

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0021653

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05683 Société : RAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : RACHIDI Hassan
 Date de naissance : 05.07.1960
 Adresse :
 Tél. : 06613172 67 Total des frais engagés : # 2643,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14 / 10 / 2022
 Nom et prénom du malade : DRICHI KHADIJA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection ORL + Rhumatisme
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
14/10/2022	S	500 DM		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14-10-22	2143,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

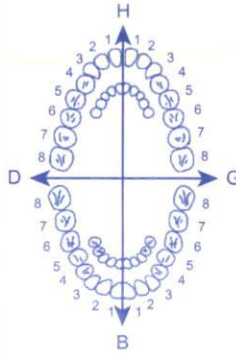
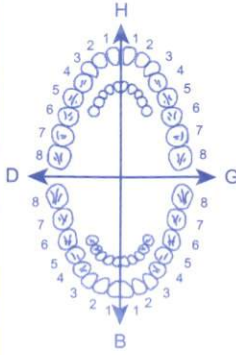
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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 <table border="1"> <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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca le: 14.10.2022 في الدار البيضاء.

Mme Khadija Benach

1- Amoxic 1g cp

1 cp x 2 / 1 x 1 semaine

84 x 4

2- Oflox 500

x 3 1 jour

84,10 x 12

3- METHOTREXATE 20 mg injectable

injecter 15 mg soit 0.6 ml
intramusculaire une fois par semaine

26,20
4- Aspl 5 mg cp

2 cp / semaine par voie orale

à prendre 2 jours après le
methotrexate

x 3 mois

1 - Vitox D3: 97x3

2 - 10 gauts / jour

3 - Inexium 20 mg:
1 gélule / jour le
jeûne

4 - Tardyfron 80:
1 cp / jour

5 - Sulfarban 12.5 mg:
1 cp x 2 / jour

6 - Gel buccal Hydrabark Gum:
1 application x 2 / jour au
besoin.

10 - VAXIGRIP: 1 boîte

$\frac{1}{1} = 2143,10$

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir benou al ouam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boîte 14
640150MP/21/NRO P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir benou al ouam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boîte 14
640150MP/21/NRO P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

x 3 mois

x 3 mois

x 3 mois

x 3 mois

Dr. M. EL FERRI
38 Boulevard B. Anzarane
Madrin - Casablanca
Tél: 05 22 99 34 34 / 35

PHARMACIE ET PARAPHARMACIE
ROUTE D'EL JADIDA
240, Bd Brahim Roudani
Casablanca
Tél: 05 22 99 57 41

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Methotrexate biodim 25mg/ml
al b1 mv
P.P.V : 94,10 DH



Methotrexate BIODIM® 25 mg - 1 mL
solution injectable

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



**CE MÉDICAMENT
+ GROSSESSE
= INTERDIT**

Ne pas utiliser chez les adolescents, ou
les femmes et les hommes en âge de
procréer, et sans contraception efficace.
Ne pas utiliser chez la femme enceinte.

Pour les indications rhumatologiques et dermatologiques,
à utiliser une fois par semaine seulement le

(inscrire en toutes lettres le jour de la semaine où le produit doit
être utilisé).

Précautions :

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS

Tout le matériel utilisé pour la dilution et l'administration du produit
doit être détruit conformément aux procédures de traitement des
déchets cytotoxiques.

METHOTREXATE BIODIM®
25 mg - 1 mL
solution injectable - flacon 1 mL



NEURAXPHARM®

Titulaire et exploitant : NEURAXPHARM FRANCE
84 rue de Grenelle, 75007 Paris, FRANCE

Ce flacon, contient
25 mg
de méthotrexate

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Methotrexate biodim 25mg/ml
al b1 mv
P.P.V : 94,10 DH



Methotrexate BIODIM® 25 mg - 1 mL
solution injectable

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
LISTE 1 - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



**CE MÉDICAMENT
+ GROSSESSE
= INTERDIT**

Ne pas utiliser chez les adolescents, ou
les femmes et les hommes en âge de
procréer, et sans contraception efficace.
Ne pas utiliser chez la femme enceinte.

