

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Soins dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 49994


par *Amir*

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1206 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SIADY KHALIFA
Date de naissance : 1956
Adresse : 50 Lotissement KHALIFA SUSA
Tél : 0536532541 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation :
Nom et prénom du malade :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
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) :

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
30.09.2024			67	Dr KERAZI Mohammed CHIRURGIEN

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ORIENTAL PHARMACIE Mme CHAMI Nouzha Dr en Pharmacie 71, Bd. M. V - OUJDA Tél : 05 36 68 27 00		279,42

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

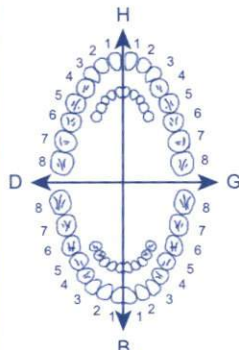
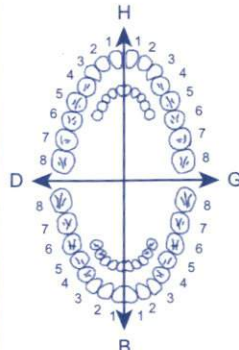
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Dr KERZAZI Mohamed

CHIRURGIEN

Expert Assermenté

Près la Cour d'Appel d'Oujda

ICE : 001669855000097

39, Boulevard Mohammed V

Tél. : 05 36 68 45 10 - OUJDA

الدكتور كرزازي محمد

طبيب جراح

خبير محلف

لدى محكمة الاستئناف بوجدة

39، شارع محمد الخامس

الهاتف : 05 36 68 45 10 - وجدة



Oujda, le 30.09.2024 وجدة، في

Support
KHM



L'ORIENTALE FITHWIA
Mme CHAMLI Nouzi
Dr. Kerzazi Mohamed
71, Bd. Med V - OUJDA
Tél. : 05 36 68 45 10



T = 270,40

Dr KERZAZI Mohamed
CHIRURGIEN

Signature of Dr. Kerzazi Mohamed

79,70
- APX, 20
14,00 Doliprane 1m
19,70 20 AP
33,00 20 AP
2880 20 AP
73,40 30 AP
2180 30 AP

Megasfon®

Phloroglucinol, Triméthylphloroglucinol

MEGASFON® 80 mg, comprimés érodispersibles
MEGASFON® 160 mg, comprimés érodispersibles
MEGASFON® 150 mg / 150 mg, suppositoires

Veillez lire attentivement cette notice

contient des informations importantes

Ce médicament présente des

contenants en plastique

Si les symptômes

apparaissent, demandez

Cette notice est fournie

pour vous aider à

Si votre médecin vous

ne laissez pas ce

PRESENTATION

MEGASFON® 80 mg

MEGASFON® 150 mg

COMPOSITION

Substance active : Phloroglucinol, Triméthylphloroglucinol

MEGASFON® 80 mg contient 80 mg de Phloroglucinol hydraté par comprimé

érodispersible

MEGASFON® 160 mg contient 160 mg de Phloroglucinol hydraté par comprimé

érodispersible

MEGASFON® suppositoires contient 150 mg de Phloroglucinol hydraté et 150 mg de

Triméthylphloroglucinol par suppositoire.

Excipients : qsp 1 comprimé érodispersible ou 1 suppositoire.

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE

MEGASFON® appartient à une classe de médicaments appelés antispasmodiques. Ils

agissent contre les spasmes (contractions).

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

MEGASFON® est indiqué dans les traitements suivants :

- Traitement symptomatique des douleurs liées aux troubles fonctionnels du tube

digestif et des voies biliaires.

- Traitement des manifestations spasmodiques et douloureuses aiguës des voies

urinaires : coliques néphrétiques.

- Traitement symptomatique des manifestations spasmodiques douloureuses en

gynécologie.

- Traitement adjuvant des contractions au cours de la grossesse en association au

repos.

CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais MEGASFON® si vous êtes allergique (hypersensible) au phloroglucinol

ou triméthylphloroglucinol à l'un des autres composants contenus dans ce

médicament.

