

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

Conditions générales :

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

Pharmacie :

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

Radiologie et Biologie :

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

Optique :

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

Rééducation :

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

Dentaire :

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

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

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

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W21-703185

14 5626

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2176 Société : *Camer*
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : *FAZISSI REDOUANO*
 Date de naissance : *07/03/1984*
 Adresse : *HAY EL WALAA TR 16 BOULEVARD MMH N° 20 CASABLANCA*
 Tél. : *0671792578* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : *Dr BENNANI Mohamed OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE 193, Av Hassan II - CASABLANCA Tél. : 05.22.26.51.12*
 Date de consultation : *07 Janv 2023*
 Nom et prénom du malade : *Mme KASIM Fatima* Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : *Orale - brage des dents*
 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 : *Casablanca* Le : *07/01/2023*
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHERENT

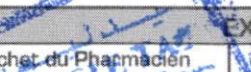
Déclaration de maladie N° W21-703185

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 : *2176*
 Nom de l'adhérent(e) : *FAZISSI REDOUANO*
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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
07 Jan 2023		2 =	300	INP: 091025
		K10-10 =	300	Dr BENNANI Mohamed
			mt	OTORHINO-LARYNGOLOGUE

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/01/23	20680 DH

[illegible][illegible]

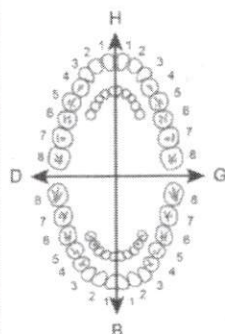
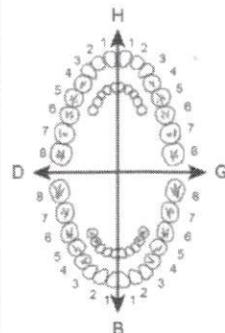
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

[illegible]

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			G
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

[Création, remont, adjonction]
ctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a semi-circular arch with 16 piers numbered 1 through 16. The piers are arranged in two rows of 8, with the top row numbered 1-8 from left to right and the bottom row numbered 16-9 from left to right. The bridge is labeled with 'H' at the top, 'D' on the left, 'C' on the right, and 'B' at the bottom.

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. Mohamed BENNANI

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Membre de la Société Française d'ORL

SPECIALISTE

NEZ - GORGE - OREILLES

Médecin Expert Assermenté près les Tribunaux

CANCEROLOGIE CERVICO-FACIALE

Diplômé de l'Institut GUSTAVE - ROUSSY

CABINET D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
ET D'EXPLORATION FONCTIONNELLE

193. AVENUE HASSAN II

CASABLANCA

☎ : 05 22 26 51 12 / 05 22 26 31 68

07 Janv 2023

Casablanca, le :

Dr BENNANI Mohamed
OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE
193, Av Hassan II - CASABLANCA
Tel : 05.22.26.51.12
Le Docteur

prie M

me Karim Fatima

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente suivant

l'usage sa note d'honoraires pour

notée $K10 + \frac{10}{2} =$ grande expédition
des deux oreilles et nez
300,00

S'élevant à la somme de

Dhs

Dr BENNANI Mohamed
OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE
193, Av Hassan II - CASABLANCA
Tel : 05.22.26.51.12

Docteur Mohamed BENNANI

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Praticien-Hospitalier
Ancien Assistant-attaché des Hôpitaux de Paris
Médecin Expert Assermenté près les Tribunaux

SPECIALISTE

NEZ - GORGE - OREILLES

Exploration et Chirurgie de la Surdité
Chirurgie de la face et du Cou
Exploration fonctionnelle des vertiges
Pathologie du sommeil et Ronflement
Membre de la Société Française d'ORL

CANCEROLOGIE CERVICO-FACIALE

Diplômé de l'Institut Gustave-Roussy

C.E.S. MEDECINE AERONAUTIQUE

Médecin Agrée



الدكتور محمد بناني

خريج كلية الطب بباريس
ملحق و طبيب داخلي سابقا بمستشفيات باريز
خبير محلف لدى المحاكم

إختصاصي في أمراض و جراحة
الأنف - الحلق و الأذنين
جراحة العنق و الوجه
كشف و علاج أمراض الدوخة
أمراض النوم و الشخير

شهادة سرطان الوجه و العنق
خريج معهد كوستاف روسي

شهادة طب الطيران

Casablanca le : 07 Janv 2023

Mme KARIM Fatima

- Antibio syndrome

1940

light matr. et anti x

- Diprosone (crème)

1730

1 cffracin x 2/ - 10

- Exodentil (solution)

3290

5 gts de l'oreille de
le soir x 10

PHARMACIETA
N. Sma TAZI
N. S. Imm 9, Sect. II, Tr. 17, Hay Wala
Attacharouk - Casa - Tél. 05 22 71 23

LOT: 0016
EXP: JUN 2027
PPV: 32,90 DH
إستعمال محلي
SANDOZ

Var Varol 25

Tgali ni
En

2680

Dr BENNANI Mohamed
O.T.O. RHINO-LARYNGOLOGISTE
109, Av Hassan II - CASABLANCA
Tél. : 05.22.26.51.12

N° 5, Imm 9, Sect II, Tr 17, Hay Wala
 Attacharouk - Casa. Tel: 05 72 71 23

ANTIBIO-SYNALAR

Gouttes auriculaires

Flacon de 10 ml avec compte gouttes

Acétone de fluocinolone / Sulfate de polymyxine B / Sulfate de néomycine

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser 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 de 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.

