

## 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, parodontologie 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
- 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-704733

131263

par courriel

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2563 Société : RETRAITE

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : AHMED CHENNOUNI

Date de naissance : 30-06-1946

Adresse : N° 161, Lot BORTA - ESSAOUIRA

Tél. : 0611 717109 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور محمد تدرارات  
الطبيب العام - خبير قضائي محلف  
لدى محكمة الاستئناف  
1 شارع المقاومة - الصويرة 44002

Date de consultation : 15/07/2022

Nom et prénom du malade : Emmanuelle Elchoumi Lalla Aicha Age: 69

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

Nature de la maladie : Brûlure + Contusion

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 : Marrakech Le : 15/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-704733

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



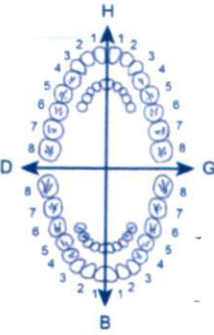
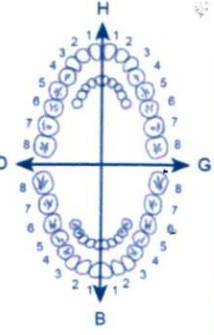
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <table><tr><td></td></tr></table>																					
					MONTANTS DES SOINS <table><tr><td></td></tr></table>																				
						DEBUT D'EXECUTION <table><tr><td></td></tr></table>																			
							FIN D'EXECUTION <table><tr><td></td></tr></table>																		
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <table><tr><td></td></tr></table>																					
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <table><tr><td></td></tr></table>						
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D	G																							
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <table><tr><td></td></tr></table>																						
				DATE DE L'EXECUTION <table><tr><td></td></tr></table>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور محمد تدرارات \* DR TADDRARATE MOHAMED

٨٠ ٤٨٠.٠٠ ٤٨٤.٨

Médecine Générale \* Expert Assermenté auprès des Tribunaux

الطبيب العام - خبير محلف لدى محكمة الاستئناف بأسفي

رقم 1 شارع المقاومة : 0524475954

الصويرة \* ٤٨٤.٠٠ ٤٨٤.٨ \* ESSAOUIRA

INPE : 071131544 ICE : 001819157000069

ORDONNANCE

\*\*\*\*\*

Le 15/07/2022

Nom : elmeziane ezzehouni lalla aich

Age : a 69a

60,100 x 2 = 120,00

Az 3.20

1cp 1er j puis 1/2 cp 2btes

Cétamyl 500mg 1000

1000 1cp 3fs/j

96.90  
Vitamine C 10.90

1000 1cp matin

Zinaskin 45 mg 20 cp

1cp mi

ZINASKIN 45 mg

RPV 40DH90

EXP 09/2024  
LOT 18066 17

20 comprimés effervescents

صيدلية البورج  
PHARMACIE EL BORI  
N°83 Rue 11 Jamil Bouj Lezouira  
08 08 35 60 33-05 24 75 38 38

1 Avenue Almokaouama Essaouira

E-mail: [taddrarat@menara.ma](mailto:taddrarat@menara.ma)

Horaire: 9H - 12H30 et 15H - 18H SAMEDI: 9H - 12H

صيدية البرج  
PHARMACIE EL BORJ  
N° 83 Rue 11 Janvie Borj I, Essaouira  
08 09 35 60 35-05 24 78 34 38

79.90

Touche soap  
1 càg 1/3



الدكتور محمد قديرات  
الطب العام - خبير قضائي محلف  
لدى محكمة الاستئناف  
1 شارع القلاوكة - الصويرة 44002

280.90

صيدية البرج  
PHARMACIE EL BORJ  
N° 83 Rue 11 Janvie Borj I, Essaouira  
08 09 35 60 35-05 24 78 34 38





**CETAMYL® 1g**  
Comprimés  
Paracétamol

Comprimés oblongs - Boîte de 10.

antipyrétique (fait baisser la fièvre).

douleurs et/ou fièvre (maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires,

ou à l'un des composants.

