

# 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0026274

- Maladie       Dentaire       Optique       Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7872 Société : .....

Actif       Pensionné(e)       Autre : .....

Nom & Prénom : FIKRI AZIZA

Date de naissance : 04-12-1963

Adresse : ALMAZ

Tél. : 0674712203 Total des frais engagés : 573,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/09/2023

Nom et prénom du malade : FIKRI AZIZA Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Infection respiratoire et Hypothyroïdie

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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 : 21/9/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### 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
20/09/2023	Ca		200,00	 <b>Dr. BETTACHE Ghaf</b> Médecine Générale Bd Oued Tassout - Rue 88/85 Sablanca - El Oued Tél: 06 45 55 06 54

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE WLATA ZEKRI Abdelati Docteur en Pharmacie 20-222-224 Bd Oued Moudouya El Oued Sablanca - Tél: 0522.90.5.13 ICE: 00129122000007	20/09/2023	373,90

### 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
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				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															
	<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> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
B																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
	<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> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
B																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr. BETTACHE ACHRAF

Médecine Générale

Lauréat de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca



الدكتور بطاش أشرف

الطب العام

خريج كلية الطب والصيدلة  
بالدار البيضاء

*Dr. BETTACHE Achraf  
Medicine Générale  
Bd Oued Tassaout, Rue 80, N°36  
Oulfa - Casablanca  
Tel: 06 45 55 06 54*

ORDONNANCE

Casablanca, le : 20/09/2023

*Fix R  
AZIZEN  
24,40x1  
55,00x1  
19,30x1  
32,60x1  
15,80x1  
24,80x1  
53,00x1  
69,00x1  
T = 373,96*

NS

NS

NS

NS

NS

NS

NS

NS

NS

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA  
ZEKRI Abdelati  
Docteur en Pharmacie  
220-222-224 Bd Oued Moutouya El Goufa  
Casablanca - Tél: 0522.90.51.12  
ICE: 002891220000071

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Daktarin gel buccal 40g  
P.P.V : 53,00 DH  
E 118001 180745

*Dr. BETTACHE Achraf  
Medicine Générale  
Bd Oued Tassaout, Rue 80, N°36  
Oulfa - Casablanca  
Tel: 06 45 55 06 54*

# BREXIN<sup>®</sup>

Piroxicam Bêta-cyclodextrine

## Composition :

	Comprimés sécables	Suppositoires	Sachets
Piroxicam (équivalent à 191,20 mg de piroxicam β-cyclodextrine)	20 mg	20 mg	20 mg
Excipients q.s.p.	1 comprimé	1 suppositoire	1 sachet
Excipients à effet notoire	Lactose		Aspartam et Sorbitol

## Propriétés :

Anti-inflammatoire non stéroïdien du groupe des oxicams.

## Indications :

- Traitement des états douloureux aigus.
- Traitement des rhumatismes inflammatoires aigus et chroniques.

## Contre-indications :

- Antécédents d'allergie ou d'asthme déclenchés par la prise de piroxicam, de substances d'activité proche telles que autres AINS ou l'Aspirine.
- Hypersensibilité à l'un des constituants.
- Ulcère gastroduodénal en évolution, insuffisance hépatocellulaire sévère ou insuffisance rénale sévère.
- Enfants de moins de 15 ans.
- Phénylcétonurie du fait de la présence de l'Aspartam dans les sachets.
- Association avec les anticoagulants oraux, autres AINS, héparine, lithium, méthotrexate et ticlopidine.
- En cas de grossesse et d'allaitement.

## Effets indésirables :

*Effets gastro-intestinaux* : anorexie, pesanteurs épigastriques, nausées, vomissements, constipation, douleurs abdominales, flatulences, diarrhées, ulcères.

*Réactions d'hypersensibilité* : dermatologiques, respiratoires et générales.

*Effets sur le système nerveux central* : céphalées, somnolences et vertiges.

## Précautions d'emploi :

En cas d'hémorragie gastro-intestinale ou d'une manifestation cutanée ou muqueuse, interrompre immédiatement le traitement et consulter votre médecin.