COMPOSITION DU MEDICAMENT :

Composition qualitative et quantitative en substances actives:

Acétone de fluocinolone	0,025 g
Sulfate de polymyxine B	1 000 000 UI
Sulfate de néomycine	350 000 UI

Pour 100 ml de solution.

Excipients: Q.S.P. 100ml

Excipient à effet notoire: Phénylmercure

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE:

Ce médicament est une association d'un anti-inflammatoire stéroïdien (fluocinolone) et de deux antibiotiques (néomycine et polymyxine B). La néomycine est un antibiotique de la famille des aminosides. La polymyxine B est un antibiotique de la famille des polypeptides.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines otites.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

Posologie:

A titre indicatif, la posologie usuelle est la suivante:

Instiller chaque matin 3 à 6 gouttes dans l'oreille atteinte et renouveler l'opération le soir.

Se conformer à l'ordonnance de votre médecin.

Mode et voie d'administration:

Voie locale.

Installation auriculaire.

Il est recommandé de ne pas utiliser la solution sous pression.

Tiédifier le flacon au moment de l'emploi en le maintenant quelques minutes dans la paume de la main afin d'éviter le contact désagréable de la solution froide dans l'oreille.

Pour mettre les gouttes dans une oreille et faire un bain d'oreille:

• Il faut d'abord pencher la tête du côté opposé à l'oreille atteinte pour que l'oreille atteinte se trouve en haut.

• Mettre les gouttes dans l'oreille atteinte.

• Tirer à différentes reprises sur le pavillon de l'oreille pour que les gouttes coulent bien dans le fond de l'oreille.

• Attendre environ 5 minutes en gardant la tête ainsi penchée.

• Lorsque vous relevez la tête, les gouttes peuvent ressortir un peu; il absorberait qui n'a pas besoin d'être stérile.

Il est important de bien suivre cette recommandation car il en va de l'efficacité du médicament dans l'oreille. Redresser trop tôt la tête va provoquer un gouttes couleront le long de votre visage et n'iront pas dans le fond de l'oreille.

Refermez le flacon immédiatement après utilisation.

A la fin du traitement, le reste du flacon doit être jeté.

Fréquence d'administration:

Deux administrations par jour: une administration le matin et une le soir.

Durée de traitement:

La durée du traitement est habituellement de 7 à 10 jours. Pour être efficace, cet antibiotique doit être pris à la dose prescrite.

La disparition des symptômes ne signifie pas la guérison.

ANTIBIO SYNALAR
GOUTTES
AURICULAIRES



6 118000 120254

ANTIBIO SYNALAR

19,40



VASTAREL[®] 35 mg

Comprimé pelliculé à libération modifiée

Dichlorhydrate de trimétazidine

Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée et dans quels cas est-il utilisé ?

2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée ?

3. Comment prendre VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée ?

4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?

5. Comment conserver VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée ?

6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE VASTAREL 35 MG COMPRIMÉ PELLICULÉ À LIBÉRATION MODIFIÉE, ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

AUTRE MÉDICAMENT EN CARDIOLOGIE À VISÉE ANTI-ANGINEUSE - code ATC : C01EB15

Ce médicament est préconisé chez l'adulte en association à d'autres médicaments, dans le traitement de l'angine de poitrine (douleur de la poitrine due à une maladie coronarienne).

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE VASTAREL 35 MG COMPRIMÉ PELLICULÉ À LIBÉRATION MODIFIÉE ?

Ne prenez jamais VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée :

- Si vous êtes allergique à la trimétazidine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament mentionnés dans la rubrique 6,
- Si vous avez une maladie de Parkinson : maladie du cerveau affectant les mouvements (tremblement, raideur de la posture, mouvements lents, démarche déséquilibrée avec une tendance à trainer les pieds),
- Si vous avez des problèmes rénaux graves.

Avertissements et précautions

Avant de prendre VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée, consultez votre médecin ou pharmacien avant de prendre VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée.

Ce médicament n'est pas un traitement curatif d'une crise d'angine de poitrine, ni un traitement initial de la crise d'angine de poitrine instable. Ce n'est pas un traitement de l'infarctus du myocarde.

En cas de survenue d'une crise d'angine de poitrine, prévenez votre médecin. Des examens pourraient vous être demandés et le traitement sera éventuellement modifié.