PL:

est réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 15 ans (> 50 kg).

La dose est de ½ à 1 comprimé dosé à 1 g par prise, à renouveler en cas de besoin au minimum.

Il n'est généralement pas nécessaire de dépasser 3 g de CETAMYL® par jour, soit 3 comprimés. Cependant, en cas de douleurs plus intenses, la posologie maximale peut être augmentée jusqu'à 4 g par jour, soit 4 comprimés par jour. Toujours respecter un intervalle de 4 heures entre les prises. En cas d'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine inférieure à 10 ml/min), l'intervalle entre deux prises sera au minimum de 8 heures. La dose de paracétamol ne devra pas dépasser 3 g par jour, soit 3 comprimés.

En cas de persistance de douleur ou de fièvre, d'efficacité insatisfaisante, ou d'apparition d'autres symptômes, il est recommandé de prévenir votre médecin ou votre pharmacien.

**Mode d'administration :**

Voie orale.

Les comprimés sont à avaler, si besoin après les avoir cassés en deux, tels quels avec une boisson (eau, lait, jus de fruit).

**MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :**

En raison de la dose unitaire par comprimé (1g), CETAMYL® 1g n'est pas adaptée à l'enfant de moins de 15 ans. Pour éviter un risque de surdosage, vérifier l'absence de paracétamol dans la composition d'autres médicaments.

Doses maximales recommandées :

Adulte et enfant de plus de 50 kg : la dose totale de paracétamol ne doit pas excéder 4 g par jour.

**Grossesse et allaitement :**

CETAMYL® 1g, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse et pendant l'allaitement.

**CETAMYL® est un médicament. Ne pas laisser à la portée des enfants.**

En cas de doute ou de complications, demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

**EFFETS INDESIRABLES :**

- Rarement : Réactions d'hypersensibilité à type de choc anaphylactique, œdème de Quincke, érythème, urticaire, rash cutané. Leur survenue impose l'arrêt définitif de ce médicament et des médicaments apparentés.

- Exceptionnellement : thrombopénie, leucopénie et neutropénie.

**Surdosage :**

En cas de surdosage thérapeutique ou intoxication accidentelle, prévenir impérativement le médecin traitant ou le pharmacien et transférer immédiatement le sujet en milieu hospitalier.

**INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES :**

**Nécessitant des précautions d'emploi :**

- Anticoagulants oraux : risque d'augmentation de l'effet de l'anticoagulant oral et du risque hémorragique en cas de prise de CETAMYL® aux doses maximales (4 g/j) pendant au moins 4 jours. Contrôle régulier de l'INR. Adaptation éventuelle de la posologie de l'anticoagulant oral pendant le traitement par CETAMYL® et après son arrêt.

**Examens paracliniques :**

La prise de CETAMYL® peut fausser le dosage de la glycémie par la méthode à la glucose oxydase-peroxydase en cas de concentrations anormalement élevées.

La prise de CETAMYL® peut fausser le dosage de l'acide urique sanguin par la méthode à l'acide phosphotungstique.

**CONDITIONS DE CONSERVATION :**

Conserver à l'abri de la lumière et en dessous de 25°C.

Délivrance : Libre

CETAMYL® Comprimés 1g - Boîte de 10 : AMM N° : 209/11/DMP/21/NNP

Edition : Janvier 2013



LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES GALEMICA  
Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

NCT181V2

# TOUDEX<sup>®</sup> sirop

## Forme et présentation :

Sirop. Flacon de 125 ml, Flacon de 200 ml

## Composition :

Cassis feuille, mauve bleu fleur (eau, potassium sorbate, sodium benzoate, glycérine, acide citrique), extrait fluide de cassis et de mauve (potassium sorbate, sodium benzoate, gommes : acacia, xanthane et thixogum, acide citrique monohydrate, aspartame, arôme framboise, eau).

## Propriétés :

**TOUDEX<sup>®</sup>** est une association synergique de mauve et de cassis (i fluid\*) bénéfiques pour les irritations de la gorge, les encombrements et inflammations des voies respiratoires.