Pour les indications rhumatologiques et dermatologiques,
à utiliser une fois par semaine seulement le

(inscrire en toutes lettres le jour de la semaine où le produit doit
être utilisé).

Précautions :

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS

Tout le matériel utilisé pour la dilution et l'administration du produit
doit être détruit conformément aux procédures de traitement des
déchets cytotoxiques.

METHOTREXATE BIODIM®
25 mg - 1 mL
solution injectable - flacon 1 mL



NEURAXPHARM®

Titulaire et exploitant : NEURAXPHARM FRANCE
84 rue de Grenelle, 75007 Paris, FRANCE

Ce flacon, contient
25 mg
de méthotrexate

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Methotrexate biodim 25mg/ml
al b1 mv
P.P.V : 94,10 DH



Methotrexate BIODIM® 25 mg - 1 mL
solution injectable

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
LISTE 1 - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



**CE MÉDICAMENT
+ GROSSESSE
= INTERDIT**

Ne pas utiliser chez les adolescents, ou
les femmes et les hommes en âge de
procréer, et sans contraception efficace.
Ne pas utiliser chez la femme enceinte.

Pour les indications rhumatologiques et dermatologiques,
à utiliser une fois par semaine seulement le

(inscrire en toutes lettres le jour de la semaine où le produit doit
être utilisé).

Précautions :

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS

Tout le matériel utilisé pour la dilution et l'administration du produit
doit être détruit conformément aux procédures de traitement des
déchets cytotoxiques.

METHOTREXATE BIODIM®
25 mg - 1 mL
solution injectable - flacon 1 mL



NEURAXPHARM®

Titulaire et exploitant : NEURAXPHARM FRANCE
84 rue de Grenelle, 75007 Paris, FRANCE

Ce flacon, contient
25 mg
de méthotrexate

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Methotrexate biodim 25mg/ml
al b1 mv
P.P.V : 94,10 DH



Methotrexate BIODIM® 25 mg - 1 mL
solution injectable

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
LISTE 1 - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



**CE MÉDICAMENT
+ GROSSESSE
= INTERDIT**

Ne pas utiliser chez les adolescents, ou
les femmes et les hommes en âge de
procréer, et sans contraception efficace.
Ne pas utiliser chez la femme enceinte.

Pour les indications rhumatologiques et dermatologiques,
à utiliser une fois par semaine seulement le

(inscrire en toutes lettres le jour de la semaine où le produit doit
être utilisé).

Précautions :

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS

Tout le matériel utilisé pour la dilution et l'administration du produit
doit être détruit conformément aux procédures de traitement des
déchets cytotoxiques.

METHOTREXATE BIODIM®
25 mg - 1 mL
solution injectable - flacon 1 mL



NEURAXPHARM®

Titulaire et exploitant : NEURAXPHARM FRANCE
84 rue de Grenelle, 75007 Paris, FRANCE

Ce flacon, contient
25 mg
de méthotrexate

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Methotrexate biodim 25mg/ml
al b1 mv
P.P.V : 94,10 DH



Methotrexate BIODIM® 25 mg - 1 mL
solution injectable

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
LISTE 1 - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



**CE MÉDICAMENT
+ GROSSESSE
= INTERDIT**

Ne pas utiliser chez les adolescents, ou
les femmes et les hommes en âge de
procréer, et sans contraception efficace.
Ne pas utiliser chez la femme enceinte.

Pour les indications rhumatologiques et dermatologiques,
à utiliser une fois par semaine seulement le

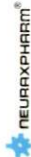
(inscrire en toutes lettres le jour de la semaine où le produit doit
être utilisé).

Précautions :

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS

Tout le matériel utilisé pour la dilution et l'administration du produit
doit être détruit conformément aux procédures de traitement des
déchets cytotoxiques.