Ce médicament peut induire ou aggraver des symptômes tels que tremblement, raideur de la posture, mouvements lents, démarche déséquilibrée avec une tendance à trainer les pieds, surtout chez les personnes âgées, qu'il convient de rechercher et de signaler à votre médecin, qui pourra réévaluer votre traitement.

Ce médicament est généralement déconseillé pendant l'allaitement.

Des chutes peuvent survenir à la suite d'une baisse de la tension artérielle ou d'un trouble de l'équilibre (voir description des effets indésirables).

Sportifs

Ce médicament contient une substance active pouvant provoquer une réaction positive des tests pratiqués lors des contrôles antidopage.

Enfants et adolescents

VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée ne doit pas être administré aux enfants âgés de moins de 18 ans.

Autres médicaments et VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament.

VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée avec des aliments et boissons

Sans objet.

Grossesse et allaitement

Grossesse
Il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin.

Allaitement

En l'absence de données sur le passage dans le lait maternel, VASTAREL ne doit pas être utilisé pendant l'allaitement.

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

Conduite de véhicules et utilisation de machines

Ce médicament peut vous donner la sensation d'avoir la tête qui tourne, ce qui peut affecter votre capacité à conduire des véhicules et à utiliser des machines.

3. COMMENT PRENDRE VASTAREL 35 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ À LIBÉRATION MODIFIÉE ?

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin ou pharmacien en cas de

Posologie

La dose recommandée de VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée est de deux comprimés deux fois par jour, matin et soir, à avaler au cours des repas.

Si vous avez des problèmes au niveau du rein ou si vous êtes âgé, votre médecin peut ajuster la posologie recommandée.

Durée du traitement

DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

Si vous avez pris plus de VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée que vous n'auriez dû :

Consulter immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous oubliez de prendre VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée :
Prendre le traitement normalement. Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oubliée de prendre.

Si vous arrêtez de prendre VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée :
Sans objet.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde. Les effets indésirables suivants ont été décrits :

Fréquent (survenant chez moins d'un patient sur 10) :

Sensations vertigineuses, maux de tête, douleur abdominale, diarrhée, digestion difficile, sensation d'être malade, vomissement, éruption cutanée, démangeaison, urticaire et sensation de fatigue.

Rare (survenant chez moins d'un patient sur 1000) :

Battements rapides ou irréguliers du cœur (appelés également palpitations), battements cardiaques extrasystoliques, accélération des battements du cœur, chute de la pression artérielle lors du passage à la position debout pouvant s'accompagner de sensation vertigineuse (tête qui tourne) ou évanouissement, malaise (en général vous ne vous sentez pas bien), chute, rougeurs brusques du visage.

Indéterminé (la fréquence ne peut être déterminée à partir des données disponibles) :

Dysmports extrapyramidaux (mouvements inhabituels incluant tremblement des mains et des doigts, déformation des mouvements du corps, démarche en trainant des pieds, raideur des bras et des jambes) habituellement réversibles à l'arrêt du traitement.

Troubles du sommeil (difficulté à s'endormir, somnolence), sensation de tête qui tourne (vertige), constipation, importante rougeur se généralisant à tout le corps avec des pustules, gonflement du visage, des lèvres, de la langue et de la gorge pouvant provoquer des difficultés pour avaler ou respirer.

Diminution importante du nombre de cellules sanguines de la lignée blanche pouvant provoquer le plus souvent des infections, diminution du nombre de plaquettes dans le sang pouvant augmenter le risque de saignement ou d'ecchymoses.

Maladie du foie (nausées, vomissement, perte d'appétit, sensation de malaise, fièvre, démangeaison, jaunissement de la peau et des yeux, selles de couleur claire, urine de couleur sombre).

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 via le système national de déclaration. En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

5. COMMENT CONSERVER VASTAREL 35 MG COMPRIMÉ PELLICULÉ À LIBÉRATION MODIFIÉE ?

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

N'utilisez pas ce médicament après la date de péremption indiquée sur l'emballage. La date de péremption fait référence au dernier jour de ce mois.

Pas de précautions particulières de conservation.

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. CONTENU DE L'EMBALLAGE ET AUTRES INFORMATIONS

Ce que contient VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée

• La substance active est :

Dichlorhydrate de trimétazidine 35,00 mg

Pour un comprimé pelliculé.

• Les autres composants sont :

Hydrogénophosphate de calcium dihydraté, hypromellose, povidone, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, Pelliculage : dioxyde de titane (E 172), stéarate de magnésium.

Qu'est-ce que VASTAREL

extérieur

ent se présent

VASTAREL[®] 35 mg

Dichlorhydrate de trimétazidine

60 Comprimés pelliculés



SERVIER

(50 X 28 X 114) mm

Conditions de prescription et de délivrance : liste I (Tableau A).

