

RECOMMANDATIONS IMPORTENTES 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.

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.

Maladie chronique :

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.



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 061817

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1736 Société : (RETRAITE) RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : KOINI Ahmed

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : LOT DAHA Rue N° 36 CP 1

BERNOUSSI CASABLANCA

Tél : 0622150702 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 OUMALEK Khadija

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

Age :

☐ Enfant

Nature de la maladie : sciatique gauche

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 Le :

Signature de l'adhérent(e) :

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
17/12/2020	2	1	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant des honoraires

Pharmacie HAY KARAM

98, Bis Av. C. Hay Karam

Q.I. Sidi Bernoussi - Casa

Tel : 0522 65 93 82

INPE : 092031046

15/12/2020

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
		AM	PC	IM	IV	
15-12-20	12/12					

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

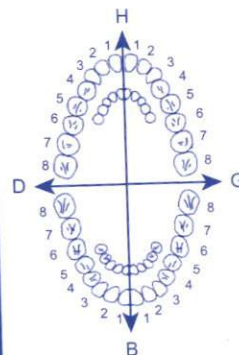
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

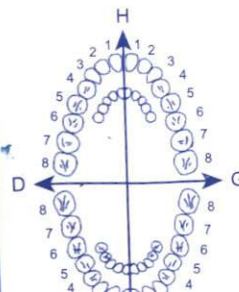
[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS



15/12/2020

ORDONNANCE

Cachet du médecin

OUMALEK KHADIJA^A

Le : 18/12/2020

258,50 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 1ET 2 A MELALGER VANS LA MEME SERINGUES

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

23,50 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

Pharmacie HAY KARAM
Bis. Av. C. Hay Karam
Sidi Belmouss - Casa
Tél : 0522 85 93 82
INPE : 091031046

Dr. Moussa ROUAI
Spécialiste en Chirurgie
Gynécologique et Obstétricale
64, Rue de la Croix, Sidi Belmouss - Casa
Tél : 0522 80 11 35
INPE : 091031046

hydroxo 5000

(Hydroxocobalamine base)

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

L'Hydroxocobalamine permet d'obtenir une action se et prolongée, gé 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

PROPRIETES

Le lansoprazole est un inhibite
ATPase de la cellule pariétale q
que soit la nature de la stimulati

DANS QUELS CAS UTILISER

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastro-duodénale.
- Ulcère duodénal évolutif.
- Ulcère gastrique évolutif.
- Oesophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-oesophagien.
- Syndrome de Zollinger-Elisson.
- 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 DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN 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 sucrose-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 DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN 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 MEDECIN 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 FACON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT ;

EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS

COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MEDICAMENT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES, ENTRAÎNER DES EFFETS 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'élévation réversible des transaminases ;
- des cas isolés de thrombopénie, leucopénie.

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

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

De rares cas de gynécomastie ont été observés.

Des exceptionnelles hyponatrémies ont été signalées, en particulier chez le sujet âgé.

SIGNALER A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITE ET GENANT QUI NE SERA PAS MENTIONNE DANS CETTE NOTICE

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

Posologie

Eradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse 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 ou tinidazole 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-Elisson : 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 PRESENTATION

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.
liste II

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

Veillez 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® 4mgComprimés,
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 demandé plus de comprimés, demandez-les à votre pharmacien.
• Ce médicament donnez jamais à un enfant.
• Si l'un des symptômes suivants apparaît, remarquez un effet indésirable, parlez-en à votre médecin.

LOT 081719

UT AV 02 23

PPV 51.00 DH

IDENTIFICATION

Composition pharmaceutique qualitative

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

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Lactose et saccharose (pour la forme comprimé)

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 aiguë 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 dépassez 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 035979

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 médecin.
- 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 médecin.
- 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 oedème 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 récides de crises chez les patients épileptiques.
- Une atteinte du foie (hépatites)
- Une 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 médecin.

