

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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.

## Prothésaire :

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

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'Harloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19-0048644

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8967 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN ABDEPRAZIK RACHID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 76 096 812

Total des frais engagés : Dhs

### 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 :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
HOSPITALISATION EN HOPITAL  
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
REVENTORIUM  
SEJOUR EN MAISON DE REPOS  
LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  
globaux comportant un ou plusieurs échelonnées  
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit révenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

II

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS 897329

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BEN ABDE RRAZIK RACHID  
Matricule : 2907 Fonction : Rehaite Poste :  
Adresse : 133 Av ATLANTIDE OASA  
Tél. : 0676096802 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BENABDERRAZIK Rachid Age 30 09 44  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin :  
Nature de la maladie : soins dentaires  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances  
A Casablanca le 21 / 10 / 2018  
Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin  
**Dr. LAALOU Younes**  
Prothèse Fixée / Implantologie  
34, Bd Abderrahmane Bouabid Angle Rue  
des Papillons Quartier OASA - Casablanca  
Tél : 0522 98 51 34 - 0522 99 66 16



## 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
PHARMACIE du 2 MARS Mme. EL ALAOUI Aïcha 575, Av. du 2 Mars Andalous 1 Tél : 05.22.28.57.84 - Casablanca	21/10/19	14720-

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des

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													
	48	Extraction	D10.5	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANT DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>				<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>												
				<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	25533412	H	21433552	00000000		00000000	00000000	D	00000000	35533411	B	11433553
25533412	H	21433552														
00000000		00000000														
00000000	D	00000000														
35533411	B	11433553														
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
DATE DU DEVIS				MONTANT DES SOINS												
DATE DE L'EXECUTION				DATE DU DEVIS												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Pr. LAALOU Younés  
34, Bd Abderrahim Bouabid Angle Rue  
des Papillons Quartier Oasis Casablanca  
Tél : 0522 98 51 34 - 0522 99 56 16



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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																									
	48	Extractions	D10, 5	COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D10, 5</span>																								
				MONTANT DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">400, 5</span>																								
				DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>																								
				FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1/10/2010</span>																								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>	
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	00000000	00000000																										
35533411	11433553																											
B																												
		MONTANT DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>																										
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>																										
		DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>																										

## VOLET ADHERENT

### DECLARATION

Matricule N° : 2907 II 897329  
 Nom du patient : BEN ABDERRAZIK RACHID  
 Date de dépôt :  
 Montant engagé 540,20 DH  
 Nombre de pièces jointes :



MUPRAS

Extractions 400,00 + PHC 140,20 DH

**Pr. Younès Laâlou**

Professeur Agrégé en Prothèse Fixée  
Docteur en Médecine Dentaire - FDM Casablanca

C.E.S de Biomatériaux Dentaires

C.E.S de Prothèse Fixée

C.E.S de Prothèse Adjointe Partielle

C.E.S de Prothèse Adjointe Totale

C.E.S de Parodontologie

Diplôme d'Université de Prothèse Maxillo - Faciale - Paris VII



Oasis  
Dental  
Clinic

Casablanca, le ..... 01/10/19

M<sup>r</sup> Benabdelmalek. Rahul

64.10

x Anyane 1g



1 cp matin et soir

5 jours

58.40

x Effipud 20mg



3 cp le matin

2 jours

17.70

x Eludril



2 x / jour

140.20

PHARMACIE du 2 MARS  
Mme. EL ALAOUÏ Aïcha  
575, Av. du 2 Mars Andalous 1  
Tél : 05.22.28.57.84 - Casablanca

**Pr. LAALOU Younès**  
Prothèse Fixée / Implantologie  
34, Bd Abderrahim Bouabid Angle Rue  
des Papillons Quartier Oasis - Casablanca  
Tél : 0522 98 51 34 - 0522 99 66 16

Docteur en Médecine Dentaire-FMD.Casablanca

C.E.S de Biomatériaux Dentaires

C.E.S de Prothèse Fixée

C.E.S de Prothèse Adjointe Partielle

C.E.S de Prothèse Adjointe Totale

C.E.S de Parodontologie

Diplôme d'Université de Prothèse Maxillo-faciale .Paris VII

Casablanca, le 01/10/2019

Patient(e): M. BENABDERRAZIK rachid

**FACTURE N° 143-09-2019**

ACTES	Dent(s)	Montant à payer
Extraction 1	48	400,00 DH
TOTAL		400,00 DH

Arrêté le montant de la facture à la somme de

Quatre cent DH

*[Handwritten signatures and stamps]*

01/10/2019

Signature du Praticien

**Dr. LAALOU Younès**  
Prothèse Fixée / Implantologie  
34, Bd Abderrahim Bouabid Angle Rue  
des Papillons Quartier Oasis - Casablanca  
Tél : 0522 98 51 34 - 0522 99 66 16

34, Bd Abderrahim Bouabid Angle Rue des Papillons, Quartier L'oasis. Casablanca-Maroc

