

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

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

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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7280

Société : 113 638

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : Moriki Abdellah

Autre :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

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 : 13/10/2011

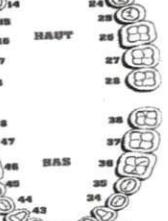
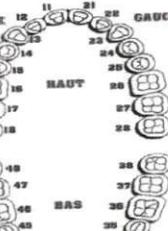
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Il faut écrire le nom de la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Merci de fournir une facture.

Veuillez fournir une facture.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
					<input type="text"/>
					Montant des soins <input type="text"/>
					Début d'exécution <input type="text"/>
					Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>
		H	G		
D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G		Montant des soins <input type="text"/>
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				Date du devis <input type="text"/>
					Fin de <input type="text"/>
Visa et signature du praticien à l'écriture de la feuille		Visa et sceau du praticien à l'écriture de la feuille			
VOLET ADHERENT		NOM : _____			Mle
DECLARATION N°		W18-382301			
Date de Dépôt	Montant engagé		Nbre de pièces Jointées		
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle					



W18-382301

DATE DE DÉP

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme		
Nom & Prénom <u>MALKI ABDELhamid</u>				
Fonction :	Phones.....			
Mail <u>Y230</u>				
MEDECIN	Prénom du patient <u>Haddoum Hamed</u>			
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>1977</u>	Date <u>30/09/2020</u>
Nature de la maladie		<u>lombalgie - rhéumatisme - hypertension</u>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
<u>G</u>	-	<u>15000 DH</u>		
PHARMACIE	Date <u>30/09/20</u>			PHARMACIE B
Montant de la facture		<u>563,60 DH</u>		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date <u>30/09/2020</u>		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			LABORATOIRE CENTRAL
<u>30.09.20</u>	<u>582,00 DH</u>			BERRECHID
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