INDOLAN® (INDOMETACINE)

FORMES ET PRESENTATIONS

Gélules dosées à 25 mg : Boîte de 30
Suppositoires dosés à 50 mg : Boîte de 10
Suppositoires dosés à 100 mg : Boîte de 10

COMPOSITION

Indométacine (DCI)
Excipient gsp
Excipient gsp

PHARMACODYNAMIE

Action anti-inflammatoire

Des études ont été conduites chez le rat et ont permis d'apprécier le pouvoir inhibiteur de l'indométacine sur la formation du granulome ou de l'œdème provoqué par l'injection sous cutanée de carragénine.
Cet action anti-inflammatoire s'est révélée supérieure à celle de l'hydrocortisone, la phénylbutazone et de l'aspirine.

Action antalgique

Liée essentiellement à ses propriétés anti-inflammatoires. Elle est 28 fois plus puissante que celle de l'aspirine et 14 fois celle de la phénylbutazone.

Action antipyrétique

Expérimentalement supérieure à celle de l'amidopyrine, de la phénylbutazone et de l'aspirine.

PHARMACOCINETIQUE

- Après administration orale, la résorption de l'indométacine est presque complète.
Après une dose de 50 mg, le pic plasmatique est de 2,65 µg/ml, il est atteint en 2 heures.
La biodisponibilité est de 100% avec une absorption de 90% en 4 heures.
L'alimentation diminue le taux d'absorption, mais pas la biodisponibilité. Le pic plasmatique est alors moindre et retardé.

- Après administration par voie rectale, la résorption est plus rapide et régulière (80 à 90%).
- La liaison aux protéines plasmatiques est de 90% pour des concentrations plasmatiques thérapeutiques, déplacement d'autres médicaments.
- L'indolane diffuse dans tous les tissus. Il passe dans le liquide synovial (à l'état d'équilibre, le rapport concentration synoviale / concentration sérique est supérieur à 1), le placenta, le lait maternel, le tissu cérébral, la salive.

- La demi-vie d'élimination varie de 2 - 11,2 heures
- L'indolane est en grande partie métabolisé par le foie. Il est retrouvé dans le plasma sous forme inchangée, ainsi que sous forme de métabolites (desméthyl-, desbenzoyl-), tous sous forme non conjuguée.
- 60% d'une dose orale sont retrouvés dans les urines (indométacine et métabolites), 33% dans les selles.

INDICATIONS

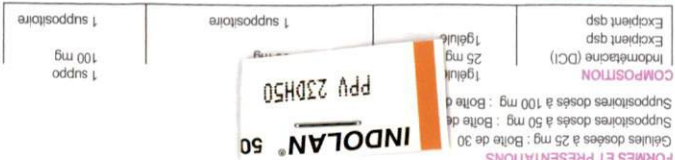
- Polyarthrites rhumatoïdes
- Arthrose
- Spondylarthrite ankylosante
- Crise aiguë de goutte
- Entorses, bursites, tendinites synoviales capsulites de l'épaule, distensions musculaires
- Lombalgies
- Sciatalgies

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

La posologie recommandée est variable en fonction du tableau clinique et de la tolérance du malade.
La posologie recommandée est de 50 à 150 mg par jour en doses fractionnées au cours des repas. Elle peut atteindre 200 mg par jour.
Chez les malades qui souffrent la nuit ou qui éprouvent une raideur matinale, une dose de 100 mg au coucher peut être bénéfique.
Goutte aiguë = 100 à 200 mg/j en doses fractionnées jusqu'à disparition de la crise

CONTRE INDICATIONS

- Antécédents d'ulcère gastro-duodénal, ou ulcère évolutif
- Hernies hiatales
- Colites ulcéreuses



WÄRMENDES ENTSPANNUNGS-GEL

Lockert und entspannt

ISOPHARM
NEWFLEX CHAUFFANT
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, wohltuenden, 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 Fachperson, wenn Sie an Krankheiten leiden, Allergien haben oder andere Medikamente einnehmen. Vorsicht 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 napięcie mięśniowe, poprawia mikrokrażenie.

Działa ochronnie i łagodzi na skórę.

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

Przed użyciem zapoznać się z ulotką dołączoną do opakowania.

Kiedy nie należy stosować Żelu rozgrzewająco- relaksującego Newflex?

Nie zalecane 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?

używać.