر خليم من كهنون طال  
80 سمو كازاويادار - عن السليم - الدار البيضاء  
عن الدكتورتي - سبيلتي - سبيلتي

b

Tramal® 50 mg  
Chlorhydrate de tramadol  
10 gélules



6 118000 040804

Tramal® 50 mg gélules  
Chlorhydrate de tramadol

10 gélules

18x45x97

04/13  
100101

احترموا الجرعات المحددة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



PPV: 25DH00  
PER: 11/25  
LOT: J3200



Tramal® 50 mg gélules  
Chlorhydrate de tramadol

10 gélules

Tramal® 50 mg gélules

Chlorhydrate de tramadol

Analgésique  
Adulte  
10 gélules



Tramal® 50 mg gélules  
Chlorhydrate de tramadol

10 gélules

Fabriqué par BOEHLER  
Sous licence GRÜNENTHAL GmbH  
32, Allée des Capucins - An Sebba - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

Voie orale

Formule :

Tramadol 50 mg  
Excipients q.s.p. 1 gélule

Indications, précautions d'emploi,  
effets indésirables, posologie :  
Lire attentivement la notice.

Ne pas laisser à la portée des  
enfants.

Ce médicament doit être conservé à  
une température inférieure à 30°C.

AMM N° 237 DMP/21/NRQ

3

طرامال® 50 ملغ برشمتات  
كلوريدات طرامادول

عن طريق الفم

مهدء للألم  
للبنار  
10 برشمتات

مستخرج من طرف بوتي ل.خ.م.  
بوت. بوتي. من كاهول. طال.  
80. من كاهول. طال. من كاهول. طال.  
من كاهول. طال. من كاهول. طال.

b

Tramal® 50 mg  
Chlorhydrate de tramadol  
10 gélules



6 118000 040804

Tramal® 50 mg gélules  
Chlorhydrate de tramadol

10 gélules

04/13  
100101

احترموا الجرعات المحددة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 25DH00  
PER: 11/25  
LOT: J3200



Tramal® 50 mg gélules  
Chlorhydrate de tramadol

10 gélules

Tramal® 50 mg gélules

Chlorhydrate de tramadol

Analgésique  
Adulte  
10 gélules



Tramal® 50 mg gélules  
Chlorhydrate de tramadol

10 gélules

Fabriqué par BOEHLER  
Sous licence GRÜNENTHAL GmbH  
32, Allée des Capucins - An Sebba - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

Voie orale

Formule :

Tramadol 50 mg  
Excipients q.s.p. 1 gélule

Indications, précautions d'emploi,  
effets indésirables, posologie :  
Lire attentivement la notice.

Ne pas laisser à la portée des  
enfants.

Ce médicament doit être conservé à  
une température inférieure à 30°C.

AMM N° 237 DMP/21/NRQ

3

طرامال® 50 ملغ برشمتات  
كلوريدات طرامادول

عن طريق الفم

مهدء للألم  
للبنار  
10 برشمتات

مستخرج من طيف دولتي خرم  
بدر خليم من كهنون طال  
80 سمو كازاويادار - عن السليم - الدار البيضاء  
عن الدكتورتي - سبيلتي - سبيلتي

b

Tramal® 50 mg  
Chlorhydrate de tramadol  
10 gélules



6 118000 040804

Tramal® 50 mg gélules  
Chlorhydrate de tramadol

10 gélules

18x45x97

04/13  
100101

احترموا الجرعات المحددة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 25DH00  
PER: 11/25  
LOT: J3200



Tramal® 50 mg gélules  
Chlorhydrate de tramadol

10 gélules

Tramal® 50 mg gélules

Chlorhydrate de tramadol

Analgésique  
Adulte  
10 gélules



Tramal® 50 mg gélules  
Chlorhydrate de tramadol

10 gélules

Fabriqué par BOITUS s.a.  
Sous licence GRÜNENTHAL GmbH  
32, Allée des Cavaudans - An Sebba - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

Voie orale

Formule :

Tramadol 50 mg  
Excipients q.s.p. 1 gélule

Indications, précautions d'emploi,  
effets indésirables, posologie :  
Lire attentivement la notice.

Ne pas laisser à la portée des  
enfants.

Ce médicament doit être conservé à  
une température inférieure à 30°C.