La mauve possède une action pectorale, calmante, adoucissante et émolliente.

Le cassis (i fluid) possède une action anti-inflammatoire naturelle.

\*I fluid est un procédé unique breveté grâce auquel l'ensemble des composants de la plante est précieusement préservé, pour être restitué dans son intégrité.

## Conseils d'utilisation :

Agiter avant utilisation.

Nourrisson (à partir d'un an) : 1 cuillerée à café 2 fois/jour

Enfant : 1 à 2 cuillerées à café 3 fois/jour.

Adulte : 1 cuillerée à soupe 3 fois/jour.

## Durée d'utilisation :

Une fois le flacon entamé, il doit être utilisé dans l'ouverture.

Fabrique Phytéo Laboratoires

Distribué par Ramo-Pharm

Complément alimentaire n'est pas

**TOUDEX<sup>®</sup> Mauve - Cassis**



Sans alcool  
Sans sucre

LOT 103025/F C4  
PER 02/2025  
PPC 79.90

UNICA

00061 00081 1 9  
 AZ 500 mg  
 Boîte de 3 comprimés  
 PVP : 60.0

prymcine et d'autres macrolides, de rares  
 avés à type d'œdème de Quincke et de  
 es ont été rapportées.  
 nce de saccharose dans la suspension,  
 ntre-indiqué en cas d'intolérance au  
 de malabsorption du glucose et du  
 n sucrase-isomaltase.  
 n contient du saccharose. En tenir compte.

**FORMES ET PRÉSENTA**

- Comprimés 500 mg - Bo
- Alu/PVC.
- Gélules 250 mg - Boîte
- Alu/PVC.
- Poudre pour suspension b
- et 30 ml.

**COMPOSITION :**

**AZ® Comprimés 500 mg :**

- Azithromycine (sous forme di
- Excipient QSP
- Excipients à effet notoire : Lact

**AZ® Gélules 250 mg :**

- Azithromycine (sous forme dihydrate)..... 250 mg
- Excipient QSP..... 1 gélule
- Excipients à effet notoire : Lactose.

**AZ® Poudre pour suspension buvable :**

- Azithromycine (sous forme dihydrate)..... 200 mg
- Excipient QSP..... 5 ml
- Excipients à effet notoire : Saccharose - Parahydroxybenzoate de méthyle.

**PROPRIETES :**

**Antibactérien à usage systémique (anti-infectieux).**  
 Antibiotique de la famille des macrolides, classe des azalides,  
 Code ATC : J01FA10.

**INDICATIONS :**

Traitement des infections dues aux germes définis comme  
 sensibles :

**AZ® comprimés 500 mg et gélules 250 mg :**

- Angines documentées à streptocoque A bêta-hémolytique, en  
 alternative au traitement par bêta-lactamines particulièrement  
 lorsque celui-ci ne peut être utilisé.
- Surinfections des bronchites aiguës.
- Exacerbations des bronchites chroniques.
- Infections stomatologiques.

**AZ® Poudre pour suspension buvable :**

- Angines à streptocoque A bêta-hémolytique, en alternative au  
 traitement par bêta-lactamines particulièrement lorsque celui-ci  
 ne peut être utilisé, chez l'enfant à partir de 3 ans.

E AZ B B 2 V FA 02

**Grossesse :**

Il est préférable, par précaution, de ne pas utiliser  
 azithromycine au cours du 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse.

En raison du bénéfice attendu, l'utilisation de l'azithromycine  
 peut être envisagée à partir du 2<sup>e</sup> trimestre de la grossesse si  
 besoin.

**Allaitement :**

Chez la femme allaitante, l'azithromycine ne sera administrée  
 que sous avis du médecin traitant ou du pharmacien.

