

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

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

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

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

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



Complément
144934

Déclaration de Maladie : N° S190000518

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11049 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KAROUI YOUSSEF Date de naissance : 02/11/68

Adresse :

Tél. : 0707752675 Total des frais engagés : 564,32 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

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 : CTA

Le : 12/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

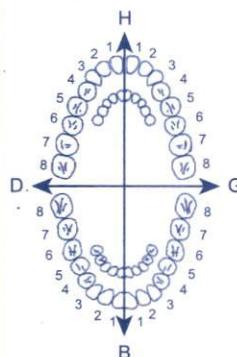
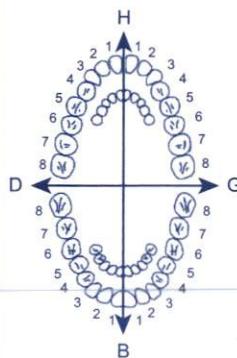
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H 25533412 00000000	21433552 00000000			
D 00000000	00000000			
B 35533411	11433553			
[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

Décompte de Remboursement
Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : WAFA ASSURANCE

/ 1043 /

CONTRAT N° : 9000 60 / 648100

NOM DE L'ASSURE : RABAOUA SIHAM

CERTIFICAT N° : 6824315 MATRICULE:

BENEFICIAIRE : RABAOUA SIHAM

DATE DE LA DECLARATION : 21/12/2022

DECLARATION N° : 21311290

/

DATE DE REMBOURSEMENT : 03/01/2023

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
1	Consultation	150.00		150.00		85.0%	127.50
15	Pharmacie	414.30		414.30		85.0%	352.16
TOTALS		564.30		564.30			479.66
OBSERVATIONS :							

* La cotation de l'acte effectué selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

TABLIR UNE DECLARATION PAR PERSONNE MALADE

En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, date, lieu et heure.

La déclaration doit être accompagnée de toutes pièces justificatives, (Ordonnances médicales prescrivant les médicaments ou tout examen de radiologie et laboratoire, etc...)

Les vignettes ou à défaut les prospectus et les P.P.M. concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.

Lorsque la personne soignée bénéficie d'un régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à l'assureur les photocopies des pièces justificatives et l'original du décompte de règlement délivré par cet organisme.

Tous certificats, note d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'un sinistre sont conservés par l'assureur.

Soins dentaires : Pour les extractions multiples de plus de 5 dents, les soins spéciaux, paradontoses et radios (plus de 2 par séance). Une entente préalable et obligatoire.

En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale : la déclaration de maladie doit être accompagnée d'une facture détaillée et acquittée sur laquelle devront être précisés : la cotation des actes la ventilation des frais annexes, le nombre de jours d'hospitalisation et le détail de fournitures pharmaceutiques.

Délai de remise des pièces : Toutes pièces concernant un sinistre, doivent être remise à l'assureur au plus tard, dans les trente jours qui suivent la guérison ou l'expiration du traitement.

L'indemnité forfaitaire couvrant les frais de grossesse et de maternité est payable sur présentation d'un extrait d'acte de naissance.

Protection des données personnelles

Les données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés.

La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales. Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré /souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir les dites informations.

L'assureur garantit notamment 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.

Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.

L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent.

Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du service conformité par courrier à la Boîte Postale 16193 ou par e-mail : conformite@wafaassurance.co.ma

De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.

Vérifiez avant l'envoi que rien n'a été omis, vous évitez toute correspondance inutile, et nos équipes seront alors rapides.

VOLET DÉTACHABLE

à remplir et de garder ce volet qui sera nécessaire à présenter pour toute réclamation.



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD. ABDELMOUNEN - CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C. : 31 719 - I.F. 01085467 ICE : 000083736000004
S.A. au capital de 350.000.000 dh - Entreprise régie par la loi n° 17/99 portant code des assurances
www.wafaassurance.ma

DECLARATION DE MALADIE : 21311290

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

Total des frais engagés

[Large empty box for employer stamp]

Matricule Sté : 659
RABAOUA STHAM

Médical Dentaire Optique
564,30 DHS

Dr. Hassane BOUTALEB
Médecine Générale Médecine du Travail
Expert Assermentation
162, Bd. Abdelloumen - Casablanca
Tel: 05 22 25 32 24 - Fax: 05 22 99 01 71
E-mail: h-boutaleb@menara.ma

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

Signature de l'assuré

[Handwritten signature]

