

# RECOMMANDATIONS IMPÉTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Généralités :

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.

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.



## Déclaration de Maladie

N° P19- 061817

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1736 Société : (RETRAITÉ) R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : KOÏN i Ahmed

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : LOT DAHA Rue 1 N° 36 Q.T

.....BERNOUSSI CASABLANCA

Tél. : 06.22.13.07.02 Total des frais engagés : 500,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/12/2020

Nom et prénom du malade : OU MALEK Khadija

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Nature de la maladie :

Sclérose gaufrée

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 : 25/12/2020 CMN

Signature de l'adhérent(e) : CMN

## **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
18/12/2020	2	1	300,00	ASSA ROUAN en Chirurgie et Orthopédie Dr E. Bégin - GSM : 061 164

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie HAY KARAM</b> 98, Bis Av. C Hay Karam Q.I. Sidi Bernoussi - Casa <u>Tel : 0522 35 93 82</u> INPE : 092031046	15/12/2020	<b>Jr. HAY KARAM, 98, Rue de la Casablanca, 0522 35 93 82</b> T = 451,50

#### **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	
15-12-20	12/12					16.00 FF

#### **RELEVÉS FINANCIERS 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**

CŒFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

15/12/2020

## ORDONNANCE

Cachet du médecin

OUMALEK KHADIJA

, Le :

18/12/2020



358,50 1/ HYDROXO 5000 N3



UNE IM PAR JOUR DURANT 12 JOURS

2x 51,00 2/ COLTRAX INJE N 2



UNE IM PAR JOUR DURANT 12 JOURS

79,80 1 ET 2 A MELALGER VANS LA MEME SERINGUES

Pharmacie HAY KARAM  
Bis. Av. C. Hay Karam  
Q. Sidi Ben Abdesselam  
Tél : 0522 15 93 82  
INPE : 092031046

70,70 3/ NEW FLEX ROLL ON UNE APPLI PAR JOUR



5/ ZOLAM 30 UN PAR J 14 J



6/ I ?NDOLAN 50 N2



UN SUPPO PAR J 20 J



T=451,50 CONTROLE LE 02/01/2021

Dr. Mousss Roudai  
Spécialiste en Chirurgie et Orthopédique

64, Rue de la Croix, GSM 0661161616  
Spécialiste en Chirurgie et Orthopédique

# hydroxo 5000

(Hydroxocobalamine base)

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

F

Hydro

pour une ampo

e de 2 ml.

L'Hydroxocoba  
permet d'obte

PPV 58DH50

se et prolongée,  
age tissulaire.

D'autre part, l'emploi de doses massives s'est révélé actif dans le traitement de la plupart des syndromes algiques sévères .

## INDICATIONS

Algies : névralgies faciales, algies radiculaires, algies cervico-brachiales, etc.

et d'une façon générale les syndromes algiques intenses.

## POSOLOGIE

En moyenne : une ampoule par jour ou tous les deux jours. Cette posologie peut être portée à deux ampoules par jour sur indication du médecin traitant.

## PRÉSENTATION

Boîte de 4 ampoules de 2 ml.

Voie parentérale I.M. - I. V.



Laboratoires LAPROPHAN S.A. 21, Rue des Oudaya - Casablanca

Fabriqué au Maroc sous licence des laboratoires Anphar Rolland

F47234P230380

# ZOLAM® 30 mg

Lansoprazole

Microgranules gastro-résistants en gélule

## COMPOSITION

Lansoprazole.....  
Excipients dont lactose et sa

## PROPRIÉTÉS

Le lansoprazole est un inhibiteur de l'ATPase de la cellule pariétale qui soit la nature de la stimula

## DANS QUELS CAS UTILISER

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéruse gastro-duodénale.
- Ulcère duodénal évolutif.
- Ulcère gastrique évolutif.
- Oesophagite érosive ou ulcération symptomatique par reflux gastro-oesophagien.
- Syndrome de Zollinger-Ellison.
- Traitement des lésions gastro-duodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable.