METHOTREXATE BIODIM®
25 mg - 1 mL
solution injectable - flacon 1 mL



NEURAXPHARM®
Titulaire et exploitant : NEURAXPHARM FRANCE
84 rue de Grenelle, 75007 Paris, FRANCE

Ce flacon, contient
25 mg
de méthotrexate

ACFOL®

5mg

Acide folique / Comprimés

LOT: 14222009

PER: 07/2026

PPV: 26, 20 DH

28

Comprimés

Voie orale

Composition :

Composition par comprimé :

Principe actif:

Acide folique 5 mg

Excipients : q.s.p 1 comprimé

Excipients à effet notoire : Lactose monohydrate.

Indications :

Se reporter à la notice

A conserver dans l'emballage original pour le protéger de la lumière.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

5 ملغ

أكفول®

حامض الفوليك / أقراص

28

قرصا

عن طريق الفم

Tardyferon®

Fer 80 mg

تارديفيرون®
80 ملغ حديد

30 قرصاً ملبساً
30 comprimés pelliculés

عن طريق الفم Voie orale

الموزع / Distribué par

كوبر فارما / COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - 20 110 Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI
41, رنقة محمد ديوري - 20 110 الدار البيضاء
الصيدلاني المسؤول: أمينة الداودي

Composition qualitative et quantitative : Fer 80,000 mg. Sous forme de sulfate ferreux desséché. Excipient q.s.p. un comprimé pelliculé. **Indications thérapeutiques :** Ce médicament est un apport en fer. Il est préconisé dans l'anémie par carence en fer et pour prévenir cette carence pendant la grossesse lorsqu'un apport alimentaire en fer est insuffisant. **Mode et voie d'administration :** Avaler le comprimé entier avec de l'eau. Ne pas sucer, mâcher ou garder le comprimé dans la bouche. A prendre avec un grand verre d'eau de préférence avant ou pendant les repas, en fonction de la tolérance digestive. **Tenir hors de la portée et de la vue des enfants. Lire la notice avant utilisation. Pas de précautions particulières de conservation.**

PDV : 40.50 DH



Tardyferon® 80 mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334

AMM N° 473/17/DMP/21/NRQ

المصنع / Fabricant

PIERRE FABRE MEDICAMENT PRODUCTION
Rue du Lycée - 45500 Gien - France
بيهر فابر دواء للتصنيع
شارع اللبسة - 45500 جيئن - فرنسا



Pierre Fabre

برخصة من / Sous licence

PIERRE FABRE MEDICAMENT France

Tardyferon®
Fer 80 mg

تارديفيرون®
80 ملغ حديد

30 قرصاً ملبساً
30 comprimés pelliculés

عن طريق الفم Voie orale

الموزع / Distribué par

كوبر فارما / COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - 20 110 Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI
41, زنقة محمد ديوري - 20 110 الدار البيضاء
الصيدلاني المسؤول: أمينة الداودي

Composition qualitative et quantitative : Fer 80,000 mg. Sous forme de sulfate ferreux desséché. Excipient q.s.p. un comprimé pelliculé. **Indications thérapeutiques :** Ce médicament est un apport en fer. Il est préconisé dans l'anémie par carence en fer et pour prévenir cette carence pendant la grossesse lorsqu'un apport alimentaire en fer est insuffisant. **Mode et voie d'administration :** Avaler le comprimé entier avec de l'eau. Ne pas sucer, mâcher ou garder le comprimé dans la bouche. A prendre avec un grand verre d'eau de préférence avant ou pendant les repas, en fonction de la tolérance digestive. **Tenir hors de la portée et de la vue des enfants. Lire la notice avant utilisation. Pas de précautions particulières de conservation.**

PDV : 40.50 DH



Tardyferon® 80 mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334

AMM N° 473/17/DMP/21/NRQ

المصنع / Fabricant

PIERRE FABRE MEDICAMENT PRODUCTION
Rue du Lycée - 45500 Gien - France
بيهر فابر دواء للتصنيع
شارع اللبسة - 45500 جيين - فرنسا



Pierre Fabre

برخصة من / Sous licence

PIERRE FABRE MEDICAMENT France

PIERRE FABRE MEDICAMENT France

Composition: Hyaluronate de sodium 0.25 %, sel disodique d'EDTA, chlorite de sodium, solution isotonique tamponnée à pH 7.2.