RH le 28/12/22

21311290



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

CERTIFICAT N°
RABAOUA Sihle -
21/12/2022
564,30

Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	21-12- 2022	 Dr. Hassane BOUTALEB Médecine Générale Médecine du Travail Expert Assermenté Casablanca 162, Bd. Abdelmoumen - Casablanca Tél : 05 22 25 32 24 - Fax: 05 22 99 01 7 E-mail: h-boutaleb@menara.ma
Pharmacie	21 12 2022.	 PHARMACIE ACHIR 101 Bd ELQods Lot Mandarona Rue 14 Inara I Ainchok Casa Tel : 05 22 52 82 53
Analyses / Radiologie		
Auxiliaires médicaux		

Le praticien précisera la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et leur coefficient d'après la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

DEVIS FACTURE

SOINS	PROTHESE	
<p>Le praticien couvre de hachures les DENTS A REMPLACER, surcharge le contour des dents qui supporteront des crochets, indique la nature de l'appareil, le nombre de dents artificielles et de crochets</p>		
		Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins : <input type="text"/>
		Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins :
		Date : <input type="text"/>
		Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse : <input type="text"/>
		Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse :
		Date de l'appareillage : <input type="text"/>

الدكتور حسن بوطالب
Docteur Hassan Boutaleb

DE LA FACULTÉ DE GRENOBLE

MÉDECINE GÉNÉRALE

Diplômé en Médecine du Travail
Ex. Médecin au Service de Cardiologie
de l'Hôpital El Ghassani - FES

Médecin Assermenté
Expert auprès des Tribunaux

Membre de la Société Française
de Médecine du Travail

خريج كلية كرنوبيل
طب العام

اختصاصي في طب الشغل
طبيب سابق بقسم أمراض القلب
بمستشفى الغساني بفاس
طبيب محب مقبول لدى المحاكم

عضو في الجمعية الفرنسية
لأطباء الشغل

Ame SIHAN

RABIAWA

Casablanca, le

21.12.2022



1 Boute de 15)

1243

1/ Levamox 1 gr sachet

4780 1000 1 sachet mat et soir aux rep.

2/ Dagen



49,5 2 dragez mat et sur觉醒 aux rep.

3/ Apxo/ simp adulte



832 2 caie + 3 li

4/ Doci-Vox spray buccal

2 Btl



162، شارع عبد المؤمن - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 99 01 77 - الفاكس: 05 22 25 32 24 - 05 22 99 01 77

162, Bd Abdelmoumen - CASABLANCA - Tél.: 05 22 25 32 24 / 05 22 99 01 77 - Fax : 05 22 99 01 77

البريد الإلكتروني: h-boutaleb@menara.ma

14,30 5) Doliprane 1 gr comprimé à avaler **S.V**

26,90 1 reçue matin et soir au cours de repas
6) VIT C 1000 **S.V**

23,30 7) reçue eff. à 10H
2 Unaskin 15mg **S.V**

16,30 8) reçue eff. à 10H
Surfrane sol nasal **S.V**
2 Bn 1/2

414,30



PHARMACIE ACHIR
مختبر الصابون
101 Bd ELQods Lot Mandarona
Rue 14 Inara I Ainchok Casa
Tel : 05 22 52 82 53

دكتور بوطالب
Dr. HASSOUNE BOUTALEB
 Médecine Générale Médecine du Travail
 Expert Assermentation
 162 Bd. Abdelmoumen - Casablanca
 Tel : 05 22 25 32 24 - Fax: 05 22 99 01 71
 E-mail: h-boutaleb@menara.ma

soufrane®

thiophène

EFFETS I

COMME TOUT PRO
CERTAINES PERSON
MOINS GÉNANTS, r
NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU
DE VOTRE PHARMACIEN ET A SIGNALER TOUT EFFET NON
SOUHAITÉ ET GÉNANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNÉ DANS
CETE NOTICE.

CONSERVATION

Ne pas dépasser la date limite d'utilisation figurant sur le conditionnement extérieur.

PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION

À conserver à une température inférieure à 25°C

DATE DE RÉVISION DE LA NOTICE

Janvier 2005

 Laboratoires
SYNTHEMEDIC

 sanofi-synthelab

Vita C 1000®

(Acide ascorbique)

DENOMINATION

VITA C 1000®
VITA C 1000®
VITA C 1000®

Veuillez lire
elle contient
Vous devez
les informa
pharmacien
Gardez ce
Adresser à
Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou
à votre pharmacien ou si vous remarquez un effet indésirable non
mentionné dans cette notice.

- Vous devez-vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune
amélioration ou si vous sentez moins bien.
- Vous devrez vous adresser à votre pharmacien si vous ressentez une
malabsorption (maladies hépatiques).