## ATTENTION

Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament :

Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'allergie au lansoprazole ou à l'un des constituants.

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

## Mise en garde :

En raison de la présence de saccharose, ce médicament est contre-indiqué en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase.

Pour une bonne utilisation de ce médicament, il est indispensable de suivre les prescriptions de votre médecin.

En cas de doute, ne pas hésiter à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

## Précautions d'emploi :

Utiliser ce médicament avec précaution en cas d'affection chronique du foie et chez les enfants.

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

## Interactions médicamenteuses et autres interactions

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

## Grossesse - Allaitement

Par mesure de précaution, il est préférable de ne pas utiliser ce médicament au cours de la grossesse et de l'allaitement.

**DE FAÇON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MéDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT ;**

## EFFECTS NON SOUHAITES ET GENANTS

**COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MEDICAMENT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES, ENTRAINER DES EFFECTS PLUS OU MOINS GENANTS ;**

Ont été rapportés :

- de rares cas de diarrhée, nausée, vomissement, douleur abdominale, constipation;
- de rares cas de céphalées et exceptionnellement des sensations vertigineuses;
- de très rares cas de prurit, rash cutané, urticaire ;
- des cas isolés d'élevation réversible des transaminases ;
- des cas isolés de thrombopénie, leucopénie.

Ces manifestations, le plus souvent transitoires, sont d'intensité modérée et

LOT 20003  
PER 06/23  
PPV 70DH70

n'ont qu'exceptionnellement nécessité l'arrêt du traitement.

De rares cas de gynécomastie ont été observés.

D'exceptionnelles hypotonies ont été signalées, en particulier chez le sujet âgé.

**SIGNALER A VOTRE MéDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITE ET GENANT QUI NE SERA PAS MENTIONNÉ DANS CETTE NOTICE**

## COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

### Posologie

Eradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéruse gastro-duodénale :

Sont recommandés les schémas posologiques suivants :

- \* soit 1 gélule de lansoprazole 30 mg matin et soir associée à clarithromycine 500 mg matin et soir et à amoxicilline 1000 mg matin et soir, pendant 7 jours
- \* soit 1 gélule de lansoprazole 30 mg matin et soir associée à clarithromycine 500 mg matin et soir et à métronidazole 500 mg matin et soir, pendant 7 jours.

Cette trithérapie sera suivie par 30 mg de lansoprazole par jour pendant 3 semaines supplémentaires en cas d'ulcère duodénal évolutif ou 3 à 5 semaines supplémentaires en cas d'ulcère gastrique évolutif.

L'efficacité du traitement dépend du respect du schéma posologique, notamment de la prise de la trithérapie durant les 7 jours.

Ulcère duodénal évolutif : 1 gélule de lansoprazole 30 mg par jour pendant 4 semaines.

Ulcère gastrique évolutif : 1 gélule de lansoprazole 30 mg par jour pendant 4 à 6 semaines.

Oesophagite par reflux gastro-oesophagien : 1 gélule de lansoprazole 30 mg par jour pendant 4 semaines avec éventuelle seconde période de 4 semaines à la même posologie en fonction des résultats endoscopiques.

Syndrome de Zollinger-Ellison : la posologie initiale est de 60 mg de lansoprazole une fois par jour. La posologie doit être ajustée individuellement et le traitement poursuivi aussi longtemps que nécessaire cliniquement.

Pour des posologies supérieures à 120 mg par jour, la posologie journalière devra être divisée et donnée en 2 prises.

Traitement des lésions gastro-duodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens : 1 gélule de lansoprazole 30 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

### Mode et voie d'administration

Voie orale. A avaler avec un verre d'eau.

### Durée du traitement

Traitement symptomatique de l'ulcère gastro-duodénal : 4 à 6 semaines.

## FORMES ET PRÉSENTATION

Boîte de 14 gélules et boîte de 28 gélules

## CONSERVATION

Ne pas dépasser la date de péremption figurant sur le conditionnement.