**En cas de doute, demander l'avis de votre médecin ou de  
 votre pharmacien.**

**AZ® est un médicament : ne pas laisser à la portée des  
 enfants.**

**EFFETS INDESIRABLES :**

- Possibilité de survenue de :
  - Candidose.
  - Thrombocytopénie.
  - Réactions d'hypersensibilité, exceptionnellement œdème de  
 Quincke.
  - Rares cas d'agressivité, nervosité, agitation et anxiété.
  - Sensations vertigineuses, rares cas de convulsions.
  - Rares cas de dysgueusies et/ou dysosmie pouvant aller  
 jusqu'à l'agueusie et/ou l'anosmie.
  - Rares cas de troubles de l'audition avec acouphène ou surdité,  
 réversibles dans la majorité des cas.
  - Rares cas d'allongement de l'intervalle QT et de torsades de  
 pointes.
  - Nausées, vomissements, dyspepsie, diarrhée (rarement  
 sévère), gêne abdominale, pancréatite, rares cas de colites  
 pseudomembraneuses.
  - Augmentation des enzymes hépatiques réversible à l'arrêt du  
 traitement.
  - Rares cas de nécrose hépatique et d'insuffisance hépatique.
  - Des cas isolés d'hépatite cholestatique.
  - Rash cutané, photosensibilité, urticaire, prurit.
  - Arthralgies.

ن التركيز الدموي و الإفراز البولي أقل من 40 ملل / في  
من الضروري، خاصة عند المصابين بقصور كبدي  
عند المصابين بقصور كبدي خطير و لا عند المرضى



أزيد  
أزيتروميسين

#### الأشكال و التقديم :

أقراص عيار 500 ملغ - العلبة تحتوي على 3 أقراص  
و بوليكرولور الفينيل.  
كبسولات عيار 250 ملغ - العلبة تحتوي على  
ألومنيوم و بوليكرولور الفينيل.  
مسحوق للشرب المعلق عيار 200 ملغ / 5 ملل - القنينة تحتوي على 15 أو 30 ملل.

#### التكوين :

أزيد<sup>(1)</sup> أقراص عيار 500 ملغ :

أزيتروميسين (تحت هيئة مكررة التمييه) : 500 ملغ  
سواغات لما يكفي : قرص واحد

سواغات ذات تأثير معلوم : لاكتوز.

أزيد<sup>(2)</sup> كبسولات عيار 250 ملغ :

أزيتروميسين (تحت هيئة مكررة التمييه) : 250 ملغ  
سواغات لما يكفي : كبسولة واحدة

سواغات ذات تأثير معلوم : لاكتوز.

أزيد<sup>(3)</sup> مسحوق للشرب المعلق :

أزيتروميسين (تحت هيئة مكررة التمييه) : 200 ملغ  
سواغات لما يكفي : 5 ملل.

سواغات ذات تأثير معلوم : ساكاروز - باراهيدروكسيبازوات الميثيل .

#### الخصائص :

مضاد بكتيري لإستعمال ممنهج (مضاد العفن).

مضاد حيوي من طائفة الماكروليد، من صف الأزايدات، الرمز J01FA10.

#### الاستطبابات :

علاج التعنفات الناتجة عن الجراثيم المعروفة، بالمتأثرة :

أزيد<sup>(4)</sup> أقراص عيار 500 ملغ و كبسولات عيار 250 ملغ :

- الذئبة اللوزية المستدلة بالمكورات العقدية، مع بيتا انحلال الدم، بالتعاقب مع بيتا  
لاكتامين خصوصا عندما لا يمكن الإنتفاع بهذه.

- المضاعفات الإلتهابية الحادة للشعب الهوائية.

- احتداد إصابة الشعب المزمن.

نات الفموية.

جمال إيريتروميسين و غيره من الميكروبيدات، نادرا ما لوحظ تفاعل حسي  
فتة و ذمة كوينك و تفاعلات تأقية.

واحد الساكاروز في المعلق، هذا الدواء لا يوصف في حالة عدم تحمل  
أو تزامن سوء امتصاص الكليكويز و كلاكتوز، أو نقص في خميرة  
ومالطاز.

- معلق أزيد<sup>(5)</sup> يحتوي على الساكاروز. و لهذا يجب أن يؤخذ ذلك في الحسبان.