Composition: Sodium hyaluronate 0.25%, EDTA disodium salt, sodium chlorite, buffered isotonic solution pH 7.2.

المكونات:

هيايالورونات الصوديوم 0.25%؛ ملح EDTA ثنائي الصوديوم،
كلوريت الصوديوم، محلول متساوي التوتر
مخفف إلى درجة حموضة 7.2.

Distributeur / Distributor

الموزع:

Laboratoire DENSMORE

7 rue de Millo - BP 486

98012 Monaco - Cedex

مخبر دينسمور

7 شارع ميلو - ص.ب. 486

98012 موناكو - سيدكس

**Fabricant /
Manufacturer /
المصنع:**

Italdevice S.r.l.

Via Laurentina km 26,700

Pomezia - Rome - Italy

إيطاليا ديفاييس ش.ذ.م.م

700 فيا لورنتينا

بوميزيا - روما - إيطاليا

www.italdevice.com

CE

1370

STERILE A 1 معلقم



OFTAAX®

أوفتاكس

8 ml

8 مل



**Solution ophtalmique à base de
hyaluronate de sodium à 0,25 %**

Ophthalmic solution

With sodium hyaluronate 0.25%

محلول للعين مع هيايالورونات

الصوديوم بنسبة 0.25%

DENSMORE
LABORATOIRE

OPHTALMED
PPC
84.00 DHS

Indications: Lubrification et hydratation oculaire. OFTAAX® est une solution ophtalmique lubrifiante indiquée pour le traitement symptomatique du syndrome de sécheresse oculaire et pour la protection de la cornée comme substitut lacrymal. Pour les indications, le mode d'emploi et les avertissements attentivement la notice.

Indications: ...

for
y
to
d

EF0X08FEA-I20-V1



401060

124137

Composition : Hyaluronate de sodium 0.25 %, sel disodique d'EDTA, chlorite de sodium, solution isotonique tamponnée à pH 7.2.

Composition: Sodium hyaluronate 0.25%, EDTA disodium salt, sodium chlorite, buffered isotonic solution pH 7.2.

المكونات:

هيايورونات الصوديوم 0.25%؛ ملح EDTA ثنائي الصوديوم،
كلوريت الصوديوم، محلول متساوي التوتر
مخفف إلى درجة حموضة 7.2.

Distributeur / Distributor

الموزع:

Laboratoire DENSMORE

7 rue de Millo - BP 486

98012 Monaco - Cedex

مخبر دينسمور

7 شارع ميلو - ص.ب. 486

98012 موناكو - سيدكس

**Fabricant /
Manufacturer /
المصنع:**

Italdevice S.r.l.

Via Laurentina km 26,700

Pomezia - Rome - Italy

إيطاليا ديفاييس سي.إل.إم.

700 فيا لورنتينا

بوميزيا - روما - إيطاليا

www.italdevice.com

CE

1370

STERILE A 1 معلقم



OFTAAX®

أوفتاكس

8 ml

8 مل



**Solution ophtalmique à base de
hyaluronate de sodium à 0,25 %**

Ophthalmic solution

With sodium hyaluronate 0.25%

محلول للعين مع هيايورونات

الصوديوم بنسبة 0.25%

DENSMORE
LABORATOIRE



401060

124137

3

Indications : Lubrification et hydratation oculaire. OFTAAX® est une solution ophtalmique lubrifiante indiquée pour le traitement symptomatique du syndrome de sécheresse oculaire et pour la protection de la cornée comme substitut lacrymal. Pour les indications, le mode d'emploi et les avertissements attentivement la notice.

Indications: ...