Docteur RACHIDI Imane

Médecin Générale

Echographie Générale

Diplôme de la Faculté de Médecine

de Montpellier - France



الدكتورة رشيدية إيمان

الطب العام

الفحص بالصدى

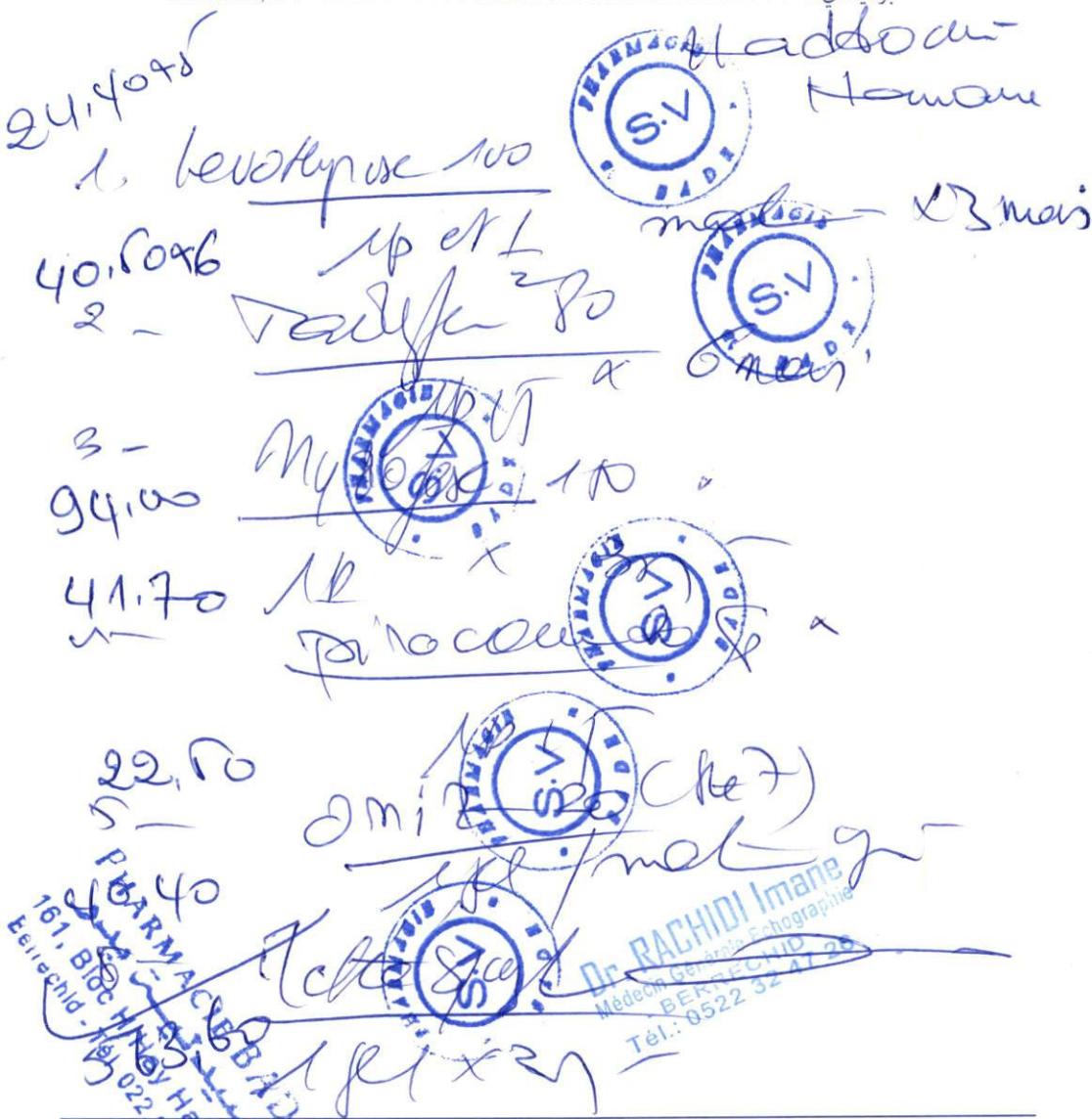
دبلوم من كلية الطب

مونبلي - فرنسا

Berrechid, le :

30_08_2005

برشيد، في :



554، شارع إدريس الحريزي الحي الحسني - برشيد - الهاتف : 0522 32 47 26

554, Boulevard Idriss Lahrizi Hay El Hassan - BERRECHID - Tél. : 0522 32 47 26



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg.

Comprimés sécables B/30



PPV: 24,40 DH

7862160342

EXP:

03/2023

Lot:

600KMP

Fab:

04/2020



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg.

Comprimés sécables B/30



PPV: 24,40 DH

7862160342

EXP:

03/2023

Lot:

600KMP

Fab:

04/2020



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg.

Comprimés sécables B/30



PPV: 24,40 DH

7862160342

EXP:

03/2023

Lot:

600KMP

Fab:

04/2020



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg.

Comprimés sécables B/30



PPV: 24,40 DH

7862160342

EXP:

03/2023

Lot:

600KMP

Fab:

04/2020



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg.

Comprimés sécables B/30



PPV: 24,40 DH

7862160342

EXP:

03/2023

Lot:

600KMP

Fab:

04/2020

319334

6 118001 103041



Tardyferon® 80 mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA

41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca

Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

319334

6 118001 103041



Tardyferon® 80 mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca

Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

319334

6 118001 103041



Tardyferon® 80 mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA

41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca

Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

319334

6 118001 103041



Tardyferon® 80 mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA

41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca

Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

319334

6 118001 103041



Tardyferon® 80 mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA

41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca

Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

319334

6 118001 103041



Tardyferon® 80 mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA

41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca

Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

MYDOFLEX 150 mg

Comprimés pelliculés
Tolperisone HCl

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

Elle contient des informations importantes sur votre traitement et votre maladie.

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.

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT :

MYDOFLEX 150mg, boîte de 30 comprimés pelliculés

2. Composition du médicament :

Composition :

TOPLERISONE (DCI).....150mg

Excipients : Acide citrique anhydre, povidone, cellulose microcristalline PH102, eau purifiée, cellulose microcristalline PH112, dioxyde de silice colloïdale, Crospovidone, stéarate de magnésium, alcool polyvinyleux partiellement hydrolysé, dioxyde de titane, polyéthylène de glycol, Talc

3. Classe pharmaco thérapeutique ou le type d'activité:

MYDOFLEX est un myorelaxant

4. Indications thérapeutiques

MYDOFLEX contient le principe actif chlorhydrate de tolperisone qui est un décontracturant musculaire. Il est utilisé, sur prescription médicale, dans le traitement des spasmes musculaires, lors d'affections douloureuses d'origine musculo-squelettique, notamment de la colonne vertébrale et des grosses articulations. Il peut aussi être prescrit dans l'hypertonie de la musculature squelettique associée à une affection neurologique.

5. Posologie et mode d'administration :

Chez l'adulte la dose initiale est en général d'un comprimé pelliculé de MYDOFLEX (soit une dose de 150 mg) matin, midi et soir (soit une dose journalière de 450 mg). Dans certains cas le médecin peut prescrire une dose plus importante (quatre fois un comprimé pelliculé à 150 mg par jour). Chez les personnes âgées, ou en cas de certaines maladies associées (insuffisance hépatique ou rénale), la dose prescrite est souvent plus faible. La dose journalière est maintenue jusqu'à l'obtention du résultat thérapeutique. La prescription médicale peut prévoir pour la suite un intervalle plus long entre les prises. En cas de simple retard d'une prise prenez la dose prévue. En cas d'oubli complet d'une prise ne pas doubler la dose suivante.