Ce médicament sera administré avec prudence et sous surveillance particulière chez les malades ayant des antécédents digestifs.

L'attention doit être attirée chez les conducteurs et utilisateurs de machines sur la possibilité de vertiges et de somnolence.

## Mode d'emploi et posologie :

Se conformer à la prescription médicale.

La posologie usuelle est de 20 mg par jour en une seule prise jusqu'à disparition des symptômes.

## Formes et autres présentations :

BREXIN<sup>®</sup> 20 mg - Boîte de 10 et 20 comprimés effervescent

BREXIN<sup>®</sup> 20 mg - Boîte de 20 comprimés sécables

BREXIN<sup>®</sup> 20 mg - Boîte de 10 suppositoires

BREXIN<sup>®</sup> 20 mg - Boîte de 10 sachets

## Liste I (Tableau A)





# DoliGrippe®

Paracétamol - Vitamine C - Maléate de Phényléphédrine



Granulés pour solution buvable en sachet

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

- 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, portez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

#### Composition du médicament

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

500 mg Acide Ascorbique (Vitamine C) .....  
200 mg Maléate de Phényléphédrine .....  
25 mg Composition qualitative en excipients :

Mannitol, acide citrique anhydre, povidone K 30, diclirite trimagnésium anhydre, aspartame, aspartame, arôme fruits rouges, Ed14, Acide Ascorbique, Aspartame, Rouge Cochenille A E124, Malodextrine, Eau, Gomme Arabique

**MEDICAMENTS DU RI-  
DOLIGRIPE, granulés,  
Classe pharmaco-therap**

• Une action antihistaminique  
aux phénomènes spastiques  
• Une action antipyrétique  
• Une compensation et

de l'adulle et l'enfant  
• De l'écoulement nasal  
• Des étournements,  
Des maux de tête et

**Posologie**  
Réserve à l'adulle et l'enfant  
• Mode d'administration  
Le sachet à renouveler

• Au cours des états grippaux  
La durée maximale de traitement  
• Fréquence d'administration  
En cas d'insuffisance

**Contre-indications**  
Ne prenez jamais DoliGrippe  
• Enfant de moins de 15 ans  
• En cas de maladies graves de la circulation

• En cas de difficultés à uriner d'origine prostatique ou autre.  
• En cas de phénylcétonurie (maladie héréditaire décelée à la naissance), en raison de la présence d'aspartame.

Vous ne devez généralement pas utiliser ce médicament, sauf avis contraire de votre médecin pendant la grossesse et l'allaitement.

**EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDICIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**  
Effets indésirables

PPV: 20DH00  
PER: 01/26  
LOT: M227



prises sera d'au

états grippaux

qui s'oppose

autres

# Doliprane®

500 mg comprimé effervescent  
PARACÉTAMOL

## COMPOSITION

Paracétamol..... 500 mg,  
Excipients : acide citrique, mannitol, saccharine sodique, laurilsulfate de sodium, povidone, bicarbonate de sodium, carbonate de sodium anhydre, leucine pour un comprimé effervescent.

## FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé effervescent - boîte de 16.

## CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE / ANTIPYRÉTIQUE (N, Système nerveux central)

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

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.

**Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant à partir de 27 kg (soit environ à partir de 8 ans)** Lire attentivement la rubrique "Posologie".

**Pour les enfants pesant moins de 27 kg, il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.**

## DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie.

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

## MISES EN GARDE SPECIALES

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).

## PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

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.

En cas de régime sans sel ou pauvre en sodium, tenir compte dans la ration journalière de la présence de sodium : 40 mg.

