

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

180848  
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M57

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAMAYED ELMILI RAFAK

Date de naissance :

27/08/38

Adresse :

11 Rue de la Rue Beltrique. Ain Diab.

Casablanca

Tél. : 06.43.15.315

Total des frais engagés : 30,94 EUROS

## 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 :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 31 OCT. 2023

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 : 31/10/23

Signature de l'adhérent(e) : Hamayed Elmili Rafik

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
Treatment pour Envois =	09/10/2023	90,94 EUROS
Ci-joint les boîtes de :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Citalopram</li> <li>• Rizatimibe</li> <li>• Candesartan</li> </ul>	En France les prix ne sont plus indiqués sur les boîtes ..

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
		Voir le devis de la pharmacie + Facture des médic's	

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

EFFICIENT	<input type="text"/>
TRAVAUX	<input type="text"/>
INTANTS	<input type="text"/>
SOINS	<input type="text"/>
TE DU	<input type="text"/>
VIS	<input type="text"/>
TE DE	<input type="text"/>
EXECUTION	<input type="text"/>



Hôpital européen Georges-Pompidou



20, rue Leblanc  
75908 PARIS Cedex 15

Tél. : 01 56 09 20 00

### Pôle Cardio-Vasculaire

**Professeur Emmanuel MESSAS**

*Professeur des Universités*

*Cardiologue – FACC, FESC*

*Past Research fellow Harvard Medical School*

e-mail : [emmanuel.messas@egp.aphp.fr](mailto:emmanuel.messas@egp.aphp.fr)

Secrétariat : 01.56.09.37.55

Fax : 01.56.09.30.65

e-mail : [marie-paule.boucher@egp.aphp.fr](mailto:marie-paule.boucher@egp.aphp.fr)

Fait à Paris le 08 09 2023

### **ORDONNANCE**

**Prescriptions en rapport avec l'ALD**

**Affection Exonérante**

Hamayed Rafik

Coparovel 150 1/j

RESITUNE 75 1/J

CARNESIEL 2.5 1/J

**Valable 6 mois**

**Professeur Emmanuel MESSAS**

**SERVICE DE MEDECINE VASCULAIRE**  
Hôpital Européen Georges-Pompidou  
Professeur Emmanuel MESSAS  
20 rue Leblanc - 75908 Paris cedex 15  
Tél. : 01 56 09 37 74 - Fax : 01 56 09 30 65  
N° FINESS : 750803447

PHARMACIE SEBBAG ALLOUCHE Fact. Num. : 206084  
97 AVE LEDRU ROLLIN Date Fact. : 09/10/2023  
75011 PARIS Date Ord. : 09/10/2023  
752013227 Medecin: MESSAS Emmanuel  
Tel :0147002420 Code Op: 2  
INSEE: Malade:HAMYED RAFIK  
84 rue de charonne 75011 PARIS

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U	BaseSS	HD	TxSS
2	COAPROVEL 150MG/ 12,5MG CPR PELL	3400938015393	15,76	10,53	2,76	0
2	RESITUNE 75mg Cp r gast F1/90	3400930013984	4,43	-	2,76	0
2	CARDENSIEL 2,5MG CPR PES PLQ/90	3400935297129	14,17	11,49	2,76	0
1	Honor. dispens. HDR		0,51	-		0
1	Honor. dispens. HDA		1,58	-		0
1	Honor. dispens. HDE		3,57	-		0

MONTANT TOTAL : 90,94 MONTANT AMO : 0,00  
MONTANT AMC : 0,00 MONTANT ASSURE : 90,94

Ces montants s'entendent avant application, le cas échéant,  
de la franchise prévue à l'article L. 322-2 du code de la  
sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.

feuille de soins  
pharmacien ou fournisseur

numéro de facture (facultatif)

date J J M M A A A A 206084  
09102023Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale  
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

## PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

J J M M A A A A

0 7 0 8 1 9 3 9 1

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

## ADRESSE de L'ASSURE(E)

## IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

MME SEBBAG ALLOUCHE .

## PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

PHARMACIE SEBBAG ALLOUCHE  
97 AVE LEDRU ROLLIN  
75011 PARIS  
752013227

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

10000033752

100000

# quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

**Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.**

La première information à donner concerne **la personne recevant les soins et l'assuré(e)** :

**Si vous ne payez pas votre pharmacien ou votre fournisseur**, celui-ci remplira l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne.

**Si vous payez votre pharmacien ou votre fournisseur**, celui-ci indiquera uniquement vos nom et prénom, dans la zone prévue, selon vos indications ou au vu des informations portées dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres zones seront remplies par vous-même (*le code de l'organisme de rattachement n'est pas à préciser*).

- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous êtes **assuré(e) social(e)**, inscrivez seulement :
  - votre **numéro d'immatriculation** (en vous aidant de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne).
- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous n'êtes pas **assuré(e) social(e)**, indiquez :
  - votre **numéro d'immatriculation**,
  - ou** (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
  - votre **date de naissance**,
  - le **nom** et le **prénom de l'assuré(e) auquel (à laquelle) vous êtes rattaché(e)** et son **numéro d'immatriculation**,
- complétez enfin cette rubrique en indiquant l'**adresse de l'assuré(e)**.

**Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à compléter par votre pharmacien ou votre fournisseur, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.**

\* • Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.

- Si vos soins sont en rapport avec un accident causé par un tiers, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à l'accident auprès de l'assureur concerné.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident du travail, dont vous avez été victime, ou avec une maladie professionnelle, présentez-lui la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

## Recommandations importantes :

Le double de votre prescription médicale doit être joint à l'envoi de votre feuille de soins (sauf en cas de renouvellement, ou s'il a été joint à la demande d'accord préalable).

Prévenez votre organisme d'assurance maladie en **cas de changement intervenant dans votre situation**, par exemple :

- **changement de compte bancaire**, postal ou de caisse d'épargne : adressez-lui le relevé d'identité correspondant.
- **changement d'organisme** d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations, **n'oubliez pas** également d'indiquer **vos nouvelles adresses sur la feuille de soins**.

\* Si le pharmacien ou le fournisseur a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).

N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.

## FACTURE

N°2322/206084

Du 09/10/2023

Date de l'échéance 10/10/2023

HAMAYED RAFIK  
84 rue de charonne  
75011 PARIS  
FRANCE

Prescripteur : MESSAS Emmanuel

N° AM : 750803447

N° RPPS : 10003744793

Opérateur: \_ C

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
COAPROVEL 150MG/12,5MG CPR PELL 6PLAQ/15 3400938015393	PH7	0	2	15,436	2,10%	30,87
N° Ordonnancier : 256862						
Honor. dispens. HG7	HG7	0	2	2,703	2,10%	5,41
RESITUNE 75mg Cpr gast FI/90 3400930013984	PH7	0	2	4,339	2,10%	8,68
Honor. dispens. HG7	HG7	0	2	2,703	2,10%	5,41
CARDENSIEL 2,5MG CPR PES PLQ/90 3400935297129	PH7	0	2	13,879	2,10%	27,76
N° Ordonnancier : 256863						
Honor. dispens. HG7	HG7	0	2	2,703	2,10%	5,41
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50
Honor. dispens. HDA	HDA	0	1	1,550	2,10%	1,55
Honor. dispens. HDE	HDE	0	1	3,500	2,10%	3,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
89,07	2,1% (4)	1,87	90,94
<b>Total HT</b>		<b>Total TVA</b>	<b>Total TTC</b>
<b>89,07</b>		<b>1,87</b>	<b>90,94</b>

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	90,94

Mode(s) de règlement
CB 90,94
Reste dû 0,00

Montants exprimés en Euros

(u) indique les quantités unitaires

(\*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1



**COAPROVEL® + GROSSESSE**  
= INTERDIT

Ne pas utiliser chez la femme enceinte.

