

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.

Radiologie 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.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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

M22- 0006715

148665

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 007926 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

NEHAS ES-SAID

Date de naissance :

17/12/1956

Adresse :

MAZOLA Rue 7 N° 62 Casa

Tél. : 06-62-02-90-44

Total des frais engagés : 534,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Laila BEN NOUNA
Médecine de l'Echographie
Nutrition
PDC Rue 11 mly Thami Mazola
Casablanca - Tél 05 22 93 31 72

Date de consultation :

10/01/2023

Nom et prénom du malade :

NEHAS ES-SAID

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Colorectale

Affection longue durée ou chronique :

☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 : Casablanca

Le : 10/01/23

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
10/01/23	C		150	<p>Dr Laila BENNOUNA Médecine Générale / Echographie Nutrition 7 RDC Rue 11 May Thami Mazola Casablanca - Tel: 05 22 93 31 72</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><i>(Signature)</i> Pharmacie Hay El Marj 14, Oum Kalthoum - Tél: 93 26 22</p>	10/01/23	384,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

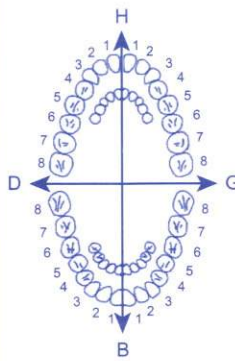
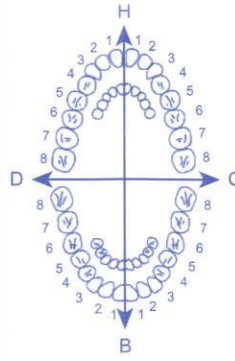
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
				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

Dr. Laila Bennouna

Médecine Générale

Échographie

D U Diabétologie

D U Gynécologie

D U Nutrition - Obésité

Programme d'Amincissement Spécialisé



الدكتورة ليلي بنونة

الطب العام

الفحص بالصدى

داء السكري

أمراض النساء

التغذية

تخسيس الوزن بآلات متخصصة

Casablanca le : 10/01/23 : الدار البيضاء في

Nehas
Es-Saïd

- Prazol 20 $96,00 \times 2 = 192,00$

- Kalmagas Transit 79,90

- Daalox 32,00

- No dol Codeine 28,00

- Voltarene emulgel 53,00

1 app x 2 h

Dr Laila BENNOUNA
Médecine Générale
Nutrition
7 RDC Rue 11 mly Thami Mazol
Casablanca - Tel: 05 22 93 31 72

05.22.93.31.72 : الهاتف - الدار البيضاء - مازولا - مولاي التهامي - الطابق السفلي، نفقة 11

7, rez-de-chaussée, Angle Moulay thami et Rue 11 - Mazola - Casablanca - Tél: 05.22.93.31.72

E-mail : docteur.bennouna@gmail.com - ICE : 001876772000053

PPV: 96DH00
PER: 09/23
LOT: K1709-2

ons à votre
ulle, même
mentionné

20 mg
1 gélule

FORME PHARMACEUTIQUE

- Gélule contenant des microgranules gastrorésistants.
- Présentation : boîte de 7, 14 et 28 gélules.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante contient la substance active oméprazole. Il appartient à la classe des médicaments appelée inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la quantité d'acide produite par votre estomac.

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante est utilisé pour traiter les affections suivantes :
Chez les adultes :

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).
- les ulcères de la partie haute de votre intestin (ulcère duodénal) ou de votre estomac (ulcère gastrique).
- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, votre médecin peut également vous prescrire des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.
- les ulcères de l'estomac associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante peut aussi être utilisé pour la prévention de ceux-ci si vous prenez des AINS.
- Un excès d'acide dans l'estomac dû à une grosseur au niveau du pancréas (syndrome de Zollinger-Ellison)

Chez les enfants :

Enfants âgés de plus d'un an et avec un poids corporel ≥ 10 kg

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).

Les symptômes chez l'enfant peuvent comprendre des remontées dans la bouche du contenu de l'estomac (régurgitation), des vomissements et une prise de poids limitée.

Enfants âgés de plus de 4 ans et adolescents

- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, le médecin peut également prescrire à votre enfant des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

- Maladie ulcéreuse gastroduodénale :

Selon le cas :

- 1 gélule de Prazol® 20 mg matin et soir, associée à deux antibiotiques pendant 7 jours.

Cette trithérapie sera suivie par 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 3 à 5 semaines supplémentaires.

- 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 6 semaines.

- Oesophagite par reflux gastro-œsophagien :

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

PPV: 96DH00
PER: 09/23
LOT: K1709-2

ons à votre
ulle, même
mentionné

20 mg
1 gélule

FORME PHARMACEUTIQUE

- Gélule contenant des microgranules gastrorésistants.
- Présentation : boîte de 7, 14 et 28 gélules.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante contient la substance active oméprazole. Il appartient à la classe des médicaments appelée inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la quantité d'acide produite par votre estomac.