OPHTALMED
PPC
84.00 DHS

Composition: Hyaluronate de sodium 0.25 %, sel disodique d'EDTA, chlorite de sodium, solution isotonique tamponnée à pH 7.2.

Composition: Sodium hyaluronate 0.25%, EDTA disodium salt, sodium chlorite, buffered isotonic solution pH 7.2.

المكونات:

هيايالورونات الصوديوم 0.25%؛ ملح EDTA ثنائي الصوديوم،
كلوريت الصوديوم، محلول متساوي التوتر
مخفف إلى درجة حموضة 7.2.

Distributeur / Distributor

الموزع:

Laboratoire DENSMORE

7 rue de Millo - BP 486

98012 Monaco - Cedex

مخبر دينسمور

7 شارع ميلو - ص.ب. 486

98012 موناكو - سيدكس

**Fabricant /
Manufacturer /
المصنع:**

Italdevice S.r.l.

Via Laurentina km 26,700

Pomezia - Rome - Italy

إيطاليا ديفاييس سي.إل.إم.

700 فيا لورنتينا

بوميزيا - روما - إيطاليا

www.italdevice.com

CE

1370

STERILE A 1 معلّم



OFTAAX®

أوفتاكس

8 ml

8 مل



**Solution ophtalmique à base de
hyaluronate de sodium à 0,25 %**

Ophthalmic solution

With sodium hyaluronate 0.25%

محلول للعين مع هيايالورونات

الصوديوم بنسبة 0.25%

DENSMORE
LABORATOIRE



EF0X08FEA-I20-V1

OPHTALMED
PPC
84.00 DHS

Indications: Lubrification et hydratation oculaire. OFTAAX® est une solution ophtalmique lubrifiante indiquée pour le traitement symptomatique du syndrome de sécheresse oculaire et pour la protection de la cornée comme substitut lacrymal. Pour les indications, le mode d'emploi et les avertissements attentivement la notice.

Indications: ...

for
y
to
d

Composition: Hyaluronate de sodium 0.25 %, sel disodique d'EDTA, chlorite de sodium, solution isotonique tamponnée à pH 7.2.

Composition: Sodium hyaluronate 0.25%, EDTA disodium salt, sodium chlorite, buffered isotonic solution pH 7.2.

المكونات:

هيايالورونات الصوديوم 0.25%؛ ملح EDTA ثنائي الصوديوم،
كلوريت الصوديوم، محلول متساوي التوتر
مخفف إلى درجة حموضة 7.2.

Distributeur / Distributor

الموزع:

Laboratoire DENSMORE

7 rue de Millo - BP 486

98012 Monaco - Cedex

مخبر دينسمور

7 شارع ميلو - ص.ب. 486

98012 موناكو - سيدكس

**Fabricant /
Manufacturer /
المصنع:**

Italdevice S.r.l.

Via Laurentina km 26,700

Pomezia - Rome - Italy

إيطاليا ديفاييس سي.إل.إم.

700 فيا لورنتينا

بوميزيا - روما - إيطاليا

www.italdevice.com

CE

1370

STERILE A 1 معلّم



OFTAAX®

أوفتاكس

8 ml

8 مل



**Solution ophtalmique à base de
hyaluronate de sodium à 0,25 %**

Ophthalmic solution

With sodium hyaluronate 0.25%

محلول للعين مع هيايالورونات

الصوديوم بنسبة 0.25%

DENSMORE
LABORATOIRE

OPHTALMED
PPC
84.00 DHS

Indications: Lubrification et hydratation oculaire. OFTAAX® est une solution ophtalmique lubrifiante indiquée pour le traitement symptomatique du syndrome de sécheresse oculaire et pour la protection de la cornée comme substitut lacrymal. Pour les indications, le mode d'emploi et les avertissements attentivement la notice.

