

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ctique :

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

éducation :

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.

ntaire :

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.

aladie 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

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

Accord + RSV
✓ Pas de GED
7284

Déclaration de Maladie : N° P19- 0011579

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **7284** Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **DAOUI Nouria** Date de naissance : **03/04/67**

Adresse : **37, ZG RRS DE Bouskoura**

Tél. : **0661177683** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC

Lpt. Bellevue Angle Bd A Gd

Californie - Casablanca - Ma

Tél : 212 522 78 75 75 / 212 522 78 78

Date de consultation : **16/09/2019**

2019

30/09/2019

Nom et prénom du malade : **TSOUKI ZINER**

EP. DAOUI

Age : **16**

2019

ACCUEIL

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Souffre de douleur

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 : **CDSA**

Le : **16/09/19**

Signature de l'adhérent(e) :

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
07/01/2015				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 DRUGSTORE PHARMACY	23/08/14	223,50

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
		A M	P C	I M	I V	

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. A coordinate system is overlaid, with the vertical axis pointing upwards and the horizontal axis pointing to the left. The teeth are arranged in a curve, with the numbered teeth positioned as follows: upper arch (left to right): 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7; lower arch (left to right): 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1. The numbers 1 through 8 are placed near their respective teeth.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

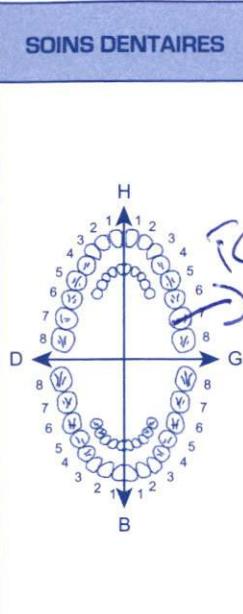
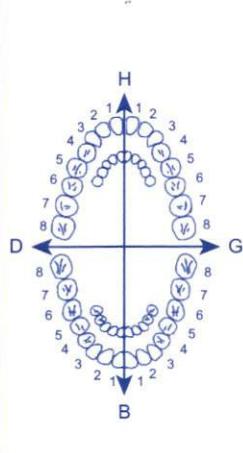
~~CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC~~
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE EXCEL
Lot. Bellevue - Angle Bd Al Qods
Californie - Casablanca - Maroc
Tél : +212 522 78 75 75 / +212 522 787 682

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

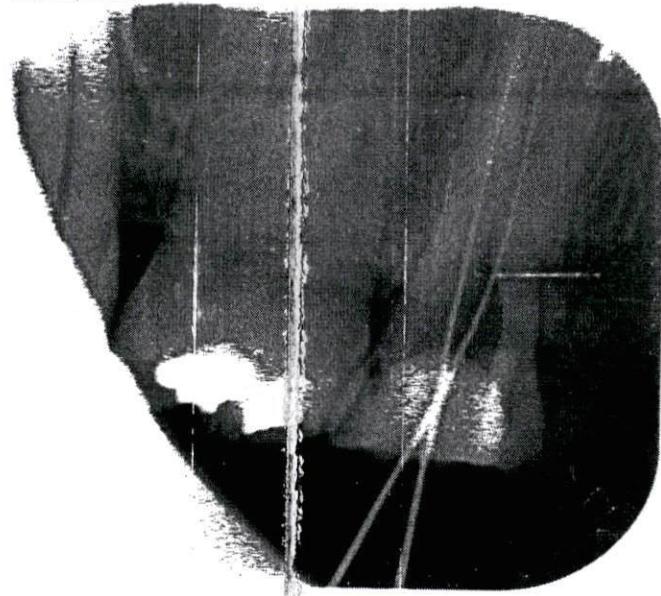
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
		2 7 <i>T. Canalaires</i>	COEFFICIENT DES TRAVAUX D35
		+ Coup D35	MONTANTS DES SOINS 11500 DH
			DEBUT D'EXECUTION 23/08/19
			FIN D'EXECUTION 16/09/19
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[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
Lot. Bellesort Angle Bd Al Qods
Californie - Casablanca - Maroc
Tél : +212 522 78 75 75 / +212 522 787 687

CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC

27
23/08/2019



A Joule

T- Comaline /27

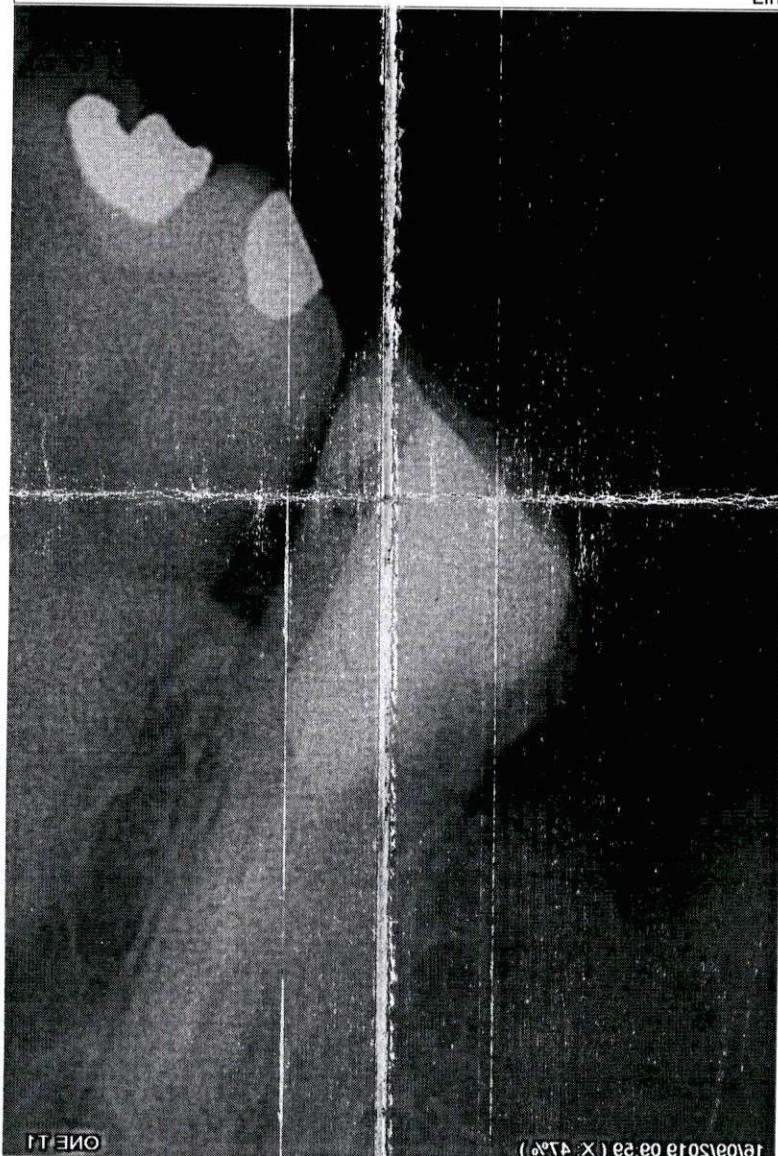
Dr. Karim BENABDALLAH

MAROC

CLINIQUE DENTAIRE
Lot. Bellevue Angle Bd AÏAOUC
California - Casablanca - MAROC
Tel: +212 322 787 577 +212 322 787 687

A Mest. Camalotui / 27

Création 16/09/2019 TSOULI ES DAOUI Zineb Impression 16/09/2019
16/09/2019 - 27 - Lin.



ONETI

16092019 00:59 (X 420%)

Dr. Karim BENABDALLAH DE DU MAROC
CLINIQUE AFRICA
Lot. Bellevue AFRICA
Casablanca - Maroc
Tel: +212 522 787 587
Fax: +212 522 787 687



CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC

Casablanca le 16/09/2019

FACTURE N° : 269/2019
Mme. TSOULI EL DAOUI ZINEB

Actes réalisés

Tarifs

- TRAITEMENT CANAL AIRE+CP/27 = 1500.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de 1500.00 DH

MILLE CINQ CENT DH

Dr. Karim BEN
Tél: +212 522 78 75 75 / +212 522 78 687
CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC
Lot. Bellevue 2ème étage Bd Al Qods
Californie - Casablanca - Maroc



CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC

✓ 23/08 / 2019

Dr. Toulki of Daoui Zineb

79.20
Aziz

1cp / 1is pot 37
58.40 x 2
Soleypot Dray 116.8

37.00
3cp en 1 seule prise naturelle pot 37

Drissal Dray
1cp en 3as de douleur

233.50

PHARM

CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC
Lot. Bellevue Angle Bd Al Qods
Californie - Casablanca - Maroc
Tél: +212 322787575 / +212 522787687

Tél. : +212 522 78 75 75 / +212 522 787 687 .

Email : cdm@cliniquedentairedumaroc.com

Lotissement Bellevue angle BD al Qods, Californie, Casablanca - Maroc



Solupred® 20 mg

Pred
Com

58,40

aventis

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

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou 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.

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition

Métaulfobenoate de prednisolone et de sodium quantité correspondant en prednisolone à ... 20 mg. Excipients : Acide tartrique, acide citrique anhydre, bicarbonate de sodium, benzoate de lithium, citron arôme naturel, saccharinate de sodium, silicone émulsion anti-mousse.

Chaque comprimé contient 50,80 mg de sodium.