Que contient cette notice

1. Qu'est-ce que VITA C 1000® Comprimés effervescents et VITA C 1000® SANS SUCRE Comprimés effervescents et dans quel cas sont-ils utilisés ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre VITA C 1000® Comprimés effervescents et VITA C 1000® SANS SUCRE Comprimés effervescents ?
3. Comment prendre VITA C 1000® Comprimés effervescents ou VITA C 1000® SANS SUCRE Comprimés effervescents ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver VITA C 1000® Comprimés effervescents et VITA C 1000® SANS SUCRE Comprimés effervescents ?
6. Informations supplémentaires

1 - QU'EST-CE QUE VITA C 1000® COMPRIMÉS EFFERVESCENTS ET VITA C 1000® SANS SUCRE COMPRIMÉS EFFERVESCENTS ET DANS QUELS CAS SONT-ILS UTILISÉS ?

- Classe pharmaco-thérapeutique ou le type d'activité

ACIDE ASCORBIQUE (VITAMINE C), NON ASSOCIEE - code ATC: A11GA01.

- Indications thérapeutiques

Ce médicament contient de la vitamine C.
Il est indiqué dans les états de fatigue passagers de l'adulte et de l'enfant de plus de 15 ans.

Vous devrez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous sentez moins bien après 1 mois de traitement.

2 - QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE VITA C 1000® COMPRIMÉS EFFERVESCENTS ET VITA C 1000® SANS SUCRE COMPRIMÉS EFFERVESCENTS ?

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucre, contactez-le avant de prendre VITA C 1000® comprimés effervescents.

- Ne prenez jamais VITA C 1000® comprimés effervescents ou VITA C 1000® SANS SUCRE comprimés effervescents (Contre-indications)

- si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament.

- si vous êtes atteint de phénylcétonurie (maladie héréditaire déplétive à la naissance), en raison de la présence d'aspartam (VITA C 1000® SANS SUCRE comprimés effervescents).

- si vous présentez une insuffisance rénale sévère (défaillance grave des fonctions du rein).

- si vous présentez ou avez présenté des calculs rénaux.

- si vous avez des calculs d'oxalate de calcium (hyperoxalurie).

- si vous avez moins de 15 ans.

- Faites attention avec VITA C 1000® comprimés effervescents ou VITA C 1000® SANS SUCRE comprimés effervescents (Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi)

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre VITA C 1000® comprimés effervescents ou VITA C 1000® SANS SUCRE comprimés effervescents.

- Utilisation

Par mesure pendant la grossesse

La vitamine peut être préférée

- Grossesse

Par mesure pendant la grossesse

- Allaitement

La vitamine peut être préférée

- Effets indésirables

Le médicament peut entraîner des effets indésirables.

Les effets indésirables peuvent être de faible intensité et transitoires.

Le médicament peut entraîner des effets indésirables.

LEVAMOX® (Amoxicilline + acide clavulanique)

DENOMINATION DU MEDICAMENT
- LEVAMOX® 1 g/125 mg Comprimé effervescent adulte, boîte de 12, 16 et 24.
- LEVAMOX® 500 mg/125 mg Comprimé effervescent enfant, boîte de 12 et 24.
- LEVAMOX® 1 g/125 mg Poudre pour suspension buvable adulte en sachet-dose, boîte de 12 et 16.
- LEVAMOX® 500 mg/125 mg Poudre pour suspension buvable adulte en sachet-dose, boîte de 30 ml.
- LEVAMOX® 100 mg/125 mg Poudre pour suspension buvable adulte en sachet-dose, boîte de 60 ml.
(Rapport amoxicilline/acide clavulanique)

de l'infection.
Selon les résultats,
LEVAMOX® ou un i
Réactions nécessaires
LEVAMOX® peut a
graves, notamment
gros intestin. Lorsq
surveiller certains s
Tests sanguins et le
Si vous effectuez or
rouges ou explorato

PPU 124DH00 EXP 05/2024
LOT 19029 25



Poudre pour suspension buvable en sachet-dose
1g/125 mg
16 SACHETS

Veuillez lire attentivement
car elle contient des inform
- Gardez cette notice, vous
- Si vous avez d'autres que
votre pharmacien.
- Ce médicament vous a
personnes. Il pourrait le
identifieres de votre
- Si l'un des effets indésirables
non mentionnés dans celle

Que connaît cette notice?
1. Qu'est-ce que LEVAMOX®?
2. Quelles sont les informations nécessaires avant de prendre LEVAMOX®?
3. Comment prendre LEVAMOX®?
4. Quels sont les effets indésirables possibles de LEVAMOX®?
5. Comment conserver LEVAMOX®?
6. Informations supplémentaires

1- QU'EST-CE QUE LEVAMOX® ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

- Classe pharmaco-thérapeutique ou le type d'activité : LEVAMOX® est un antibiotique qui tue les bactéries responsables des infections. Il contient deux molécules différentes, appelées amoxicilline et acide clavulanique. L'amoxicilline appartient à un groupe de médicaments appelés « pénicillines », qui peuvent parfois arrêter d'être efficaces (être inactivés). L'autre constituant actif (l'acide clavulanique) empêche cette inactivation.