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante est utilisé pour traiter les affections suivantes :
Chez les adultes :

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).
- les ulcères de la partie haute de votre intestin (ulcère duodénal) ou de votre estomac (ulcère gastrique).
- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, votre médecin peut également vous prescrire des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.
- les ulcères de l'estomac associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante peut aussi être utilisé pour la prévention de ceux-ci si vous prenez des AINS.
- Un excès d'acide dans l'estomac dû à une grosseur au niveau du pancréas (syndrome de Zollinger-Ellison)

Chez les enfants :

Enfants âgés de plus d'un an et avec un poids corporel ≥ 10 kg

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).

Les symptômes chez l'enfant peuvent comprendre des remontées dans la bouche du contenu de l'estomac (régurgitation), des vomissements et une prise de poids limitée.

Enfants âgés de plus de 4 ans et adolescents

- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, le médecin peut également prescrire à votre enfant des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

- Maladie ulcéreuse gastroduodénale :

Selon le cas :

- 1 gélule de Prazol® 20 mg matin et soir, associée à deux antibiotiques pendant 7 jours. Cette trithérapie sera suivie par 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 3 à 5 semaines supplémentaires.
- 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 6 semaines.
- Oesophagite par reflux gastro-œsophagien :
1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :
1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.
- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

LOT: 210402
PER: 06/2024
PPC: 79, 90 DH

KALMAGAS®
Transit



قرص

عن طريق الفم

الشكل و التقديم :

قرص، علبة تحتوي على 30 قرص.

الخصائص :

يحتوي كالمغاز® ترانزيت على فحم نباتي منشط و مستخلصات طبيعية فعالة تعمل بانسجام على إزالة الغازات المعوية و الحد من المغص مع تسهيل عملية المرور المعوي، ممّا يوفر راحة معوية شاملة.

دواعي الإستعمال :

ينصح بإستعمال كالمغاز® ترانزيت في حالة الإنتفاخ المصحوب بالإمساك.

نصائح الإستعمال :

قرص (1) إلى قرصين (2) مرتين في اليوم، ينصح بتناوله بعد وجبات الأكل.

إحتياطات الإستعمال :

- يستعمل كمكمل لنظام غذائي متنوع.
- احترام الكمية المنصوح بها.
- يوضع بعيدا عن تناول الأطفال الصغار.
- يحفظ في مكان بارد و جاف.

مكمل غذائي ليس بدواء.

صنع من طرف فارمالايف - إيطاليا

مستورد و موزع في المغرب من طرف طرافارم

رخصة وزارة الصحة رقم : DA20191310339DMP/20UCAMAv3.



INFORMATION DE L'UTILISATEUR

alox[®]
d'estomac

sion buvable en sachet

uminiu, hydroxyde de magnésium.

SANOFI 

**Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre 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 après 10 jours, consultez 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

NO - DOL CODÉINE
CP 820

P.P.V. : 28DH00



Codéine
Hémihydraté

SANOFI

Veuillez lire attentivement avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin, ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, ou 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 NO-DOL Codéine 500 mg/30 mg, comprimé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre NO-DOL Codéine 500 mg/30 mg, comprimé ?
3. Comment prendre NO-DOL Codéine 500 mg/30 mg, comprimé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver NO-DOL Codéine 500 mg/30 mg, comprimé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE NO-DOL Codéine 500 mg/30 mg, comprimé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : ANTALGIQUES PÉRIPHÉRIQUES, ANALGESIQUES OPIOIDES.

Code ATC : N02BE01

N : système nerveux central

Ce médicament est réservé à l'adulte et à l'adolescent à partir de 15 ans. Ce médicament contient du paracétamol et de la codéine : c'est un antalgique (calme la douleur).

La codéine appartient à un groupe de médicaments appelés les antalgiques opioïdes qui agissent pour soulager la douleur. Elle peut être utilisée seule ou en association avec d'autres antalgiques comme le paracétamol.

Ce médicament peut être utilisé chez l'adulte et l'adolescent à partir de 15 ans sur une courte durée pour des douleurs modérées non soulagées par d'autres antalgiques comme le paracétamol ou l'ibuprofène utilisés seuls. Vous devez-vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE NO-DOL Codéine 500 mg/30 mg, comprimé ?