Médicament autorisé  
(CIP)  
n° 34009 38015393

CIP 03400938015393  
SN 1355433260TX02  
LOT JT0661  
EXP 03/2026



**COAPROVEL**  
comprimés pelliculés  
irbésartan/  
hydrochlorothiazide

**150 mg/12,5 mg**

Chaque comprimé  
irbésartan 150 mg  
et hydrochlorothiazide

Excipients :  
contient également  
Voir la notice pour

**COAPROVEL® 150 mg**  
comprimés pelliculés  
irbésartan/hydrochlorothiazide

Voie orale

**90 comprimés**

Lire la notice avant utilisation.

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

A conserver à une température ne dépassant pas 30 °C.

A conserver dans l'emballage d'origine à l'abri de l'humidité.

Médicament soumis à prescription médicale.



**COAPROVEL® + GROSSESSE**  
= INTERDIT

Ne pas utiliser chez la femme enceinte.

Médicament autorisé  
(CIP)  
n° 34009 38015393

CIP 03400938015393  
SN 1355433260TX02  
LOT JT0661  
EXP 03/2026



**COAPROVEL**  
comprimés pelliculés  
irbésartan/  
hydrochlorothiazide

**150 mg/12,5 mg**

Chaque comprimé  
irbésartan 150 mg  
et hydrochlorothiazide

Excipients :  
contient également  
Voir la notice pour

**COAPROVEL® 150 mg**  
comprimés pelliculés  
irbésartan/hydrochlorothiazide

Voie orale

**90 comprimés**

Lire la notice avant utilisation.

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

A conserver à une température ne dépassant pas 30 °C.

A conserver dans l'emballage d'origine à l'abri de l'humidité.

Médicament soumis à prescription médicale.

Cardensiel® 2,5 mg  
comprimé pelliculé sécable  
90 (3 x 30) comprimés

PC: 03400935297129  
SN 25527097821  
EXP 03/2026  
Lot 601XKF

# Cardensiel® 2,5 mg comprimé pelliculé sécable

Bisoprolol

Voie orale



90 (3 x 30) comprimés



#### Composition :

Fumarate de bisoprolol..... 2,5 mg pour un comprimé pelliculé

Médicament autorisé n° 3400935297129

Lire la notice avant utilisation. Tenir hors de la vue et de la portée des enfants. A conserver à une température ne dépassant pas 25 °C.

Titulaire : Merck Santé s.a.s., 37 rue Saint-Romain, 69379 Lyon

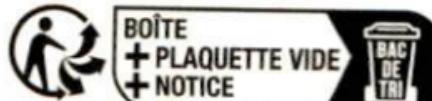
Exploitant : Merck Serono s.a.s., 37 rue Saint-Romain, 69379 Lyon

Médicament soumis à une surveillance particulière pendant la grossesse

Médicament soumis à prescription initiale réservée aux spécialistes et en médecine interne.

Respecter les doses prescrites

Liste I - Uniquement sur ordonnance



Séparez les éléments  
avant de trier



Ne pas utiliser  
- l'adolescent  
et sans conseil  
- la femme enceinte  
sauf en l'absence

Cardensiel® 2,5 mg  
comprimé pelliculé sécable  
90 (3 x 30) comprimés

PC: 03400935297129  
SN 25527097821  
EXP 03/2026  
Lot 601XKF

# Cardensiel® 2,5 mg comprimé pelliculé sécable

Bisoprolol

Voie orale



90 (3 x 30) comprimés



#### Composition :

Fumarate de bisoprolol..... 2,5 mg pour un comprimé pelliculé

Médicament autorisé n° 3400935297129

Lire la notice avant utilisation. Tenir hors de la vue et de la portée des enfants. A conserver à une température ne dépassant pas 25 °C.