Indications thérapeutiques

LEVAMOX® est utilisé chez l'adulte, chez l'enfant et chez le nourrisson pour traiter les infections suivantes :

- infections de l'oreille moyenne et des sinus,
- infections des voies respiratoires,
- infections de la vessie urinaire,
- infections de la peau et des tissus mous, incluant les infections dentaires,
- infections des os et articulations.

2- QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE LEVAMOX® ?

- Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament : LEVAMOX® contient de l'aspirine, si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Ne prenez jamais LEVAMOX® (Contre-indications)

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à l'amoxicilline, à l'acide clavulanique, à la pénicilline ou à l'un des autres composants contenus dans LEVAMOX®.

- Si vous avez déjà présenté une réaction allergique grave (d'hypersensibilité) à un autre antibiotique. Ceci peut inclure une éruption cutanée ou un gonflement du visage ou du cou.

- Si vous avez déjà eu des problèmes au foie ou développé un ictere (jaunissement de la peau) lors de la prise d'un antibiotique.

Ne prenez pas LEVAMOX® si vous êtes dans l'une des situations mentionnées ci-dessus.

En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre LEVAMOX®.

- Faîtes attention avec LEVAMOX® (Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi)

Demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre ce médicament si vous :

- souffrez de mononucléose infectieuse

- êtes traité(e) pour des problèmes au foie ou aux reins,

- n'urez pas régulièrement.

En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre ou avant d'administrer LEVAMOX® à votre enfant.

Dans certains cas, votre médecin pourra rechercher le type de bactérie responsable

de l'infection.
Selon les résultats,
LEVAMOX® ou un i
Réactions nécessaires
LEVAMOX® peut a
graves, notamment
gros intestin. Lorsq
surveiller certains s
Tests sanguins et le
Si vous effectuez or
rouges ou explorato

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

Comprimé

PPV: 14DH00

PER: 10/25

LOT:L3532

DOLIPRANE® 1000 mg, comp
La substance active est : paracétamo
(1111,11 mg), pour un comprimé.
Les autres composants sont : croscat

mais prégalatinisé, acide stéarique (c

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ET DANS QUEL
CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

Contre-indications :

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants : allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

Précautions Particulières :

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin. En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

Mises en garde :

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").

Grossesse et allaitement :

Le Paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.

3- COMMENT PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

- Instruction pour l'

Respectez toujours

Les comprimés effe

sible buvable contienn

régime pauvre en po

- Sodium :

Les comprimés effe

sible, en tenir con

4- COMMENT CONSERVER DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

- Conservez à température

modérée, à l'abri de

lumière et de l'humidité.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

dans une pièce

chaude ou humide.

Ne conservez pas

Apixol®



Solution buvable

FORMES ET PRESENTATIONS :

Apixol® Adultes - Solution buvable-flacon 200ml.

Apixol® Enfants - Solution buvable-flacon 200ml.

PROPRIETES :

Apixol®, à base d'extraits de propolis, d'échinacée à dégager et apaiser les voies respiratoires et à confort global (Poumons, gorge, nez...) tout en l'organisme.

UTILISATIONS :

- Voies respiratoires encombrées.
- Gorge irritée.
- Enrouement.

CONSEILS D'UTILISATION :

Apixol® Adultes : 1 cuillère à soupe 3 à 4 fois par jour.



8 032578 477357

Lot:

À consommer
avant le:

220618

08/2025

PPC: 79,00 DH

DASEN® 10.000 UI

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

DENOMINATION

DASEN®10 000 UI, comprimé enrobé gastro-résistant

COMPOSITION QUALITÉ

SERRAPEPTASE

Excipients : stéarate de cellulose, jaune orangé S

Pour un comprimé enrobé

*1 unité correspond au no

en 1 minute à partir de 1 ml

PPV :

EXP :

Lot N° :

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé enrobé gastro-résistant, boîte de 40

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ENZYMOTHERAPIE à visée antiœdémateuse et fluidifiante