AMM N° 237 DMP/21/NRQ

3

طرامال® 50 ملغ برشمتات  
كلوريدات طرامادول

عن طريق الفم

مهدء للألم  
للبنار  
10 برشمتات

مستخرج من طيف دولتي خرم  
بدر خليم من كهنون طلال  
80 سمو كازاكوياشار - عن السليم - الدار البيضاء  
عن الدكتورتي - سبيلتي - سوكول

b



Tramal® 50 mg  
Chlorhydrate de tramadol  
10 gélules

6 118000 040804

Tramal® 50 mg gélules  
Chlorhydrate de tramadol

10 gélules

04/13  
100101

احترموا الجرعات المحددة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES





PPV: 25DH00  
PER: 11/25  
LOT: J3200



Tramal® 50 mg gélules  
Chlorhydrate de tramadol

10 gélules

Tramal® 50 mg gélules

Chlorhydrate de tramadol

Analgésique  
Adulte  
10 gélules



Tramal® 50 mg gélules  
Chlorhydrate de tramadol

10 gélules

Fabriqué par BOEHLER  
Sous licence GRÜNENTHAL GmbH  
32, Allée des Capucins - An Sebba - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

Voie orale

Formule :

Tramadol 50 mg  
Excipients q.s.p. 1 gélule

Indications, précautions d'emploi,  
effets indésirables, posologie :  
Lire attentivement la notice.

Ne pas laisser à la portée des  
enfants.

Ce médicament doit être conservé à  
une température inférieure à 30°C.

AMM N° 237 DMP/21/NRQ

3

طرامال® 50 ملغ برشمتات  
كلوريدات طرامادول

عن طريق الفم

مهدء للألم  
للبنار  
10 برشمتات

مستخرج من طيف دولتي خرم  
بدر خليم من كهنون طال  
80 سمو كازاويادار - عن السليم - الدار البيضاء  
عن الدكتور - سبيلى سوزن

b

Tramal® 50 mg  
Chlorhydrate de tramadol  
10 gélules



6 118000 040804

Tramal® 50 mg gélules  
Chlorhydrate de tramadol

10 gélules

04/13  
100101

احترموا الجرعات المحددة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

18x45x97



1000mg

8 comprimés effervescents

### Douleurs et fièvre - Adulte

PHARMAS 5

**LIRE ATTENTIVEMENT LA NOTICE AVANT UTILISATION**

**Indications :**

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

**Réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 15 ans  
Ne pas prendre 2 comprimés à la fois et ne jamais  
dépasser 4 comprimés par jour**

Conserver le tube bien fermé à une température inférieure à 30°C et à l'abri de l'humidité.

Ne pas laisser à la portée des enfants

دواعي الاستعمال :  
اقرأ النشرة بثنائي قبل الإستعمال

الآلام و/أو الحمى مثل صداع الرأس، أعراض الأنفلونزا،  
الدم الأسنان، آلام العضلات وآلام الطمث

لا تتناول قورصين في نفس الوقت ولا تتجاوز 4 أقراص في اليوم. خاص بالاطفال ابتداء من 15 سنة يحتفظ بالأشياء مغلقا في درجة حرارة أقل من 30 درجة مئوية

و بعيداً عن الرطوبة  
لا تترك هذا الدواء في متناول الأطفال

8 أقراص فوارة

الأوجاع والحمى - للكفار

**РНАЯМУ5**

**Dolostop**  
Paracétamol 1000mg

8 comprimés effervescents

دولوپس طوب  
بار استعمال  
1000 ملے

**Composition :**

|                                    |            |
|------------------------------------|------------|
| Paracétamol.....                   | 1g         |
| Excipients q.s.p                   | 1 comprimé |
| Excipient à effet notoire : Sodium |            |

۱۱۵

سواغ ذات تأثير معلوم : صوديوم  
سواغ كمية كافية لـ.....قرص واحد  
باراسيتامول.....1 غ

**Laboratoires PHARMA S**

A23301

**Dolostop**<sup>®</sup> 1000mg  
Boîte de 8 comprimés effervescents

6 11 8000 094173

|   |       |       |      |      |
|---|-------|-------|------|------|
| 1 | Durée | Matin | Midi | Soir |
|---|-------|-------|------|------|

MM-384/14DMP/21/NINP

33x33x86,5



1000mg

8 comprimés effervescents

### Douleurs et fièvre - Adulte

PHARMAS 5

**LIRE ATTENTIVEMENT LA NOTICE AVANT UTILISATION**

**Indications :**

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

**Réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 15 ans  
Ne pas prendre 2 comprimés à la fois et ne jamais  
dépasser 4 comprimés par jour**

Conserver le tube bien fermé à une température inférieure à 30°C et à l'abri de l'humidité.