Forme pharmaceutique et présentation

Comprimé effervescent. (Flacon (verre) de 20).

Classe pharmaco-thérapeutique

GLUCOCORTICOIDES - USAGE SYSTEMIQUE
(H : Hormones systémiques non sexuelles)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies, où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

ATTENTION !

Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona),
- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,
- allergie à l'un des constituants.

EN CAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Mises en garde spéciales

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'ulcère digestif, de maladies du côlon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment antécédents

de d'in mya atique, et de (maindre des muscles avec fatigue musculaire).

Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicale, subtropicale ou le sud de l'Europe, en raison du risque de maladie parasitaire.

La prise de ce médicament en association avec le sultopride (un médicament agissant sur le système nerveux central) ou avec un vaccin vivant atténué est à éviter (voir rubrique "interactions médicamenteuses et autres interactions").

PENDANT ET APRES LE TRAITEMENT :

Eviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou de rougeole.

En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

Sous traitement et au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement, prévenir le médecin de la prise de corticoïde, en cas d'intervention chirurgicale ou de situation de stress (fièvre, maladie).

Les corticoïdes oraux ou injectables peuvent favoriser l'apparition de tendinopathie, voire de rupture tendineuse (exceptionnelle).

Prévenir votre médecin en cas d'apparition de douleur tendineuse.

Précautions d'emploi

Pendant le traitement, votre médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, en particulier pauvre en sel. Tenir compte de l'apport en sodium (environ 51 mg par comprimé).

EN CAS DE DOUCE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Interactions médicamenteuses et autres interactions

Ce médicament DOIT ETRE EVITE en association avec le sultopride (un médicament agissant sur le système nerveux central) ou avec un vaccin vivant atténué (cf "Mises en garde spéciales").

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Grossesse - Allaitement

Grossesse :

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin



Solupred® 20 mg

Pred
Com

58,40

aventis

Veuillez lire attentivement *l'intégralité de cette notice* avant d'utiliser ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou 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.

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition

Métaulfobenoate de prednisolone et de sodium quantité correspondant en prednisolone à ... 20 mg. Excipients : Acide tartrique, acide citrique anhydre, bicarbonate de sodium, benzoate de lithium, citron arôme naturel, saccharinate de sodium, silicone émulsion anti-mousse.

Chaque comprimé contient 50,80 mg de sodium.

Forme pharmaceutique et présentation

Comprimé effervescent. (Flacon (verre) de 20).

Classe pharmaco-thérapeutique

GLUCOCORTICOIDES - USAGE SYSTEMIQUE
(H : Hormones systémiques non sexuelles)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies, où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

ATTENTION !

Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona),
- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,
- allergie à l'un des constituants.

EN CAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Mises en garde spéciales

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'ulcère digestif, de maladies du côlon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment antécédents

de d'in mya atique, et de (maindre des muscles avec fatigue musculaire).

Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicale, subtropicale ou le sud de l'Europe, en raison du risque de maladie parasitaire.

La prise de ce médicament en association avec le sultopride (un médicament agissant sur le système nerveux central) ou avec un vaccin vivant atténué est à éviter (voir rubrique "interactions médicamenteuses et autres interactions").

PENDANT ET APRES LE TRAITEMENT :

Eviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou de rougeole.

En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

Sous traitement et au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement, prévenir le médecin de la prise de corticoïde, en cas d'intervention chirurgicale ou de situation de stress (fièvre, maladie).

Les corticoïdes oraux ou injectables peuvent favoriser l'apparition de tendinopathie, voire de rupture tendineuse (exceptionnelle).

Prévenir votre médecin en cas d'apparition de douleur tendineuse.

Précautions d'emploi

Pendant le traitement, votre médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, en particulier pauvre en sel. Tenir compte de l'apport en sodium (environ 51 mg par comprimé).

EN CAS DE DOUCE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Interactions médicamenteuses et autres interactions

Ce médicament DOIT ETRE EVITE en association avec le sultopride (un médicament agissant sur le système nerveux central) ou avec un vaccin vivant atténué (cf "Mises en garde spéciales").

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Grossesse - Allaitement

Grossesse :

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin

AZIX®

Azithromycine

COMPOSITION ET PRÉSENTATION :

Comprimé 500 mg sécable, boîte de

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitements des infections dues aux

- infections respiratoires hautes

pharyngite;

- infections respiratoires basses (y compris bronchite et pneumonie);

- infections odontostomatologiques;

- infections cutanées;

- infections des tissus mous;

- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydia trachomatis).

PPV : 79DH70

PER : 03/21

LOT : H749

CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.

- Insuffisance hépatique sévère.

MISES EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison ...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.

- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestation allergique survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.

- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.

- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :

Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.