A conserver à température ne dépassant pas + 25°C.

A conserver dans l'emballage extérieur, à l'abri de l'humidité. Toute II

Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants, même après utilisation.

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

- Garder 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 à 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.

**COLTRAX® 4mg**Comprimés,  
Boîtes de 12**COLTRAX® 4ml/2ml**

Ampoules,

Boîtes de 6 ampoules de 2ml

**THIocolchicoside**

- Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice.
- Si vous avez des symptômes indésirables, demandez plus d'informations à votre pharmacien.
- Ce médicament ne doit pas être donné à un enfant ou à une personne qui n'a pas reçu de recommandation de votre pharmacien.
- Si l'un des symptômes indésirables décrits dans cette notice survient, contactez immédiatement votre pharmacien.

**IDENTIFICATION****Composition**

Thiocolchicoside (DCI) ..... p cp  
 Comprimés ..... 4 mg  
 THIOCOLCHICOSIDE (DCI) ..... 4 mg  
 Excipients ..... Q.S.P. ..... 1 Comprimé

**EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE**

Lactose et saccharose (pour la forme comprimée)

Solution injectable IM ..... p ampoule  
 THIOCOLCHICOSIDE (DCI) ..... 4 mg  
 Excipients ..... Q.S.P. ..... 2 ml

**EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE**

Sodium (IM)

**Classe pharmacothérapeutique**

Classe pharmacothérapeutique : MYORELAXANT.

**DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

Traitement d'appoint des contractures musculaires douloureuses en pathologie rachidienne aigüe chez les adultes et les adolescents à partir de 16 ans.

**COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?****POSOLOGIE :****Comprimés :**

La dose recommandée et maximale est de 8 mg toutes les 12 heures (soit 16 mg par jour). La durée du traitement est limitée à 7 jours consécutifs.

**Solution injectable IM :**

La dose recommandée et maximale est de 4 mg toutes les 12 heures (soit 8 mg par jour). La durée du traitement est limitée à 5 jours consécutifs.

Ne dépasser pas la dose recommandée ni la durée du traitement. Ce médicament ne doit pas être utilisé pour un traitement à long terme.

**Utilisation chez les enfants et les adolescents**

N'administrez pas ce médicament à des enfants ou des adolescents âgés de moins de 16 ans pour des raisons de sécurité.

**MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :**

COLTRAX® Comprimés : Voie orale.

COLTRAX® Ampoules : Voie intramusculaire.

**DUREE DE TRAITEMENT :**

NE DEPASSEZ PAS LA POSOLOGIE NI LA DUREE DE TRAITEMENT PRESCRITES PAR VOTRE MEDECIN.

**ATTENTION !****DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

**NE prenez jamais COLTRAX®**

LOT 081719

UT AV 02 23

PPV 51.00 DH

LOT 035919

UT AV 11 22

PPV 51.00 DH

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

**EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS**

COMME TOUS LES MEDICAMENTS, COLTRAX EST SUSCEPTIBLE D'AVOIR DES EFFETS INDESIRABLES, MAIS ILS NE SURVIENNENT PAS SYSTEMATIQUEMENT CHEZ TOUT LE MONDE.

**Les effets indésirables suivants surviennent fréquemment :**

- Des troubles digestifs tels que diarrhée et douleurs à l'estomac. Si ces effets surviennent, vous devez prévenir votre pharmacien.
- De la somnolence.

**Les effets indésirables suivants surviennent peu fréquemment :**

- Des troubles digestifs tels que nausées et vomissements. Si ces effets surviennent, vous devez prévenir votre pharmacien.
- Des réactions sur la peau telles que des démangeaisons, des rougeurs, des boutons, des vésicules ou des bulles sur la peau.

**Les effets indésirables suivants surviennent rarement :**

- Ce médicament peut provoquer une réaction allergique telle que de l'urticaire.
- Une excitation ou une obnubilation passagère pour la forme ampoules.