0522.25.37.68 / 0522.98.51.34 / 0522.99.51.34

GSM : 06 65 169 169 (Urgences) E-mail : oasisdentalclinic34@gmail.com

ICE : 001613438000068

IF : 40909050



# AXIMYCINE®

( Amoxicilline )

PPV 64DH10

## FORMES ET PRESENTATIONS

- Comprimés dispersibles à 1 g
  - Comprimés dispersibles à 500 mg
  - Comprimés dispersibles à 250 mg
  - Gélules à 500 mg
  - Granulés à 250 mg
  - Poudre pour suspension à 250 mg et 500 mg
  - Injectable à 250 mg, 500 mg
  - Injectable à 1 g
- Boîtes de 14 et 24 comprimés
  - Boîtes de 16 et 24 comprimés
  - Boîtes de 12 et 20 comprimés
  - Boîtes de 16 et 24 gélules
  - Boîte de 16 sachets
  - Flacons de 12 doses et de 20 doses
  - Boîte unitaire
  - Boîte unitaire et Boîte de 6

## COMPOSITION

### Comprimés dispersibles à 1 g

Amoxicilline 1,000 g (sous forme de trihydrate)  
Excipient q.s.p. .... 1 comprimé

### Comprimés dispersibles à 500 mg

Amoxicilline 500 mg (sous forme de trihydrate)  
Excipient q.s.p. .... 1 comprimé

### Comprimés dispersibles à 250 mg

Amoxicilline 250 mg (sous forme de trihydrate)  
Excipient q.s.p. .... 1 comprimé

### Gélules

Amoxicilline 500 mg (sous forme de trihydrate)  
Excipient q.s.p. .... 1 gélule

### Granulé

Amoxicilline 250 mg (sous forme de trihydrate)  
Excipient q.s.p. .... 1 sachet

### Poudre pour suspension à 250 mg / 5 ml sans sucre

Amoxicilline 250 mg (sous forme de trihydrate)  
Excipient q.s.p. une cuillère-mesure de 5 ml de suspension reconstituée

### Poudre pour suspension à 500 mg / 5 ml sans sucre

Amoxicilline 500 mg (sous forme de trihydrate)  
Excipient q.s.p. une cuillère-mesure de 5 ml de suspension reconstituée

### Injectable

Amoxicilline (sous forme de sel de sodium) :

- Flacon de poudre dosé à 1000 mg + ampoule de 5 ml de solvant I.M. à base d'alcool benzylrique 3%
- Flacon de poudre dosé à 500 mg + ampoule de 5 ml de solvant I.M. à base d'alcool benzylrique 3%
- Flacon de poudre dosé à 250 mg + ampoule de solvant eau ppi 3 ml

## PHARMACODYNAMIE

L'amoxicilline est un antibiotique de la famille des bêta-lactamines du groupe des aminopénicillines (Pénicilline A). Sa stabilité en milieu acide et son absorption digestive rapide et complète rendent son administration orale plus avantageuse par rapport aux ampicillines.

L'amoxicilline présente en plus du spectre de la pénicilline G, une activité propre vis-à-vis de certaines bactéries à gram négatif en raison d'une meilleure pénétration. Elle a un effet bactéricide.

- Pneumocoques, clostridium, listeria monocytogenes, streptocoques, entérocoques

- Meningocoques, gonocoques, colibacilles, protéus mirabilis, salmonelles, Helicobacter pylori, vibrio cholerae, bordetella pertussis, haemophilus influenzae, E. coli, shigelles

## PHARMACOCINETIQUE

- Les concentrations sériques sont variables selon la voie d'administration.

L'amoxicilline a une meilleure résorption que l'ampicilline.

Le coefficient d'absorption digestive est de 90%. Son absorption au niveau du duodénum n'est pas modifiée par le contenu gastrique.

Le pic sérique est atteint en 1h30 à 2h : pour une dose orale de 500 mg, il est de 7 à 10 µg/ml, et de 13 à 15 µg/ml pour une prise de 1 g.

Le pic sérique est plus précoce par voie I.M. puisqu'on l'atteint en 30 mn à 1h.

- La demi-vie sérique d'élimination d'Amoxicilline est de 60 mn.

- La liaison aux protéines sériques est de 17%

- L'amoxicilline diffuse dans tous les tissus et milieux biologiques : ceci pourrait être lié à un coefficient de liaison protéique peu élevé (17%).

L'amoxicilline est présente aux taux thérapeutiques dans : le tissu lymphatique, L.C.R., les produits de sécrétions bronchiques, la salive, les larmes, la sueur, le tissu amygdalien, l'oreille, l'os.

L'amoxicilline traverse la barrière placentaire, gagne la circulation fœtale et se concentre dans le liquide amniotique. Elle passe dans le lait maternel.

- Excrétion : l'élimination se fait essentiellement par voie urinaire ; 68% de la dose injectée par voie I.V. sont retrouvés dans les urines de 24 heures.

L'élimination biliaire est de 5 à 10 %

La fraction non absorbée est éliminée par voie intestinale sous forme inactivée.