- Manifestations allergiques; prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

ADMINISTRATION :

ديوكسول® 500 مغ / 2 مغ

أقراص

على من 20 قرصاً

باراصيطةامول / ثيوكوليتشيكوزيد

الطيب أو الصيدلي، في حال وجود أعراض مشابهة، لأنك قد تسبب الشرر له.

ووجود عارض غير مرغوب فيه غير مذكور في هذه النشرة.

تحدث عن ذلك مع الطبيب أو مع الصيدلي.

DUXOL

Paracetamol / Thiochicoside

500 mg / 2 mg / 20 comprimés

3700

يرجى الاد
احتفظ بها
إذا كانت ا
لقد تم وص
إذا أصبح
التركيب التوقيع والكمي
باراصيطةامول

ثيوكوليتشيكوزيد

الساغ

قائمة السواغ الذي من الواجب معرفته لاستعمال بدون خطأ عند بعض المرضى:
نها القمع، لاكتوز،

الصنف الصيدلي والعلجي

ينتسب باراصيطةامول إلى مجموعة الأدوية الفاضلة للحرارة و مزيل للآلم
ثيوكوليتشيكوزيد ينتسب إلى مجموعة أدوية إرتخاء العضلات.

الوصف

- معالجة الأعراض الناتجة عن آلام العضلات أو الصدمة الروماتيزم بالصدمة وأمراض النساء.
- كعكة مساعدة أثناء تقلصات مؤلمة

* من الأضطرابات النتكسية في العمود الفقري والإضطرابات مجازة العمود الفقري: صعور وألم الظهر، ألم أسفل الظهر
* الأضطرابات النفسية والعصبية (مع التشنج)

مواضع الاستعمال:

لا يجب إستعمال هذا الدواء في الحالات التالية:

- الأطفال أقل من 15 عاماً.

- أشخاص دوبي الحساسية لنها القمع

- حساسية لباراصيطةامول أو لأحد مكونات المنتوج

- حساسية لثيوكوليتشيكوزيد

- القصور الكيدي.

- الحمل والرضاعة

احتياطات خاصة:

- تجنب العلاج لفترات طويلة بالنسبة للمرضى الذين يعانون من ضعف الكبد و / أو مشاكل في الكلى ، وأمراض القلب أو الرئة.

- المرضى الذين يعانون من الصرع.

- في حال الإصابة بالإسهال، أخبر طبيبك

- لتجنب خطأ جرعة زائدة، تتحقق من عدم وجود باراصيطةامول في تكوين أنواع أخرى من الأدوية.

- الحد الأقصى المقترن

بالغين والأطفال فوق 50 كغ، يجب عدم تجاوز 4 جرام يومياً بالنسبة للباراصيطةامول.

- لا تتجاوز الجرعة الموصوفة

احتياطات الاستعمال:

في حالة الشك، لا تترددوا في استشارة طبيبكم أو صيدليكم

أزيكس®

أزيتروميسين

تعليمات علاجية:

أزيكس مضاد حيوي من صنف الأزيليد منسوب للماكروليد. أزيكس له فعالية على التعففات الناتجة عن جرثيم يؤثر عليها.

مضادات الإستطباب:

- حساسية للأزيتروميسين أو أي ماكروليد.
- ضعف في وظيفة الكبد.

تنبيه:

- في حالة أي ردود فعل حساسية (طفح جلدي ، حكة...) يجب استشارة الطبيب المعالج - يجب الاحاطة إلى علم الطبيب المعالج بأي حساسية عند الإستطباب بالمضادات الحيوية من صنف الماكروليد - لا يجب استعمال هذا الدواء عند المصابين بضعف في وظيفة الكبد - أمام عدم وجود معطيات علمية، ينصح عدم استعمال مشتقات مهماز الجودر.

احتياطات الاستعمال:

- يجب إحاطة علم الطبيب المعالج في حالة: ضعف في وظيفة الكبد. ردود فعل حساسية. اضطرابات جلدية ناتجة عن حالة حساسية. حالة حمل. حالة رضاع. أخذ أدوية أخرى في آن واحد.

التأثيرات الجانبية:

- اضطرابات هضمية: غثيان،قيء، إسهال وأوجاع بطنية.
- ردود فعل حساسية: حكة، طفح جلدي أو ديماكوينك.

المقادير:

- التقييد بوصفة الطبيب.
- للبالغين والأطفال الذين يزيد وزنهم عن 45 كيلو: قرص واحد من عيار 500 ملجم في اليوم لمدة 3 أيام.

كيفية الاستعمال:

أزيكس أقراص يمكن أخذه في أي حين من اليوم خلال أو خارج الوجبة الغذائية.

أزيكس أقراص من عيار 500 ملجم من الأزيتروميسين. علبة 3 أقراص.

جدول أ (لائحة).