Ne prenez jamais MEGASFON® comprimés érodispersibles en cas de phénylcétonurie

(maladie héréditaire détectée à la naissance), en raison de la présence d'aspartam.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU

DE VOTRE PHARMACIEN.

médicament. Elle

est

présenté sans

symptômes

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

LOT : 7606
UT. AV : 03-23
P.P.V. : 33 DH 00

INTERACTIONS AVEC LES PRODUITS DE PHYTOTHERAPIE OU THÉRAPIES
ALTERNATIVES

Sans objet.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Grossesse

Si vous êtes une femme enceinte, vous devez demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant de prendre ce médicament. L'utilisation de MEGASFON® ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire.

Allaitement

L'utilisation de MEGASFON® est déconseillée chez la femme qui allaite.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

SPORTIFS

Sans objet.

EFFETS SUR L'APTITUDE A CONDUIRE DES VEHICULES OU A UTILISER DES MACHINES

Sans objet.

LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

MEGASFON® comprimés érodispersibles : Lactose, aspartam.

POSOLOGIE, MODE ET/OU VOIE(S) D'ADMINISTRATION

Posologie

MEGASFON® 80 mg comprimés érodispersibles :

Chez l'adulte, la posologie usuelle est de 2 comprimés érodispersibles par jour, à prendre au moment de la crise, à renouveler en cas de spasmes importants.

Chez l'enfant, 1 comprimé érodispersible 2 fois par jour.

MEGASFON® 160 mg comprimés érodispersibles, est RESERVE A L'ADULTE.

Prenez 1 comprimé érodispersible, au moment de la crise. Renouvelez en cas de spasmes importants en respectant un intervalle minimum de 2 heures entre chaque prise sans dépasser 3 comprimés de MEGASFON® 160 mg par jour.

MEGASFON® suppositoires : 3 suppositoires par 24 heures.

Mode et voies d'administration, Fréquence d'administration

MEGASFON® comprimés érodispersibles : Voie orale.

Chez l'adulte, le comprimé est à dissoudre dans un verre d'eau ou le laisser fondre sous la langue pour obtenir un effet rapide.

Chez l'enfant, le comprimé est à dissoudre dans un verre d'eau.

MEGASFON® suppositoires : Voie rectale.

DANS TOUTS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

SURDOSAGE

Si vous avez pris plus de MEGASFON® que vous n'auriez dû, consultez votre médecin.

INSTRUCTIONS EN CAS D'OMISSION D'UNE OU DE PLUSIEURS DOSES

Si vous oubliez de prendre MEGASFON® ne prenez pas double dose pour compenser celle que vous auriez oublié de prendre.

RISQUE DE SYNDROME DE SEVRAGE

Sans objet.

EFFETS INDESIRABLES

Comme tous les médicaments, MEGASFON® est susceptible d'avoir des effets indésirables bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Dans certains cas, une allergie peut survenir.

Vous reconnaîtrez les signes d'une allergie :

- par des boutons et/ou des rougeurs sur la peau, prurit,
- par un brusque gonflement du visage et du cou (œdème de Quincke),
- ou par un malaise brutal dû à une chute de la pression artérielle (choc anaphylactique).

CONSERVATION

à conserver à température ambiante

à conserver à température ambiante

à conserver à température ambiante

à conserver à température ambiante

à conserver à température ambiante

بوليديكسا® محلول للأذن

650.000 وحدة دولية
1.000.000 وحدة دولية
0,100 غ
100 مل

21,80



وخاصة حالات الأكرما المتعفنة لمجرى السمع.

وسمى الحادة المشقة.

موانع الاستعمال :

الحساسية المفرطة لأحد مكونات الدواء.

تدمير الصماخ ذو الأصل التعفني أو الجرحي.

تأثيرات جانبية :

حالات نادرة من الحساسية الجلدية.

تحذير :

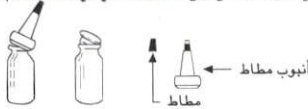
لا يستعمل بدون استشارة الطبيب.

تركيب القطارة :

1. افتح الكيس الذي بقي القطارة.

2. ارفع الكبسولة عن القطارة التي تحتوي على الدواء مع نزع اللسين المعدني في اتجاه السهم. حين تزال الكبسولة، أزل المطاطية التي تغلق الزجاجية.

3. ضع القطارة فوق القارورة.



طريقة الاستعمال :

1. ادفع القارورة بين الأيدي أو بواسطة ماء ساخن، يمكن في هذه الحالة أن تفتقر الملصقة عن القارورة، أعيدوا إلصاقها.