**Les effets indésirables suivants sont de fréquence indéterminée :**

- Ce médicament peut provoquer une réaction allergique telle qu'un œdème de Quincke (brusque gonflement du cou et du visage pouvant entraîner une difficulté à respirer). Il peut provoquer également un choc anaphylactique (réaction allergique grave mettant le patient en danger avec malaise brutal et baisse importante de la tension artérielle, pouvant être précédée d'une éruption de boutons, de démangeaisons, de rougeurs sur la peau, d'une difficulté à respirer, d'un gonflement du visage et/ou du cou).

- Des convulsions ou des récidives de crises chez les patients épileptiques.

- Une atteinte du foie (hépatites)

- Un malaise de type vagal rapporté quasi exclusivement dans les minutes suivant une administration IM pour la forme ampoules.

Si l'un de ces effets survient, arrêtez le médicament et contactez immédiatement votre pharmacien.

#### - Collées ulcérées

#### - Antécédents d'ulcère

- Antécédents d'ulcère gastro-duodénal, ou ulcère évolutif

CONTRE INDICATIONS

equivalente a 100 a 200 mg) en dosas más o menos iguales y dispersadas de la chela

Chez les malades qui souffrent la nuit ou qui éprouvent une raidure matinale, une dose de 100 mg au coucher peut être bénéfique.

La posologie recommandée est de 50 mg par jour en doses fractionnées au cours des repas. Elle peut atteindre 120 mg par jour en cas d'insuffisance rénale modérée.

MODULE 1 | ADMINISTRATION

- Polyarthrites rhumatoïdes
  - Arthrose
  - Spondylarthrite ankylosante
  - Chste à glu de goutte
  - Emotions, bursites, tendinites synovites capsulites de l'épaule, distensions musculaires
  - Lombalgies
  - Sciatiques

## INDICATIONS

- 60% d'une dose orale soit retrouvées dans les urines (indométabolites), 33% dans les selles, sous forme de métabolites (desmethyl, desdehydro), tous sous forme non conjuguée.

-L'indolan est en grande partie métabolisé par le foie. Il est retrouvé dans le plasma sous forme inchangée, ainsi que sous forme de méthabolites (acésamidin desbenzoïl), tous deux formes non colorimétriques

- La demi-vie de déminuton varie de 2 - 11,2 heures  
syndaviale / concentration sanguine est supérieure à 1), le placenta, le lait maternel, le tissu cérébral, la salive.

-L'indolane diffuse dans tous les tissus. Il passe dans le liquide synovial (à l'état d'équilibre, le rapport concentration

- La liaison aux protéines plasmatiques est de 90% pour des concentrations plasmatiques thérapeutiques.

- Après administration par voie rectale, la résorption est plus rapide et régulière (80 à 90%).

L'absorption diminue le taux d'absorption, mais pas la biodisponibilité. Le pic plasmatique est alors moins élevé.

PARMACUCINE INIQUE

**Section 4: Synthèse et caractérisation des dérivés de la phénylbutilazone et de la phénylpyridine.**

*Action affinante* : celle de la phénylebutazone.

**Action antiinflammatoire** L'effet essentiellement à ses propriétés antiinflammatoires. Elle est 28 fois plus puissante que celle de l'aspireine et 14

Cette action antiinflammatoire s'est révélée supérieure à celle de l'hydrocortisone, la phénybutazone et de l'aspirine.

Des études ont été conduites chez le rat et ont permis d'apprécier le pouvoir inhibiteur de l'indométabine sur la formation du granulome ou de l'œdème provoqué par l'injection sous planaire de炭疽菌.