6. Contre-indications

N'utilisez jamais MYDOFLEX 150 mg comprimés pelliculés dans les cas suivants :
Myasthénie grave (maladie rare entraînant une faiblesse musculaire).

Allergie antérieure au MYDOFLEX

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

7. Effets indésirables

Les récentes études cliniques ont montré que moins de 5% des patients traités avaient annoncé des effets indésirables. Les effets indésirables rapportés sont les suivants:

Système nerveux central:

Occasionnel: vertige, tremblement, paraesthesia
Peu fréquent: mal de tête

Système cardiovasculaire:

Occasionnel: palpitations, hypotension

Étende gastro-intestinale:

Occasionnel: bouche sèche, dyspepsie, nausée, vomissements, diarrhée, douleur abdominale, flatulence
Peu fréquent: constipation, brûlures d'estomac

Peau:

Occasionnel: transpiration, urtication, éruption

Troubles généraux:

Peu fréquent: asthénie, somnolence, douleur

Si vous remarquez d'autres effets secondaires, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

8. Mises en garde spéciales :

Faites attention avec MYDOFLEX

En prescri

patient de

Effets indé

vous res

(fourmillem

plaques o

gène respir

une allergi

il faut arrê

médecin.

EN CAS D

L'AVIS D

PHARMA

Batch No./Exp.:IPV 94 dhs 00



6 118001 260850



Ce médicament est généralement déconseillé en association avec les anti-inflammatoires non stéroïdiens contenant des salicylates à doses curatives et/ou chez le sujet âgé (voie parentérale), lithium, méthotrexate (utilisé à des doses de pemetrexed (cf Interactions).

PIROCAM® SOTHEMA 20 mg
10 comprimés dispersibles

AMM N° 581/16 DMP/21/NRQ



6 118000 021841

DISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

ES

ETRE PRIS QUE SOUS SURVEILLANCE MEDICALE.

de la solution injectable est de 12,6° (v/v) soit 100 mg d'alcool par ampoule.

Le médecin pourra vous prescrire un traitement gastro-protecteur tel que le misoprolol ou un inhibiteur de

T, EN CAS :

ENEZ VOTRE MEDECIN.

u muqueuse de type prurit, rash, aptite, INTERROMPRE IMMEDIATEMENT LE TRAITEMENT ET IN.

ale (rejet de sang par la bouche ou dans les selles, coloration des selles en noir), ARRÊTEZ LE

EEZ IMMEDIATEMENT UN MEDECIN OU UN SERVICE MEDICAL D'URGENCE.

rgie à ce médicament, notamment une crise d'asthme ou un brusque gonflement du visage et du cou (Cf. Effets indésirables éventuels), ARRETEZ LE TRAITEMENT ET CONTACTEZ IMMEDIATEMENT UN MEDECIN OU UN SERVICE MEDICAL D'URGENCE.

- En cas d'effet thérapeutique insuffisant, il ne faut pas dépasser la dose maximale recommandée, ni associer le traitement à un autre AINS, en raison du risque d'augmentation de la toxicité sans avantage thérapeutique prouvé.

- L'utilisation concomitante de PIROCAM® SOTHEMA avec d'autres AINS, y compris les inhibiteurs sélectifs de la cyclooxygénase 2 (cox-2), doit être évitée.

En l'absence d'amélioration après plusieurs jours, le bénéfice du traitement doit être réévalué.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

En raison de la nécessité d'adapter le traitement, il est important de prévenir votre médecin qui rédige l'ordonnance en cas :

- d'antécédents digestifs (hémorragie digestive, hernie hiatale, ulcère de l'estomac ou du duodénum anciens),

- de prise d'un traitement anticoagulant. Ce médicament peut entraîner des manifestations gastro-intestinales graves,

- de maladie du cœur, du foie et des reins.

- d'asthme : la survenue de crise d'asthme chez certains patients peut être liée à une allergie à l'aspirine ou à un anti-inflammatoire non stéroïdien ; dans ce cas, ce médicament est contre-indiqué.

Si vous êtes une femme, le piroxicam peut altérer votre fertilité. Vous ne devez donc pas prendre ce médicament si vous souhaitez concevoir un enfant, si vous présentez des difficultés pour procréer ou si des examens sur votre fonction de reproduction sont en cours.

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

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

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.