## INDICATIONS

Elles procèdent de l'activité antibactérienne et des caractéristiques pharmacologiques de la molécule :

- En traitement initial des :
- Pneumopathies aiguës ;
- Surinfections de bronchites aiguës et exacerbation de bronchites chroniques ;
- Infections ORL (otite, sinusite, angine) et stomatologiques ;

AXIMYCINE® 1g

14 comprimés dispersibles



# EFFIPRED®

(Predni

## PRESENTATIONS

Boîte de 30 comprimés effervescents à 5 mg

Boîte de 20 comprimés effervescents à 20 mg

## COMPOSITION

- Comprimés effervescents à 5 mg

Prednisolone (sous forme de métsulfobenzoate

Excipient qsp.....

- Comprimés effervescents à 20 mg

Prednisolone (sous forme de métsulfobenzoate

Excipient qsp.....

**EFFIPRED®**

20 Comprimés effervescents **20 mg**



6 118000 031369

**EFFIPRED® 20 mg**

PPV 58DH40  
EXP 05/2022  
LOT 93014 1

## PROPRIETES

EFFIPRED® est un glucocorticoïde à usage systémique, utilisé principalement pour ses propriétés antiinflammatoire, antiallergique et immunodépressive.

## INDICATIONS

Affections rhumatologiques, respiratoires, ORL, ophtalmologiques, neurologiques, néphrologiques, néoplasiques, infectieuses, hématologiques, endocriniennes, digestives, dermatologiques, et dans les connectivites et collagénoses.

## POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

- Se conformer strictement à la prescription du médecin.
- Prendre les comprimés dissous dans un verre d'eau au cours des repas, de préférence en une prise le matin.

## CONTRE-INDICATIONS

- Tout état infectieux non traité par antibiotiques ou antimycosiques.
- Certaines viroses en évolution (herpès, varicelle, zona, hépatite)
- États psychotiques encore non contrôlés par un traitement.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI ET MISE EN GARDE

### En cas de traitement prolongé :

- Observer un régime pauvre en sucres et enrichi en protéines et en calcium
- Réduire l'apport en sodium en tenant compte de la teneur en sodium du comprimé (43 mg de sodium par comprimé à 20 mg et 28,6 mg de sodium par comprimé à 5 mg).
- Ne jamais arrêter brutalement le traitement mais diminuer progressivement les doses en suivant la prescription de votre médecin.



## ELUDRIL® 0,5 ml/0,5 g pour 100 ml

Chlorhexidine-Chlorobutanol  
solution pour bain de bouche

**Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.**

- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consulter un médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

### **Dans cette notice :**

1. QU'EST-CE QUE ELUDRIL 0,5 ml/0,5 g pour 100 ml, solution pour bain de bouche ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER ELUDRIL 0,5 ml/0,5 g pour 100 ml, solution pour bain de bouche ?
3. COMMENT UTILISER ELUDRIL 0,5 ml/0,5 g pour 100 ml, solution pour bain de bouche ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER ELUDRIL 0,5 ml/0,5 g pour 100 ml, solution pour bain de bouche ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES
1. QU'EST-CE QUE ELUDRIL 0,5 ml/0,5 g pour 100 ml, solution pour bain de bouche ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Il est préconisé comme traitement local d'appoint des affections de la cavité buccale et lors de soins post-opératoires en odonto-stomatologie.

2.  
CC  
0,5  
boi  
N°1  
ml,

PER: 03 2022

LOT : 9MA087

ELUDRIL  
SOLUTION 90 ML

P.P.V : 179H70



IONS A  
ELUDRIL  
- bain de  
g pour 100

L'utilisation de ELUDRIL 0,5 ml/0,5 g pour 100 ml, solution pour bain de bouche est contre-indiquée en cas d'hypersensibilité (allergie) à la chlorhexidine, au chlorobutanol ou aux autres constituants de la solution.

### **Faites attention avec ELUDRIL 0,5 ml/0,5 g pour 100 ml, solution pour bain de bouche**

Ne pas mettre le produit au contact des yeux et du nez. Ne pas introduire le produit dans le conduit auditif.

En cas de persistance des symptômes au-delà de 5 jours et/ou de fièvre associée, la conduite à tenir doit être réévaluée.

Une utilisation prolongée peut exposer à une coloration des dents, obturations et prothèses. Ce médicament contient un agent colorant azoïque (E124) et peut provoquer des réactions allergiques.

### **Prise ou utilisation d'autres médicaments**

L'utilisation simultanée ou successive d'autres antiseptiques est à éviter compte tenu des interférences possibles (antagonisme, inactivation.....).

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

### **Grossesse et allaitement**

Pendant la grossesse ou l'allaitement, ne pas hésiter à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant de prendre tout médicament

### **Liste des excipients à effet notoire :**

Rouge cochenille A (E124), alcool.

3. COMMENT UTILISER ELUDRIL 0,5 ml/0,5 g pour 100 ml, solution pour bain de bouche ?
- RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 6 ANS

### **Mode d'administration**

Utilisation locale en bain de bouche.

La solution doit être diluée avant utilisation.