

## 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.

### 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° W21-655236

247728

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09372 Société : R-AL AIR MAROC  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : CHOUAL ABDELGHANI  
 Date de naissance : 11.11.1965  
 Adresse : 177 DR CHALAB EL ALIA M-MAHMOUDIA  
 Tél. : 0662048528 Total des frais engagés : 486,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : CHOUAL Ned wahid Age : 16 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Brucelle  
 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 : DONA 742511 Le : 09/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



| 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                                                |
| 09/01/2011                     | 5                 |                       | 90                              | INP: 09/01/2011<br>Dr. EL KHALFA<br>Médecin en chirurgie<br>Médecine du Travail<br>Médecine Légale<br>09 Mdia |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                                                                                        |                                 |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                                                                                        | Date                            | Montant de la Facture |
| <p>PHARMACIE ET ORTHOPEDIE</p> <p>Dr. KHATTOU Abdelhakim</p> <p>Bd. 11 Novembre 1954</p> <p>Centre Dero Rbat</p> <p>Tél/Fax : 05 37 77 77 77</p> | <p>09</p> <p>01</p> <p>2023</p> | <p>236.30</p>         |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |      |                                 |                           |
|--------------------------------------------------------|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|                                                        |      |                                 |                           |
|                                                        |      |                                 |                           |
|                                                        |      |                                 |                           |
|                                                        |      |                                 |                           |
|                                                        |      |                                 |                           |

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

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

Important :

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

INP : | | | | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

**(Création, remont, adjonction)**

# Dr. BELKHALFIA Mohammed

Ancien chef des Services de chirurgie à  
Casablanca et à Mohammedia  
Spécialiste en Chirurgie Générale et Proctologie  
Diplômé d'Echographie de Montpellier  
Diplômé du Médecine de Travail  
et d'Ergonomie de Rennes  
Diplômé de Médecine légale et en Réparation  
Juridique de Dommage Corporel de Rennes  
Expert Assermenté auprès des tribunaux

# الدكتور بلخلفية محمد

رئيس قسم الجراحة سابقا بالدار البيضاء والمحمدية  
اختصاصي في الجراحة العامة بروكولوجيا  
حاصل على دبلوم الفحص بالصدى من جامعة  
مونبولى بفرنسا  
حاصل على دبلوم طب الشغل والارگونومي  
من جامعة رين بفرنسا  
حاصل على دبلوم الطب الشرعي والتعويض  
القانوني للضرر البدني من جامعة رين بفرنسا  
خبير محلف لدى المحاكم

CHOUA - Mohammedia, le 09/01/2023.

126,30 - Aufmenlin 7



10 chet / water de for

Delipie No 3



20,000 x 2

10 350' 6



1000 90'



184

30100 - Flei bran 500



1000 350' 6

40,000

Prodi 2



200' 200'

236,30





# DoliGrippe®

Paracétamol - Vitamine C - Maléate de Phéniramine

Granulés pour solution buvable en sachet

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

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas 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 médicament

- Composition qualitative et quantitative en substance active par unité de prise :

|                               |        |
|-------------------------------|--------|
| Paracétamol                   | 500 mg |
| Acide Ascorbique (Vitamine C) | 200 mg |
| Maléate de Phéniramine        | 25 mg  |

- Composition qualitative en excipients :

Mannitol, acide citrique anhydre, povidone K 30, dicitrate trimagnésium anhydre, aspartame, arôme fruits rouges.

Composition de l'arôme : Substances aromatisantes, Rouge Cochenille A E124, Maltodextrine, Eau, Gomme Arabique E414, Acide Ascorbique E300, Triacetine E1518, Sulfate de sodium E514.

- Excipients à effet notoire :

Aspartame, Rouge Cochenille A (E124).

## Classe pharmacothérapeutique et le type d'activité

DoliGrippe, granulés pour solution buvable en sachet, fait partie d'un groupe de médicaments appelés AUTRES MÉDICAMENTS DU RHUME EN ASSOCIATION.