**EN CAS DE DOUTE, M** **AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

## INTERACTIONS

Signalez que vous prenez ce médicament si vous prescrivez un dosage du taux d'acide urique ou de

**AFIN D'ÉVITER D** **PLUSIEURS MÉDICAMENTS,**

**SIGNELEZ SYSTÈM** **ENT EN COURS À VOTRE**

**MÉDECIN OU À VO** **peut être utilisé pendant la**

**GROSSESSE -** **DE LA GROSSESSE OU DE**

**L'ALLAITEMENT,** **VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE**

**PHARMACIEN A** **EST NÉCESSAIRE POUR**

**EXCIPIENTS** **CERTAINS PATIENTS :**

**UNE UTILIS**





# Kalmaner



## COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Valeriana officinalis L ( extrait sec).....100 mg  
Crataegus oxyacantha L (extrait sec).....100 mg  
Passiflora incarnata L (extrait sec).....100 mg  
Lavanda angustifolia (extrait sec).....50 mg  
Excipients : stéarate de magnésium, maltodextrine, dioxyde de silicium.

## FORME ET PRESENTATIONS

Gélule  
Boîte de 15 / Boîte de 30

## PROPRIETES

Kalmaner contient des actifs d'origine végétale ayant prouvé leur efficacité dans les états d'agitation, stress, nervosité et insomnies.

## VOIE D'ADMINISTRATION ET UTILISATIONS

Voie orale  
Prendre 2 gélules trois fois par jour à avaler avec un grand verre d'eau en complément d'une alimentation variée et équilibrée  
Ne pas dépasser la dose recommandée.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI

Afin d'éviter d'éventuelles interactions nocives entre plusieurs substances, signaler à votre médecin ou à votre pharmacien tout traitement en cours.  
Ne pas utiliser chez l'enfant moins de 12 ans.

GROS

E

osité, irritabilité  
bles du sommeil

LOT: 230289  
DLUO: 03/2026  
69,00DH

30 gélules  
le

Laboratoires Deva Pharmaceutique  
J.OUAJDI Pharmacien Responsable

Fabriqué par :

Deva  
Pharmaceutique

146-147, Zone Industrielle  
Tit Mellil - Casablanca

DMB 1000

# Otrivine

0.1% Nébuliseur Adulte

Xylométazoline chlorhydrate



Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

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 votre pharmacien.

Si les symptômes persistent, plus de 7 jours, demandez l'avis de votre médecin.  
**TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS.**

## 1-Qu'est-ce que Otrivine et quand est-il utilisé ?

Otrivine 0.1% Nébuliseur est indiqué dans le traitement de la congestion nasale, de la rhinite périméale et allergique (y compris rhume des foins) et de la sinusite.

Otrivine Adulte contient du chlorhydrate de xylométazoline qui aide à décongestionner et à nettoyer les conduits nasaux en réduisant les sécrétions nasales excessives ainsi les vaisseaux sanguins gonflés reviennent à leur taille normale.

## 2- Quand Otrivine ne doit-il pas être utilisé ?

Ce médicament est contre-indiqué chez l'enfant de moins de 15 ans et en cas notamment :

• D'allergie à la xylométazoline ou aux autres composants du produit.

• D'allergie à un autre décongestionnant

• D'hypertension artérielle sévère ou mal équilibrée,

• D'antécédents d'accident vasculaire cérébral ou de facteurs de risque susceptibles de favoriser la survenue d'AVC, en raison de l'activité sympathomimétique alpha du vasoconstricteur,

• D'insuffisance coronarienne sévère,

• D'antécédents de convulsions,

• D'intervention chirurgicale récente au niveau de la tête.

## 3-Quelles sont les précautions à observer lors de l'utilisation d'Otrivine ?

Veillez consulter votre médecin en cas :

• D'hyperactivité de la thyroïde ou de diabète (Diabète mellitus), de glaucome à angle étroit, hypertension, maladies cardiovasculaires, grossesse ou allaitement.

Sans avis médical, Otrivine ne doit pas être utilisé plus de 5 jours.

Ne pas utiliser chez les enfants de moins de 15 ans.

Ce médicament ne doit pas être utilisé sans ordonnance médicale.