## Ne pas laisser à la portée des enfants

إقرأ النشرة بتاريخ ١٩٩٩ قبل الإستمع

الأم والأسنان، آلام العضلات وآلام الطمث

يحفظ بالأنبوب مغلقاً في درجة حرارة أقل من 30 درجة مئوية  
لا تتناول قورصين في نفس الوقت ولا تتجاوز 4 أقراص في اليوم  
خاص بالأطفال ابتداء من 15 سنة

و بعيداً عن الرطوبة  
لا تترك هذا الدواء في متناول الأطفال

8 أقراص فوارة

الأوجاع والحمى - للكفار

**РНАЯМУ5**

دولو سخطوب  
بار استعمال  
1000 ملغ

**Composition :**

Paracétamol..... 1g  
Excipients q.s.p ..... 1 comprimé  
Excipient à effet notoire : Sodium

سورة الكافرون

سواغ ذات تأثير معلوم : صوديوم  
سواغ كمية كافية لـ.....قرص واحد  
باراسيتامول.....1 غ

**Laboratoires PHARMA S**  
Zone Industrielle Ouled Saleh - Bouskoura - Maroc  
Tél: 0539 41 41 41 - Fax: 0539 41 41 42  
E-mail: [pharmas@pharmas.ma](mailto:pharmas@pharmas.ma)  
Site Internet: [www.pharmas.ma](http://www.pharmas.ma)

A23301

**Dolostop** 1000mg  
Boîte de 8 comprimés effervescents

6 11 8000 094173

|   |       |       |      |      |
|---|-------|-------|------|------|
| 1 | Durée | Matin | Midi | Soir |
|---|-------|-------|------|------|

MM: 284/14DMP/21/NNP

1000mg

8 comprimés effervescents

### Douleurs et fièvre - Adulte

PHARMAS 5

**LIRE ATTENTIVEMENT LA NOTICE AVANT UTILISATION**

**Indications :**

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

**Réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 15 ans  
Ne pas prendre 2 comprimés à la fois et ne jamais  
dépasser 4 comprimés par jour**

Conserver le tube bien fermé à une température inférieure à 30°C et à l'abri de l'humidité.

Ne pas laisser à la portée des enfants

دواعي الاستعمال :  
اقرأ النشرة بثنائي قبل الإستعمال

الآلام و/أو الحمى مثل صداع الرأس، أعراض الأنفلونزا،  
الدم الأسنان، آلام العضلات وآلام الطمث

لا تتناول قورصين في نفس الوقت ولا تتجاوز 4 أقراص في اليوم. خاص بالاطفال ابتداء من 15 سنة يحتفظ بالأشياء مغلقا في درجة حرارة أقل من 30 درجة مئوية

و بعيداً عن الرطوبة  
لا تترك هذا الدواء في متناول الأطفال

8 أقراص فوارة

الأوجاع والحمى - للكفار

**РНАЯМУ5**

**Dolostop** 1000mg  
Paracétamol  
8 comprimés effervescents  
Doliprane

دولو سخطوب  
بار استعمال  
1000 ملغ

**Composition :**

Paracétamol..... 1g  
Excipients q.s.p ..... 1 comprimé  
Excipient à effet notoire : Sodium

سک

سواغ ذات تأثير معلوم : صوديوم  
سواغ كمية كافية لـ.....قرص واحد  
باراسيتامول.....1 غ

**Laboratoires PHARMA 5**  
Zone Industrielle Ouled Saleh - Bouskoura - Maroc  
Zinebme LAHOU FILALI - Pharmacien Responsable

A23301

**Dolostop** 1000mg  
Boîte de 8 comprimés effervescents

6 11 8000 094173

CARTREX® 100mg  
20 comprimés pelliculés



61180001082736

# كارطريكس 100 ملغ

أسيكلوفيناك

أقراص ملبسة

Almirall SA

صنع بترخيص لدى كبير فارما  
41، زنقة محمد الديبوري 20110 الدار البيضاء.  
أمانة الداودي : صيدلي مسؤول

COOPER  
PHARMA

LOT : 200920

UT AV : 07/2024

PPV : 54,20DH

UT.AV.:

LOT N°:

PPV (DH):

20 قرصا ملبسا  
عن طريق الفم



كارطريكس + الحمل = ممنوع

لا يستخدم من طرف النساء الحوامل خلال الشهر الثالث  
الآخيرة من الحمل.  
لا يستخدم خلال الثلث الأول والثاني من الحمل إلا في حالة  
الضرورة الطبية.



