

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

- 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- 054810

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1157 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HAMAYED EMILI RAFAK
 Date de naissance : 02/08/38
 Adresse : 11 Rue de la Reine Belgique, Ain Diab, Casablanca
 Tél. : 084315315 Total des frais engagés : 90,94 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 :

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 : Le : 31/10/23

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Traitement pour 6 mois Ci-joint les boîtes de : - Ciproflox - Aspirine - Cardiomar	09/10/2023	90,94 EUROS
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 la feuille des honoraires + factures des médecins	

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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		
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> <div> G 11433553 </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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

Secrétariat : 01.56.09.37.55

Fax : 01.56.09.30.65

e-mail : marie-paule.boucher@egp.aphp.fr

ASSISTANCE
PUBLIQUE



HÔPITAUX
DE PARIS

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 : 750808447

PHARMACIE SEBBAG ALLOUCHE
 97 AVE LEDRU ROLLIN
 75011 PARIS
 752013227
 Tel : 0147002420
 INSEE:
 84 rue de charonne

Fact. Num. : 206084
 Date Fact. : 09/10/2023
 Date Ord. : 09/10/2023
 Medecin: MESSAS Emmanuel
 Code Op: 2
 Malade: HAMAYED RAFIK
 75011 PARIS

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U	BaseSS	HD	TxSS
2	COAPROVEL 150MG/ 12,5MG CPR PELL	3400938015393 Dus: 2 Ordo: 256862	15,76	10,53	2,76	0
2	RESITUNE 75mg Cp r gast F1/90	3400930013984 Dus: 2	4,43	-	2,76	0
2	CARDENSIEL 2,5MG CPR PES PLQ/90	3400935297129 Dus: 2 Ordo: 256863	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 AMD : 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.

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)

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le pharmacien ou
le fournisseur)

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

MME SEBBAG ALLOUCHE .

PHARMACIE SEBBAG ALLOUCHE
97 AVE LEDRU ROLLIN
75011 PARIS
752013227

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

MESSAS Emmanuel

identifiant

10003744793

raison sociale

GPE HOSP BROUSSA

n° de la structure

(AM, FINISS ou SIRET)

750803447

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

J J M M A A A A 09102023

date de l'accord préalable (le cas échéant)

J J M M A A A A

MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

XX

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1

(cf. la notice au verso : § précédé de "*" et les recommandations importantes)

accident causé par un tiers : non

oui

date

J J M M A A A A

XX

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée	Prest CIP/Ref.LPP(UT)	Homeo Decon- c.lab dition.	Qte	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes utili.	Mod. presc	Indic. Subst.	Date debut loc	Date fin loc
	PH7 3400938015393		2	10,53	31,52	COAPROVEL 150MG/12,5MG					
	HG7		2	2,76	5,52	Honor. dispens. HG7					
	PH7 3400930013984		2	4,43	8,86	RESITUNE 75mg Cpr gast					
	HG7		2	2,76	5,52	Honor. dispens. HG7					
	PH7 3400935297129		2	11,49	28,34	CARDENSIEL 2,5MG CPR P					
	HG7		2	2,76	5,52	Honor. dispens. HG7					
	HDR		1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR					
	HDA		1	1,58	1,58	Honor. dispens. HDA					
	HDE		1	3,57	3,57	Honor. dispens. HDE					

primer les codes à barres
coller les étiquettes de la liste
des produits et prestations
dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

9 0 , 9 4

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien
ou du fournisseur

MME SEBBAG ALLOUCHE .

signature de
l'assuré(e)

impossibilité
de signer

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 **votre nouvelle adresse 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.

sel PHARMACIE SEBBAG ALLOUCHE
 au capital social de 10000 euros
 MME SEBBAG ALLOUCHE
 97 AVE LEDRU ROLLIN
 75011 PARIS
 FRANCE
 Tel: 0147002420
 N° SIRET : 31347959400019 - N° SIREN : 313479594
 TVA Intracommunautaire : FR29313479594
 RCS : FR2931347959400019 - Ville de greffe : paris
 Code NAF/APE: 4773Z

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 N° Ordonnancier : 256862	PH7	0	2	15,436	2,10%	30,87
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 N° Ordonnancier : 256863	PH7	0	2	13,879	2,10%	27,76
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
Total HT		Total TVA	Total TTC
89,07		1,87	90,94

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 3801539 3

CIP 03400938015393

SN 1355433260TXD2

LOT JT0661

EXP 03/2026



COAPROVEL® 150 mg/12,5 mg
comprimés pelliculés
irbésartan/
hydrochlorothiazide

Chaque comprimé
irbésartan 150 mg
et hydrochlorothiazide 12,5 mg.

Excipients :
contient également du lactose.
Voir la notice pour plus de détails.

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 3801539 3

CIP 03400938015393

SN 1355433260TXD2

LOT JT0661

EXP 03/2026



COAPROVEL® 150 mg/12,5 mg
comprimés pelliculés
irbésartan/
hydrochlorothiazide

Chaque comprimé
irbésartan 150 mg
et hydrochlorothiazide 12,5 mg.

Excipients :
contient également du lactose.
Voir la notice pour plus de détails.

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

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 L

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

Médicament soumis à une surveillance particulière pendant l'utilisation.

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

Respecter les doses prescrites

Liste I - Uniquement sur ordonnance



BOÎTE
+ PLAQUETTE VIDE
+ NOTICE



Séparez les éléments
avant de trier



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

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

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 L

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

Médicament soumis à une surveillance particulière pendant l'utilisation.

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

Respecter les doses prescrites

Liste I - Uniquement sur ordonnance



BOÎTE
+ PLAQUETTE VIDE
+ NOTICE



Séparez les éléments
avant de trier



Ne pas utiliser
- l'adolescent
et sans contrôle
- 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



BOÎTE
+ NOTICE
+ FLACON VIDE & BOUCHON



FLACON
NON VIDE



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



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 LANNELONGUE
75014 PARIS

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

PRECAUTIONS PARTICULIERES 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



BOÎTE
+ NOTICE
+ FLACON VIDE & BOUCHON



FLACON
NON VIDE



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 LANNELONGUE
75014 PARIS

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

PRECAUTIONS PARTICULIERES 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