#### الحمل و الرضاعة :

#### الحمل :

- من الأجدر، و من الإحتراس، لا يستعمل أزيتروميسين أثناء الحمل في الثلاثة أشهر الأولى  
منه.

- بسبب الغاية المتوخاة و المنتظرة، إستعمال أزيتروميسين يمكن تقريره ابتداء من الثلاثة  
أشهر الثانية من الحمل عند الإحتياج.

#### الرضاعة :

عند المريض، أزيتروميسين لا يجرع إلا باستشارة الطبيب المعالج أو الصيدلاني.

عند الإرتباب، استشيروا طبيبك أو الصيدلاني.

أزيد<sup>(6)</sup> هو دواء لا يتوك في تناول الأطفال.

تأثيرات غير المرغوب فيها :

إمكانية حدوث :

- فطر الميكوز .

- النقصان في عدد صفائح الدم.

- تفاعلات فرط الحساسية، استثنائيا و ذمة كوينك.

- حالات نادرة من العدوانية، تهيج الأعصاب، إهتياج و قلق.

- إحساس بالدوخة، حالات نادرة من الاختلاج.

- حالات خلل في الدوق نادرة و / أو اضطراب استقبال الشم، يمكن أن تمتد إلى فقدان

حاسة الذوق.

- حالات إضطرابات سمعية نادرة مع طنين أو الصمم ترصد في معظم الحالات.

- حالات نادرة من إمتداد بون QT و الحلزونية الهدبية.

- غثيان، قيء، عسر الهضم - إسهال (نادرا ما يكون قاسيا)، آلام بطنية مزعجة، إتهاب

البنكرياس، حالات نادرة من إتهاب القولون الغشائي المتستر.



## Déclaration des effets secondaires \*

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement au Centre National de Pharmacovigilance (tél. 0801000180 - Email : capm@capm.ma) ou au laboratoire LAPROPHAN (E-mail : pharmacovigilance@laprophan.com). En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

## 5 - COMMENT CONSERVER VITA C 1000\* COMPRIMÉS EFFERVESCENTS ET VITA C 1000\* SANS SUCRE COMPRIMÉS EFFERVESCENTS ?

- Tenir hors de la portée et de la vue des enfants
- Ne pas utiliser VITA C 1000\* comprimés effervescents ou VITA C 1000\* SANS SUCRE comprimés effervescents après la date de péremption figurant sur la boîte. (La date d'expiration fait référence au dernier jour du mois mentionné).
- Durée de conservation (conditions de conservation)

### VITA C 1000\* comprimés effervescents

36 mois  
Tube à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité

### VITA C 1000\* SANS SUCRE comprimés effervescents

36 mois  
Tube à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité

- Si nécessaire, mises en garde contre certains signes de détérioration  
Ne jetez aucun médicament au tout-à-l'égout ou avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien d'éliminer les médicaments que vous n'utilisez plus. Ces mesures contribueront à protéger l'environnement.

## 6 - INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

- Que contient VITA C 1000\* comprimés effervescents et VITA C 1000\* SANS SUCRE comprimés effervescents ?

### VITA C 1000\* comprimés effervescents

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

Acide ascorbique (Vitamine C) ..... p. comp. eff. 1 g

### Composition qualitative en excipients

Acide citrique anhydre, Bicarbonate de sodium, Cyclamate de sodium, Benzoate de sodium, Saccharose, Arôme orange polvaromas n° 3, Colorant jaune orangé S, Ethanol à 96 %, Eau purifiée.

### VITA C 1000\* SANS SUCRE comprimés effervescents

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

Acide ascorbique (Vitamine C) ..... p. comp. eff. 1 g

### Composition qualitative en excipients

Acide citrique anhydre, Bicarbonate de sodium, Aspartam, Cyclamate de sodium, Colorant jaune orangé S, Arôme orange

acétique

ne a été révisée :

# Vita C 1000\*

FPV 26DH90

EXP 04/2025

LOT 23040 2

AMM N° 02 DMP/21



Laprophan