Titulaire : Merck Santé s.a.s., 37 rue Saint-Romain, 69379 Lyon

Exploitant : Merck Serono s.a.s., 37 rue Saint-Romain, 69379 Lyon

Médicament soumis à une surveillance particulière pendant la grossesse

Médicament soumis à prescription initiale réservée aux spécialistes et en médecine interne.

Respecter les doses prescrites

Liste I - Uniquement sur ordonnance



Séparez les éléments  
avant de trier



Ne pas utiliser  
- l'adolescent  
et sans conseil  
- la femme enceinte  
sauf en l'absence



# RESITUNE®

Acide acétylsalicylique

75 mg

90 comprimés gastro-résistants  
VOIE ORALE UNIQUEMENT

 RESITUNE + GROSSESSE  
=  
INTERDIT

Ne pas utiliser chez la  
femme enceinte



# RESITUNE®

Acide acétylsalicylique

75 mg

90 comprimés gastro-résistants



Prendre ..... comprimé(s) /jour  
Matin      Midi      Soir  
AVALER AVEC 1/2 VERRE D'EAU.

ABAR  
2211289



# RESITUNE®

Acide acétylsalicylique

75 mg

90 comprimés gastro-résistants  
EN FLACON



COMPOSITION EN SUBSTANCE ACTIVE :  
Acide acétylsalicylique.....75 mg  
Pour un comprimé gastro-résistant.

LISTE DES EXCIPIENTS : Excipient à effet notoire :  
sodium (essentiellement sans sodium).  
Voir la notice pour plus d'information.

Les comprimés doivent être avalés entiers.  
Ne pas les écraser, ni les casser, ni les mâcher.  
Lire la notice avant utilisation.



# RESITUNE®

Acide acétylsalicylique

75 mg

90 comprimés gastro-résistants

Titulaire : PFIZER HOLDING FRANCE  
Exploitant : PFIZER  
23-25, AVENUE DU DOCTEUR LANDELONGUE  
75014 PARIS

Médicament autorisé N° : 3400930013984  
Médicament non soumis à prescription médicale.

PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION :  
A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.  
Conserver le flacon soigneusement fermé, à l'abri de l'humidité.  
TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.

PAA197770  
7260Z-KX1



# RESITUNE®

Acide acétylsalicylique

75 mg

90 comprimés gastro-résistants  
VOIE ORALE UNIQUEMENT

 RESITUNE + GROSSESSE  
=  
INTERDIT

Ne pas utiliser chez la  
femme enceinte



# RESITUNE®

Acide acétylsalicylique

75 mg

90 comprimés gastro-résistants



Prendre ..... comprimé(s) /jour  
Matin      Midi      Soir  
AVALER AVEC 1/2 VERRE D'EAU.

ABAR  
2211289



# RESITUNE®

Acide acétylsalicylique

75 mg

90 comprimés gastro-résistants  
EN FLACON



COMPOSITION EN SUBSTANCE ACTIVE :  
Acide acétylsalicylique.....75 mg  
Pour un comprimé gastro-résistant.

LISTE DES EXCIPIENTS : Excipient à effet notoire :  
sodium (essentiellement sans sodium).  
Voir la notice pour plus d'information.

Les comprimés doivent être avalés entiers.  
Ne pas les écraser, ni les casser, ni les mâcher.  
Lire la notice avant utilisation.



# RESITUNE®

Acide acétylsalicylique

75 mg

90 comprimés gastro-résistants

Titulaire : PFIZER HOLDING FRANCE  
Exploitant : PFIZER  
23-25, AVENUE DU DOCTEUR LANDELONGUE  
75014 PARIS

Médicament autorisé N° : 3400930013984  
Médicament non soumis à prescription médicale.

PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION :  
A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.  
Conserver le flacon soigneusement fermé, à l'abri de l'humidité.  
TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.

PAA197770  
7260Z-KX1