Indications: ...

for
y
to
d

EF0X08FEA-I20-V1



401060

124137

Protects the mouth from damage due to:
Specifically designed for the sensitive oral mucosa. No alcohol, parabens, SLS, glycerin or strong aroma. Non-oily formulation. Low allergen gentle spearmint/herbal flavor. Apply 1-2 cm to gums and/or tongue up to 10 times a day, especially before going to bed and at night, for up to 30 days. If symptoms of dry mouth persist, consult a healthcare professional. Suitable for denture users. For adults and children 7+ years old under adult supervision. Keep out of reach of children. Do not use in the presence of hypersensitivity to any ingredients contained in the product.

• Schützt den Mund vor Schäden durch Mundtrockenheit. Enthält kein Alkohol, Speziell entwickelt für die empfindliche Mundschleimhaut. Enthält keine Aromastoffe, Parabene, SLS, Glycerin oder starke Aromastoffe. Offrine Formulierung. Mildes Pfefferminzaroma mit geringem Allergiepotezial. Tragen Sie bis zu 10x täglich einen 1-2 cm langen Strang auf Zahnfleisch und/oder Zunge auf, vor allem vor dem Zubettgehen und in der Nacht. Bis zu 30 Tage anwenden. Wenn die Symptome der Mundtrockenheit anhalten, suchen Sie bitte einen Arzt auf. Für Prothesenträger geeignet. Für Erwachsene und Kinder ab 7 Jahren unter Aufsicht von Erwachsenen. **Außerhalb der Reichweite von Kindern aufbewahren. Bei Überempfindlichkeit auf einen der Inhaltsstoffe bitte nicht verwenden.**

MOISTURIZING GEL
FEUCHTIGKEITSGEL



INGREDIENTS: Aqua, Hydrogenated Starch Hydrolyzate, Propenediol, PVP, Sodium Citrate, Betaine, Gluconolactone, Sodium Benzozate, Chondrus Crispus (Carrageenan) Powder, Xanthan Gum, Xylitol, PEG-40 Hydrogenated Castor Oil, Taurine, Citric Acid, Sodium Hydioxide, Sodium Hyaluronate, Sucralose, Calcium Lactate, Stevia Rebaudiana Extract, Amino C 191401, 42090



Spécifiquement formulé pour les muqueuses buccales sensibles et fragilisées. Sans alcool, sans parabènes, sans SLS, sans glycérine et sans arômes fort. Formule non grasse. Arôme hypoallergénique et doux de menthe verte. Appliquez 1 à 2 cm de gel sur les gencives et/ou la langue jusqu'à 10 fois par jour, en particulier le soir au coucher et au cours de la nuit, sur une période allant jusqu'à 30 jours. Si les symptômes de sécheresse persistent, consultez un professionnel de santé. Convient aux personnes porteuses de prothèses dentaires amovibles. Pour adultes et enfants de plus de 7 ans sous la supervision d'un adulte. Tenir hors de la portée des enfants. Ne pas utiliser en cas d'hypersensibilité à un ou plusieurs ingrédients présents dans la formule. Dispositif médical CE, consultez la notice pour plus d'informations.

Speciaal ontwikkeld voor het re **ipondweefsel**. Geen alcohol, parabenen, SLS, glycerine of sterk aroma. Niet-vette formulering. Laag-allergeen en zachte smaak met muntkruid. Breng 1 tot 2 cm aan op tandvlees en/of tong tot 10 maal dagen, met name voor het slapengaan en 's nachts tot wel 30 dagen. Raadpleeg een arts wanneer de klachten van een droge mond aanhouden. Geschikt voor dragers van een kunstgebit. Voor volwassenen en kinderen van 7 jaar en ouder onder supervisie van een volwassene. Buiten het bereik van kinderen houden. Niet gebruiken bij overgevoeligheid voor één van de ingrediënten die het product bevat. Medisch hulpmiddel.

GEL HUMECTANT BEVOCHTINGSGEL



LOT



Sunstar Europe S.A.
Route de Pallatex 11,
CH-1163 Ettoy
SunstarGUM.com



REF

50 mile



Sunstar France S.A.S.,
105 rue Jules Guesde,
FR-92300 Levallois-Perret