Omiz®

Oméprazole

Microgranules gastrorésistants en gélule

PRESENTATIONS :

- OMIZ® 20 mg** : Boîte de 7 gélules
Boîte de 14 gélules
Boîte de 28 gélules
- OMIZ® 10 mg** : Boîte de 7 gélules
Boîte de 14 gélules
Boîte de 28 gélules

COMPOSITION :

OMIZ® 20mg
Oméprazole.....20 mg
Excipients q.s.p.....1 gélule
Excipient à effet notoire : saccharose

COMPOSITION :

OMIZ® 10mg
Oméprazole.....10 mg
Excipients q.s.p.....1 gélule
Excipient à effet notoire : saccharose

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE :

Inhibiteur de la pompe à protons (appareil digestif et métabolisme). Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

INDICATIONS :

- Chez l'adulte :
 - En association à une bithérapie antibiotique, éradication de Helicobacter pylori en cas de maladie ulcéruse gastroduodénale,
 - Ulcère duodénal évolutif,
 - Ulcère gastrique évolutif,
 - (Esophagite érosive ou ulcérateuse symptomatique par reflux gastro-oesophagien,
 - Traitement symptomatique du reflux gastro-oesophagien associé ou non à une esophagite, en cas de résistance à la posologie de 10 mg d'oméprazole par jour,
 - Traitement d'entretien des ulcères duodénaux chez les patients non infectés par Helicobacter pylori ou chez qui l'éradication n'a pas été possible,
 - Traitement d'entretien des oesophagites par reflux gastro-oesophagien,
 - Syndrome de Zollinger-Ellison,
 - Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable,
 - Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients à risques (notamment âge supérieur à 65 ans, antécédents d'ulcère gastroduodenal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable.
- Chez l'enfant à partir d'un an : Desophagite érosive ou ulcérateuse symptomatique par reflux gastro-oesophagien.

CONTRE-INDICATIONS :

- Hypersensibilité à l'un des constituants de ce médicament.
- En association avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux).

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

MISES EN GARDE / PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

Mises en garde :

En raison de la présence de saccharose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'intolérance au fructose, de syndrome galactosur ou de déficit en sucrase-isomaltase (maladies métaboliques rares).

Précautions d'emploi :

Utiliser ce médicament avec précaution en cas d'affections chroniques du foie.

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

INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MÉDICAMENTS :

Avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux). Si vous prenez ou avez pris récemment un autre obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Omiz 20mg
7 gélules

6 118000 092414

Meteospasmyl®

Capsule molle - Boîte de 20 Citrate d'alvérine et Siméticone

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous. Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.
- Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que METEOSPASMYL, capsule molle et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre METEOSPASMYL, capsule molle ?
3. Comment prendre METEOSPASMYL, capsule molle ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver METEOSPASMYL, capsule molle ?
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE METEOSPASMYL, capsule molle ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE / ANTIFLATULENT - code ATC (A : appareil digestif et métabolisme).

Ce médicament est indiqué dans le traitement symptomatique des douleurs digestives avec ballonnements.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE METEOSPASMYL, capsule molle ?

Ne prenez jamais METEOSPASMYL, capsule molle :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) aux substances actives ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.
- Si vous avez déjà eu un effet indésirable après la prise de ce médicament.

Avertissement et précautions :

- Si les symptômes persistent ou s'aggravent ou en cas de constipation prolongée, veuillez consulter votre médecin.
- METEOSPASMYL peut augmenter les taux sanguins d'enzymes du foie (voir rubrique 4). Votre médecin pourra être amené à vous prescrire des prises de sang pendant le traitement pour vérifier l'état de votre foie. Une élévation de ces enzymes peut conduire votre médecin à interrompre le traitement.

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

Autres médicaments et METEOSPASMYL, capsule molle

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament.

METEOSPASMYL, capsule molle avec des aliments, boissons et de l'alcool

Sans objet.

Grossesse et allaitement

Grossesse

Il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de le poursuivre.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

Allaitement

Vous devez éviter de prendre ce médicament si vous allaitez.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

Conduite de véhicules et utilisation de machines

Il est peu probable que METEOSPASMYL ait un effet sur votre aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines. Toutefois, METEOSPASMYL peut provoquer des vertiges et cela peut avoir un effet sur votre aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines.

3. COMMENT PRENDRE METEOSPASMYL, capsule molle ?

Posologie

RESERVE A L'ADULTE

1 capsule 2 à 3 fois par jour.

Mode d'administration

Voie orale.

Fréquence d'administration

A prendre au début des repas ou au moment des douleurs.

Si vous avez pris plus de METEOSPASMYL, capsule molle que vous n'auriez du :

Des cas de vertiges ont été rapportés lors de prises à une posologie supérieure à celle recommandée. Consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous oubliez de prendre METEOSPASMYL, capsule molle :

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

- Si vous ressentez les effets indésirables graves suivants, veuillez immédiatement :
• Signes d'une toxicité notamment la bouche, provoquer des éruptions cutanées sévères avec accès de fièvre et une transpiration excessive (c'est-à-dire pouvant sur 10 000).
- 6 118001 400293
- FAB. : 02-2020
- EXP. : 02-2023