CARTREX® 100mg  
20 comprimés pelliculés



61180001082736

# كارطريكس 100 ملغ

أسيكلوفيناك

أقراص ملبسة

Almirall SA

صنع بترخيص لدى كبير فارما  
41، زنقة محمد الديبوري 20110 الدار البيضاء.  
أمانة الداودي : صيدلي مسؤول

COOPER  
PHARMA

LOT : 200920

UT AV : 07/2024

PPV : 54,20DH

UT, AV :

LOT N° :

PPV (DH) :

20 قرصا ملبسا  
عن طريق الفم



كارطريكس + الحمل = ممنوع

لا يستخدم من طرف النساء الحوامل خلال الشهور الثلاثة الأخيرة من الحمل.  
لا يستخدم خلال الثلث الأول والثاني من الحمل إلا في حالة الضرورة الطارئة.

**MEZOR**  
20 mg Esoméprazole

**14** gélules  
Microgranules gastrorésistants

**MEZOR**  
Esoméprazole

**20 mg**

LOT 200876  
EXP 04/2022  
PPV 82.10DH

Voie orale

soir  
au coucher

**14**  
gélules

Tableau c (liste II)

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

AMM N° : 168/13 DMP/21/NNP

756.554.01.18



**14**  
كبسولة مقاومة  
لعصارة المعدة

**ميزور**  
إيزوميبرازول

**20 ملغ**



عن طريق الفم

**LMPHARMA**  
Laboratoire pharmaceutique  
Lotissement Bachkou, Lot 10  
Rue 7 - Casablanca  
O. MOTIL - Pharmacies Responsable  
Fabriqué par COOPER PHARMA  
Tit Meillil - Casablanca

Conditions d'emploi :  
Voie orale. Se conformer à la prescription médicale.  
Ne pas laisser à la portée et à la vue des enfants.  
A conserver à une température inférieure à 30°C et à l'abri de l'humidité.  
Lire attentivement la notice avant toute utilisation.

Composition : Esoméprazole (DCI) ..... 20 mg  
Excipients : 1 gélule gastro-résistante  
Excipients à effets notables : Saccharose, Propyl-p-hydroxybenzoate, Méthyl-p-hydroxybenzoate, de Trane (E171)  
Colorants : Oxyde de Fer jaune (E172) et Dioxyde de Titane (E171)

25x80x129  
6

# Voltarène

Diclofénac Diéthylamine

Emulgel Topique

Anti-inflammatoire

Antalgique

Tube de 100 g



gsk

LOT: M0450  
EXP: 04/2023  
PPV: 60,00 DH

لا يبلع

Ne pas avaler  
Conserver à une température ne dépassant pas 25°C.  
Les médicaments doivent être tenus hors de la portée des enfants.  
Lire attentivement la notice avant utilisation.

ڤولطارين  
ديكلوفيناك دييتيل أمين  
إيمولجيل توبيكال

مرهم للاستعمال الموضعي

Titulaire de l'AMM au Maroc :

GlaxoSmithKline Maroc - Ain Aouda-Région de Rabat

Informations médicales :

GlaxoSmithKline Maroc

42-44 Angle Bd. Rachidi et Rue Abou Harmed Al  
Ghezail, Casablanca - Maroc

يجب قراءة النشرة بعناية قبل الاستخدام.  
يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال.  
يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال.  
يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال.

ڤولطارين

إيمولجيل توبيكال

ديكلوفيناك دييتيل أمين

ضد الالتهاب  
مسكن للألم



أنيوب من فئة 100 غ

gsk

# Voltarène

Diclofénac Diéthylamine

Emulgel Topique

Gel pour application cutanée

Diclofénac Diéthylamine,

Équivalent à 1 g de diclofénac sodique

Parfum

Excip. q.s.p 100 g

Excipient à effet notoire :  
Propylène glycol.

هذا المنتج غير صالح للاستخدام

بعد انقضاء مدة الصلاحية

يجب قراءة النشرة بعناية قبل الاستخدام.  
يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال.  
يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال.

Liste II - Uniquement sur ordonnance