DoliGrippe, granulés pour solution buvable en sachet, agit en exerçant 3 actions pharmacologiques :

- Une action antihistaminique qui permet de réduire les rhinorrhées et les larmoiements souvent associés, et qui s'oppose aux phénomènes spasmodiques tels que les éternuements en salve.
- Une action antalgique antipyrétique permettant une sédation de la fièvre et de la douleur (céphalées, myalgies).
- Une compensation en acide ascorbique de l'organisme.

## Indications thérapeutiques

Ce médicament est indiqué dans le traitement au cours des rhumes, rhinites, rhinopharyngites et des états grippaux de l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans :

- De l'écoulement nasal clair et des larmoiements,
- Des éternuements,
- Des maux de tête et/ou fièvre.

## Posologie

Réservée à l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans.

1 sachet à renouveler si nécessaire au bout de 4 heures minimum, sans dépasser 3 sachets par jour.

- Mode d'administration :

Voie orale.

Les sachets doivent être pris dans une quantité suffisante d'eau, froide ou chaude.

Au cours des états grippaux, il est préférable de prendre ce médicament dans de l'eau chaude le soir.

- Durée du traitement :

La durée maximale du traitement est de 5 jours.

- Fréquence d'administration :

En cas d'insuffisance rénale, (clairance à la créatinine inférieure à 10 ml/mn), l'intervalle entre 2 prises sera d'au moins 8 heures.

## Contre-indications

Ne prenez jamais DoliGrippe®, granulés pour solution buvable en sachet, si :

- Enfant de moins de 15 ans,
- En cas d'antécédent d'allergie aux constituants du produit,
- En cas de certaines formes de glaucomes (augmentation de la pression intraoculaire),
- En cas de difficultés à uriner d'origine prostatique ou autre,
- En cas de maladie grave du foie en raison de la présence de paracétamol,
- En cas de phénylcétonurie (maladie héréditaire dépistée à la naissance).

Vous ne devez généralement pas utiliser ce médicament, sauf avis contraire de votre médecin.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU VOTRE PHARMACIEN.

## Effets indésirables

PPV:20DH00  
PER:07/25  
LOT:L.2386



# DoliGrippe®

Paracétamol - Vitamine C - Maléate de Phéniramine

Granulés pour solution buvable en sachet

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

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas 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 médicament

- Composition qualitative et quantitative en substance active par unité de prise :

|                               |        |
|-------------------------------|--------|
| Paracétamol                   | 500 mg |
| Acide Ascorbique (Vitamine C) | 200 mg |
| Maléate de Phéniramine        | 25 mg  |

- Composition qualitative en excipients :

Mannitol, acide citrique anhydre, povidone K 30, dicitrate trimagnésium anhydre, aspartame, arôme fruits rouges.

Composition de l'arôme : Substances aromatisantes, Rouge Cochenille A E124, Maltodextrine, Eau, Gomme Arabique E414, Acide Ascorbique E300, Triacetine E1518, Sulfate de sodium E514.

- Excipients à effet notoire :

Aspartame, Rouge Cochenille A (E124).

## Classe pharmacothérapeutique et le type d'activité

DoliGrippe, granulés pour solution buvable en sachet, fait partie d'un groupe de médicaments appelés AUTRES MÉDICAMENTS DU RHUME EN ASSOCIATION.

DoliGrippe, granulés pour solution buvable en sachet, agit en exerçant 3 actions pharmacologiques :

- Une action antihistaminique qui permet de réduire les rhinorrhées et les larmoiements souvent associés, et qui s'oppose aux phénomènes spasmodiques tels que les éternuements en salve.
- Une action antalgique antipyrétique permettant une sédation de la fièvre et de la douleur (céphalées, myalgies).
- Une compensation en acide ascorbique de l'organisme.

## Indications thérapeutiques

Ce médicament est indiqué dans le traitement au cours des rhumes, rhinites, rhinopharyngites et des états grippaux de l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans :

- De l'écoulement nasal clair et des larmoiements,
- Des éternuements,
- Des maux de tête et/ou fièvre.

## Posologie

Réservé à l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans.

1 sachet à renouveler si nécessaire au bout de 4 heures minimum, sans dépasser 3 sachets par jour.

- Mode d'administration :

Voie orale.

Les sachets doivent être pris dans une quantité suffisante d'eau, froide ou chaude.

Au cours des états grippaux, il est préférable de prendre ce médicament dans de l'eau chaude le soir.