PHARMACODYNAMIE  
Action antiinflammatoire

PHARMACODYNAMIE

**INDOLAN® 50**

Gélules doses à 25 mg : Boute de 30  
Suppositoires doses à 50 mg : Boute de 30  
Suppositoires doses à 25 mg : Boute de 30  
Supportoires doses à 100 mg : Boute de 30  
Tegutile 25 mg  
Excluent des supports  
Indométabène (DCI)  
COMPOSITION

INDOLAN 50

INDOLAN®  
(INDOMETACINE)



# WÄRMENDES ENTSPANNUNGS-GEL

*Lockert und entspannt*

ISOPHARM  
NEWFLEX GEL  
79.80 DH

## Was ist newflex wärmendes Entspannungs-Gel und wann wird das Produkt angewendet?

newflex wärmendes Entspannungs-Gel ist zur unterstützenden Anwendung bei stark beanspruchter Haut und Muskeln, beispielsweise am Rücken, den Schultern und den Gelenken konzipiert. Für mehr Beweglichkeit im Alltag, mit natürlichen, entspannenden und glättenden, wohlwenden, ätherischen Pflanzenölen. Enthält keine Parabene und ist dermatologisch getestet.

Entspannend, wärmend, entkrampfend, wohltuend, regt die Durchblutung an. Pflegend und beruhigend bei trockener Haut.

## Was sollte bei der Anwendung von newflex wärmendes Entspannungs-Gel beachtet werden?

Es ist wichtig, die Anwenderinformation zu befolgen!

## Wann darf newflex wärmendes Entspannungs-Gel nicht angewendet werden?

Bei newflex wärmendes Entspannungs-Gel sind bei bestimmungsgemäßer Anwendung keine unerwünschten Wirkungen bekannt.

Verwenden Sie newflex wärmendes Entspannungs-Gel nicht:

- bei offenen Wunden
- in Verbindung mit luftdicht abschließenden Kompressen
- vor Sonnenbädern oder Sonnenbankanwendungen

## Wann ist bei der Anwendung von newflex wärmendes Entspannungs-Gel besondere Vorsicht geboten?

• Bei bestimmungsgemäßer Anwendung sind keine besonderen Vorsichtsmaßnahmen zu beachten.

• Informieren Sie eine Fachberaterin, wenn Sie an Krankheiten leiden, Allergien haben oder andere Medikamente einnehmen. Dies gilt auch für Medikamente, die Sie selbst

# INSTANT WARMING GEL ŻEL ROZGRZEWAJĄCO- RELAKSUJĄCY

*O działaniu rozluźniającym i relaksującym*

## Co to jest Newflex Żel rozgrzewająco-relaksujący i jak się go stosuje?

Newflex Żel rozgrzewająco-rozluźniający jest przeznaczony do stosowania w stanach wzmożonego napięcia i skurczów mięśni, np. mięśni barku, pleców lub okolicy lędźwiowej. Zwiększa i poprawia mobilność stawów w codziennej aktywności ruchowej. Dzięki zawartości wyciągów z roślin o specyficznych właściwościach ma działanie relaksujące, odprężające i kojące. Nie zawiera parabenów (substancji konserwujących). Testowany dermatologicznie.

Relaksuje, rozgrzewa, obniża napięciemięśniowe, poprawia mikrokrążenie. Działa ochronnie i lagodząco na skórę.

## O czym należy wiedzieć przed użyciem Żelu rozgrzewająco-relaksującego Newflex?

Przed użyciem zapoznać się z ulotką dołączoną do opakowania.

## Kiedy należy stosować Żelu rozgrzewająco-relaksującego Newflex?

Nie zanotowano wystąpienia objawów niepożądanych w przypadkach jego właściwego zastosowania.

Nie należy stosować Żelu rozgrzewająco-relaksującego Newflex:

- Na otwarte rany
- Razem z opatrunkiem założonym na ranę
- Bezpośrednio przed opalaniem się na słońcu lub w solarium

## Kiedy należy zachować szczególne środki ostrożności?

- Nie ma szczególnych środków ostrożności, jeżeli produkt stosuje się zgodnie z zaleceniami.
- Jeżeli korzystasz z pomocy medycznej, poinformuj, na jakie aktualnie cierpisz schorzenia, czy masz alergię, jakie leki zażywasz, także takie, które kupujesz bez recepty.

## Jak stosować Żel rozgrzewająco-relaksujący Newflex?

użycia.