## 4- Interactions avec d'autres médicaments

Veillez informer votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez ou utilisez déjà d'autres médicaments

(spécialement : les IMAO, les antidépresseurs, les sédatifs, les diurétiques, les médicaments anti-inflammatoires, les médicaments contre l'asthme, les médicaments contre l'hyperac

Il est inutile et potentiellement dangereux d'associer entre deux médicaments sans avis médical.

leur seul ou associé à un autre médicament actif (même administré par voie parentérale).

5-Otrivine peut-il être utilisé pendant l'allaitement ?

Avant d'utiliser Otrivine

pendant l'allaitement, veuillez consulter votre médecin ou votre pharmacien.

6-Comment utiliser Otrivine ?

Sauf prescription contraire, utiliser Otrivine 0.1% Nébuliseur

vous tenir aux recommandations suivantes pour Adultes.

Une nébulisation dans les deux narines, 3 à 4 applications par jour.

La posologie maximale ne doit pas être dépassée.

La durée maximale de traitement est de 5 jours.

Mode d'emploi du nébuliseur

1.nettoyez votre nez.

2. Inclinez votre tête légèrement vers l'avant et insérez l'embout dans une narine.

3. Exercez une pression sur le nébuliseur une fois et inspirez en même temps.

4. Retirez l'embout avant de libérer la pression sur le nébuliseur.

5. Répétez l'opération pour l'autre narine.

Utilisez-vous conformer au dosage figurant sur la notice d'emballage ou prescrit par votre médecin.

Si vous estimez que l'efficacité du médicament est trop faible ou au contraire trop forte, veuillez-vous adresser à votre médecin ou à votre pharmacien.

Chaque flacon doit être utilisé par une seule personne pour prévenir toute infection.

Ne pas utiliser le flacon après 28 jours de son ouverture.

## Ne pas dépasser les doses recommandées.

En cas de surdosage veuillez contacter votre médecin ou votre pharmacien.

## 7-Quels effets secondaires Otrivine peut-il provoquer ?

Comme tous les médicaments, Otrivine Adulte nébuliseur peut causer des effets secondaires, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Une gêne locale peut être ressentie après l'application d'Otrivine si vous avez des conduits nasaux sensibles.

L'utilisation d'Otrivine peut provoquer les effets secondaires suivants : occasionnellement sensation de brûlure dans le nez et la gorge, irritation locale, nausées, maux de tête et sécheresse de la muqueuse nasale, des troubles visuels transitoires et des réactions.

Certains effets cardiovasculaires comme des palpitations peuvent apparaître spécialement en cas de problèmes cardiaques.

Si vous remarquez des effets secondaires qui ne sont pas mentionnés dans cette notice, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

## 8-A qui faut-il encore faire attention ?

Le médicament ne doit pas être utilisé au-delà de la date figurant après la mention « EXP » sur le récipient.

Conserver à 30 °C.

Les médicaments doivent être tenus hors de la portée des enfants.

Pour de plus amples renseignements, consultez votre médecin ou votre pharmacien, qui disposent d'une information détaillée destinée aux professionnels.

## Que contient Otrivine ?

Otrivine 0.1% nébuliseur est une solution nasale dans un flacon de 10ml.

Le nébuliseur contient 0,1% de chlorhydrate de xylométazoline, chlorure de sodium, phosphate sodique, edetate disodique, eau purifiée et du chlorure de benzalkonium comme agent conservateur.

La dernière date à laquelle cette notice a été révisée

au Maroc :

Maroc Ain Aouda- Région de Rabat

Centres médicaux :

Le Maroc

10 Bd. Rachidi et Rue Abou Hamed Al

Blanca - Maroc

2 48 00 02, Fax: 212 (0) 5 22 48 00 41

dermatite

Chefchaoueni

Boite postale 20 590 Casablanca

LOT: M0769  
EXP: MAI 2025  
PPV: 19.30 DH



PPV (DH) :

LOT N° :

2 7

UT. AV.:

32,60

موكسول

أميروكسول

بدون سكر

ck Santé  
in  
08

1 CP		100 µg
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites  
Liste II - Uniquement **SUI** ordonnance

250,



2020



6 118001 102 020

Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342