2. افتحوا الغلافة التي تسد القطارة بمسك الأنبوب بين الإبهام والفرسة.

3. ألقوا القارورة و أمسكوها عموديا فوق الأذن.

4. أضغطوا خفيفا على الأنبوب القطار، يسيل الدواء قطرة بقطرة.

5. أتركوا الرأس مائلا بضعة دقائق بعد الاستعمال.

مقادير:

- الكبار : يستعمل كحمام للأذن (1 إلى 5 قطرات) مرتين في اليوم لمدة 6 إلى 10 أيام.

- الأطفال : يستعمل كحمام للأذن (1 إلى 2 قطرات) مرتين في اليوم حسب عمر الطفل، لمدة 6 إلى 10 أيام.

ترك الرأس مائلا بعض الدقائق.

بصفة عامة لا يجب استعمال الدواء تحت الضغط الهوائي.

مدة العلاج لا يجب أن تتجاوز 10 أيام.

أشكال وتقدير :

محلول للأذن - قارورة 10,5 مل

لائحة 1

لا يستعمل بدون استشارة طبية - يجب احترام نصائح الطبيب المعالج - لا يبتلع

بروموفارم ش.م.

المنطقة الصناعية للساحل، حد السوالم - المغرب

بترخيص من بوشارا-ركورداني

APAZIDE

Nifurox

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire
- Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations à votre pharmacien
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il peut leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

FORMES ET PRESENTATIONS:

Gélules à 200 mg (jaune) : Boîte de 16 gélules.

COMPOSITION :

Nifuroxazide (DCI)	p. gélule 200 mg	p. boîte 3.2 g
--------------------	---------------------	-------------------

Excipient à effet notoire : Saccharose

INDICATIONS :

Diarrhée aiguë présumée d'origine bactérienne en l'absence de suspicion de phénomènes invasifs (altération de l'état général, fièvre, signes toxi-infectieux...)

Le traitement ne dispense pas de mesures diététiques et d'une réhydratation si elle est nécessaire.

L'importance de la réhydratation par soluté de réhydratation orale ou par voie intraveineuse doit être adaptée en fonction de l'intensité de la diarrhée, de l'âge et des particularités du patient (maladies associées...)

POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

Voie orale. Avalez les gélules à l'aide d'un verre d'eau.

Réservé à L'adulte et à l'enfant à partir de 10 ans.

Adultes : 4 gélules (800 mg) par jour en 2 à 4 prises.

Enfant à partir de 10 ans : 3 à 4 gélules (600 à 800 mg) par jour en 2 à 4 prises.

La durée du traitement est limitée à 7 jours.

CONTRE-INDICATIONS :

• Si vous êtes allergique au nifuroxazide, aux dérivés du nitrofurane ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament.

• Chez l'enfant de moins de 10 ans.

MISES EN GARDES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

Vous devez consulter rapidement votre médecin dans les cas suivants :

- En l'absence d'amélioration au bout de 2 jours de traitement, en cas d'apparition de fièvre, de vomissement.
- En cas de diarrhée supérieure à 6 selles liquides par jour ou qui dure plus de 24 heures ou qui s'accompagne d'une perte de poids, en cas de présence de sang ou de glaire dans les selles.
- En cas de soif intense, de sensation de langue sèche.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Devant une diarrhée chez l'enfant, il convient d'envisager l'éventualité d'un déficit congénital en saccharase, avant de prescrire un médicament contenant du saccharose.

Ce traitement est un complément des règles diététiques :

- Se réhydrater par les boissons abondantes, afin de compenser les pertes de liquide dues à la diarrhée.
- S'alimenter le temps de la diarrhée : en excluant les crudités, les fruits, les légumes verts, les plats épicés, ainsi que les aliments ou boissons glacés; en privilégiant les viandes grillées, le riz.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre ce médicament.

EFFETS INDESIRABLES :

Si l'un des effets suivants survient, arrêtez le médicament et consultez immédiatement votre médecin :

Atteintes de la peau : éruptions, eczéma, pustulose exanthématique aiguë généralisée, photosensibilité.