- Durée du traitement :

La durée maximale du traitement est de 5 jours.

- Fréquence d'administration :

En cas d'insuffisance rénale, (clairance à la créatinine inférieure à 10 ml/mn), l'intervalle entre 2 prises sera d'au moins 8 heures.

## Contre-indications

Ne prenez jamais DoliGrippe®, granulés pour solution buvable en sachet, si :

- Enfant de moins de 15 ans,
- En cas d'antécédent d'allergie aux constituants du produit,
- En cas de certaines formes de glaucomes (augmentation de la pression intraoculaire),
- En cas de difficultés à uriner d'origine prostatique ou autre,
- En cas de maladie grave du foie en raison de la présence de paracétamol,
- En cas de phénylcétonurie (maladie héréditaire dépistée à la naissance).

Vous ne devez généralement pas utiliser ce médicament, sauf avis contraire de votre médecin.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU VOTRE PHARMACIEN.

## Effets indésirables

PPV:20DH00  
PER:07/25  
LOT:L.2386

## PREDNI® 20 Cooper

Comprimé effervescent sécable - Boîte de 20  
(Prednisolone)

**Veillez lire attentivement l'intégralité de 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, demandez plus d'informations à votre médecin ou à 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 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.

### Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que Predni 20 Cooper, comprimé effervescent sécable et dans quels cas est-il utilisé ?

2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Predni 20 Cooper, comprimé effervescent sécable ?

3. Comment prendre Predni 20 Cooper, comprimé effervescent sécable ?

4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?

5. Comment conserver Predni 20 Cooper, comprimé effervescent sécable ?

6. Informations supplémentaires.

### 1. QU'EST-CE QUE Predni 20 Cooper, comprimé effervescent sécable ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : GLUCOCORTICOIDES - USAGE SYSTEMIQUE - Code ATC : H02AB06 (H. Hormones non sexuelles). Ce médicament est un corticoïde (également appelé anti-inflammatoire stéroïdien).

#### Indications thérapeutiques :

Ce médicament est réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 10 kg. Ce médicament est utilisé dans certaines maladies, où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

Son action est utile dans le traitement de nombreuses affections inflammatoires ou allergiques.

À fortes doses, ce médicament diminue les réactions immunitaires et est donc également utilisé pour prévenir ou traiter le rejet des greffes d'organes.

### 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE Predni 20 Cooper, comprimé effervescent sécable ?

**Ne prenez jamais Predni 20 Cooper, comprimé effervescent sécable**

- Si vous êtes allergique à la substance active (prednisolone) ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.

- Si vous avez une infection.

- Si vous souffrez actuellement d'une maladie virale (hépatite virale, varicelle) ou qui peut réapparaître (herpès, zona).

- Si vous avez des problèmes mentaux et que vous n'êtes pas traité pour ceux-ci.

- Si vous devez être vacciné par un vaccin vivant (par exemple contre la rougeole, la varicelle, la fièvre jaune...).

#### Avertissements et précautions

Ce médicament doit être pris sous une stricte surveillance médicale. Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les enfants de moins de 10 kg et par conséquent chez les prématurés et les nouveau-nés à terme. Cependant, chez les nourissons prématurés traités par d'autres médicaments de la même classe, une échographie cardiaque doit être effectuée pour surveiller la structure et la fonction du muscle cardiaque.

#### Avant le traitement, prévenez votre médecin :

- Si vous avez été récemment.

- Si vous avez eu ou avez un ulcère digestif, une maladie du gros intestin, ou si vous avez été opéré récemment pour un problème d'intestin.

- Si vous avez du diabète (taux de sucre trop élevé dans le sang), ou une tension artérielle élevée,

- Si vous avez une infection (notamment si vous avez eu la tuberculose).

- Si vos reins ou votre foie ne fonctionnent pas correctement.

- Si vous souffrez d'ostéoporose (maladie des os avec une fragilité des os) et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire).

présentant une intolérance galactose, un déficit en lactase de Lapp ou un syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose (maladies héréditaires rares).

Ce médicament contient 25,2 mg de sodium (composant principal du sel de cuisine/table) par unité. Cela équivaut à 1,26 % de l'apport alimentaire quotidien maximal demandé de sodium pour un adulte.