Manifestations allergiques : possibilité de réactions allergiques à type d'éruption cutanée, d'urticaire, ou de manifestations graves et immédiates pouvant mettre en jeu le pronostic vital, d'angioedème, ou de choc anaphylactique.

Manifestations hématologiques : thrombopénie, anémie hémolytique, agranulocytose.

Autres atteintes : élévation des enzymes du foie, chromaturie.

Tableau A (liste I)

b

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

idemco

101004 - 12/19

VITANEVRIL FORT 100 mg,

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT

VITANEVRIL FORT 100 mg, Comprimé pelliculé, boîte de 30.
(DCI) Benfotiamine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas des symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

2. COMPOSITION DU MEDICAMENT

Composition qualitative et quantitative en substance (s) active (s) par unité de prise

Benfotiamine	100 mg
Composition qualitative en excipients	
Excipients : Amidon de riz ; Lactose monohydraté ; Siéarite de magnésium ; Saccharose ; Talc ; Hypromellose ; Dioxyde de titane ; Macrogol 400 ; et l'eau purifiée.	
Excipient à effet notoire : Saccharose ; Lactose monohydraté.	

3. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITE

Analésique (A : appareil digestif et métabolisme).

4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

- Traitement du brûl-bû.
- prophylaxie des états de carence vitaminique dus à une diminution des apports alimentaires (par exemple : malabsorption, régimes restrictifs riches en protéines non supplémentés, nutrition parentérale), en association avec les autres vitamines du groupe B.
- proposé chez l'alcoolique, notamment en cas de polyneuropathies.
- proposé dans d'autres polyneuropathies supposées d'origine toxicienne, ulcérale, à forte dose, dans certains syndromes douloureux.

5. POSOLOGIE

- Mode et voies d'administration :

Voie orale.

- Durée du traitement :
- se conformer à l'ordonnance de votre médecin.

- Fréquence d'administration :

2 à 4 comprimés par jour, à avaler sans croquer.
DANS TOUT LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

6. CONTRE-INDICATIONS

A. ATTENTION !

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- Intolérance connue à la vitamine B1.
 - Ne pas administrer aux enfants de moins de 8 ans.
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN, IL EST OBLIGATOIRE DE VOTRE PHARMACIEN.

7. EFFETS INDESIRABLES

Sans objet.

N'HESITEZ PAS A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN ET A SIGNALER TOUT EFFET NON SOUHAITE ET GENANT.

VITANEVRIL FORT

30 comprimés pelliculés

Sans PPV

8. MISES EN GARDE D'EMPLOI

En raison de la présence dans ce médicament d'un excipient susceptible de provoquer un syndrome de malabsorption, il est déconseillé d'utiliser ce médicament EN CAS DE DOUTE, DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN.

EXCIPIENTS A EFFETS NOTOIRES :
Saccharose et Lactose
Parlons-en à votre médecin
EN CAS DE DOUTE, DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN.

9. INTERACTIONS

- Interactions avec d'autres médicaments.
- Interactions avec les aliments.
- Interactions avec les produits de phytothérapie ou thérapie alternatives.

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

10. UTILISATIONS EN CAS DE GROSSESSE ET D'ALLAITEMENT
Par mesure de précaution, il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse.

Allaitement : ce médicament est à éviter pendant l'allaitement.
D'UNE FACON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT.

11. LES EFFETS POSSIBLES DU TRAITEMENT SUR LA CAPACITE DE CONDUIRE UN VEHICULE OU A UTILISER CERTAINES MACHINES

Sans objet.

12. SYMPTOMES ET CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURDOSAGE

Sans objet.

13. CONDUITE A TENIR EN CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURS DOSES

Sans objet.

14. MENTION, SI NECESSAIRE, D'UN RISQUE DE SYNDROME DE SEVRAGE

Conditions de prescription et de délivrance

- Précautions particulières de conservation

- Tenir hors de la portée des enfants

- Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur la boîte

- Nom et adresse du fabricant quant celui-ci n'est pas le titulaire de l'AMM au Maroc

Sans objet

- Nom et adresse de l'EPI Titulaire de l'AMM au Maroc

SYNTHEMEDIC
20-22, Rue Zoubier Ibrou Al Aouam
Roches Noires
20300 Casablanca
Maroc

- la dernière date à laquelle cette notice a été approuvée est le : 03/2015

352125-06