### 3. COMMENT PRENDRE Predni 20 Cooper, comprimé effervescent sécable ?

#### Posologie

Ce médicament est réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 10 kg. La dose à utiliser est déterminée par votre médecin, en fonction de votre poids et de la maladie traitée. Elle est strictement individuelle.

Le dosage de PREDNI 20 Cooper est adapté si vous débutez un traitement ou si vous devez prendre un traitement sur une courte durée nécessitant des doses moyennes ou fortes.

Si vous devez prendre ce traitement sur une durée prolongée et à des doses inférieures à 20 mg par jour, il existe des dosages plus appropriés.

#### Mode d'administration

Ce médicament est utilisé par voie orale.

Vous devez dissoudre les comprimés dans un verre d'eau. Avez le contenu du verre de préférence au cours du repas, en une prise le matin.

#### Durée du traitement

Elle est déterminée par votre médecin.

Il est très important de suivre régulièrement le traitement et de ne pas le modifier, ni l'arrêter brutalement sans l'avis de votre médecin.

En cas de traitement prolongé, suivez les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

**Si vous avez pris plus de Predni 20 Cooper comprimé effervescent sécable que vous n'auriez dû :**

Consultez immédiatement votre médecin.

**Si vous oubliez de prendre Predni 20 Cooper comprimé effervescent sécable :**

Pour être efficace, ce médicament doit être utilisé régulièrement. Cependant, si vous oubliez de prendre une dose, continuez le traitement normalement.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

### 4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Ce médicament, indispensable à votre santé, est le plus souvent bien toléré lorsque l'on suit les recommandations et notamment le régime pauvre en sel, en sucre et riche en protéines (voir également le paragraphe « Avertissements et précautions »).

Il peut néanmoins entraîner, selon la dose et la durée du traitement, des effets plus ou moins gênants.

#### Les effets indésirables les plus fréquemment rencontrés sont :

- Une modification de certains résultats de vos analyses (sel, sucre, potassium) pouvant nécessiter un régime ou un traitement complémentaire.

- Une apparition de bleus.

- Une élévation de la tension artérielle, rétention d'eau et de sel pouvant entraîner une insuffisance cardiaque.

- Des troubles de l'humeur (excitation, euphorie), troubles du sommeil (insomnie).

- Un ensemble de troubles appelé syndrome de Cushing reconnaissable par une prise de poids, un gonflement et une rougeur du visage, un développement excessif des poils.

- Une fragilité osseuse (ostéoporose, fractures, tassements vertébraux notamment).

- Des atteintes douloureuses des os au niveau de l'articulation de la hanche (ostéonécrose).

#### D'autres effets

- Une production

- au-dessus d

- Un retard

- Des troubles

- Une faible

- prednisolon

- fluoroquinol

- Des trou

- perforations diges

- Une inflamm

- Une fragilis

- Une désorien

UT. AV :

PPV (DH) :

40,00





## 1- DENOMINATION DU MEDICAMENT :

**FLUIBRON® 0,3%, sirop- flacon de 200 ml**  
**Ambroxol**

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

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

Si vous avez toute autres questions, 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 devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## 2- COMPOSITION DU MEDICAMENT :

**Ambroxol chlorhydrate (DCI) .....0,30 g**

Pour 100 ml de solution buvable.

**Excipients** : sorbitol liquide, glycérol, acide citrique monohydrate, saccharine sodique, parahydroxybenzoate de méthyle, parahydroxybenzoate de propyle, arôme, silicon suspension, eau purifiée.

**Liste des excipients à effet notoire :**

sorbitol liquide, parahydroxybenzoate de propyl, parahydroxybenzoate de méthyle, glycérol.

## 3- CLASSE PHARMACO THERAPEUTIQUE :

**MUCOLYTIQUES.**

(R: Système respiratoire).

## 4- INDICATIONS

Traitement des troubles de la sécrétion bronchique de l'adulte, notamment au cours des affections bronchiques aiguës et des épisodes aigus des bronchopneumopathies chroniques.

Ce médicament est un expectorant qui agit par la toux des sécrétions.

## 5- POSOLOGIE :

**Posologie**

30,00