Ne prenez jamais NO-DOL Codéine 500 mg/30 mg, comprimé :

- Chez les enfants de moins de 15 ans,

- Si vous êtes allergiques au paracétamol et/ou à la codéine, ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament mentionnés dans la rubrique 6,
- Si vous souffrez d'une maladie grave du foie,
- Si vous avez des difficultés pour respirer (insuffisance respiratoire),
- Si vous avez de l'asthme, si vous allaitez (voir Grossesse et Allaitement),
- Si vous allaitez (voir Grossesse et Allaitement),
- Pour soulager la douleur chez l'enfant et l'adolescent (0 - 18 ans) après ablation des amygdales ou des végétations dans le cadre d'un syndrome d'apnée obstructive du sommeil,
- Si vous savez que vous êtes un métaboliseur ultra-rapide de la codéine en morphine.

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre NO-DOL Codéine 500 mg/30 mg, comprimé.

Mises en garde spéciales

Ce médicament contient du paracétamol et de la codéine.

D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (voir Posologie et Mode d'administration).

- Ne pas utiliser de façon prolongée sans avis médical :
 - L'usage prolongé de ce médicament peut entraîner une dépendance.
 - Si les troubles persistent au bout de 3 jours et/ou en cas de survenue de tout autre signe après la prise du médicament.
 - Ne pas dépasser les posologies indiquées et consulter rapidement le médecin en cas de surdosage accidentel.
- La codéine est transformée en morphine dans le foie par une enzyme. La morphine est la substance qui soulage la douleur. Certaines personnes ont un taux d'enzyme variable et cela peut les affecter de différente manière. Pour certaines personnes, la morphine n'est pas produite ou produite en petite quantité, et ne soulagera pas assez la douleur. Pour d'autres, une quantité importante de morphine est produite pouvant être à l'origine d'effets indésirables graves. Si vous remarquez un des effets indésirables suivants, vous devez arrêter ce médicament et demander immédiatement l'avis de votre médecin : respiration lente ou superficielle, confusion, somnolence, rétrécissement de la pupille, constipation, manque d'appétit ou si vous ne vous sentez pas bien.
- Demandez l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant de prendre NO-DOL Codéine ADULTES si vous êtes traité par un médicament de la famille des benzodiazépines.
- #### Précautions d'emploi
- La prise de paracétamol peut entraîner des troubles de fonctionnement du foie.
- Vous devez demander l'avis de votre médecin avant de prendre ce médicament :
- si vous pesez moins de 50 kg,
 - si vous avez une maladie du foie ou une maladie grave des reins,
 - si vous êtes atteints d'une maladie respiratoire (dont l'asthme),
 - si vous avez un encombrement bronchique (toux avec crachats),
 - si vous buvez fréquemment de l'alcool ou que vous avez arrêté de boire de l'alcool récemment,
 - si vous souffrez de déshydratation,
 - si vous souffrez par exemple de malnutrition chronique, si vous êtes en

LOT: M0531
EXP: 02 2024
PPV: 53,00 DH

1%
que



e cette notice avant de

esoin de la lire à nouveau.
z-vous à votre médecin ou

ant prescrit. Ne le donnez à
f, même si elle présente les

• la dose admini
Ceci correspon
l'échelle).



1. QU'EST-CE QUE VOLTARÈNE EMULGEL TOPIQUE 1%, gel ET
DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT
D'UTILISER VOLTARÈNE EMULGEL TOPIQUE 1%, gel ?

3. COMMENT UTILISER VOLTARÈNE EMULGEL TOPIQUE 1%, gel ?

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

5. COMMENT CONSERVER VOLTARÈNE EMULGEL TOPIQUE 1%, gel ?

6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE VOLTARÈNE EMULGEL TOPIQUE 1%, gel ET
DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique

Ce médicament est un anti-inflammatoire et un antalgique (il calme la douleur), sous forme de gel pour application sur la peau, uniquement au niveau de la région douloureuse.

Indications thérapeutiques

Ce médicament est préconisé chez l'adulte dans les tendinites des membres supérieurs et inférieurs (inflammation des tendons des muscles), dans les œdèmes après une opération ou après un traumatisme (entorse, contusion) et dans le soulagement de la douleur de l'arthrose des doigts et des genoux.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT
D'UTILISER VOLTARÈNE EMULGEL TOPIQUE 1%, gel ?

Contre-indications

N'utilisez jamais VOLTARÈNE EMULGEL TOPIQUE 1%, gel dans les cas suivants:

• à partir de la 25ème semaine d'aménorrhée (début du 6ème mois de grossesse).

• en cas d'allergie à ce médicament ou à un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine;

• en cas d'allergie à l'un des excipients;

• sur peau lésée, quelque soit la lésion: lésions suintantes, eczéma, lésion infectée, brûlure ou plaie.

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

Précautions d'emploi ; mises en garde spéciales

Faites attention avec VOLTARÈNE EMULGEL TOPIQUE 1%, gel:

Mises en garde spéciales

Ne pas appliquer sur les muqueuses, ni sur les yeux.

L'apparition d'une éruption cutanée après application impose l'arrêt

Durée de traitement
En l'absence de
jours.

Mode d'administration
Voie locale.

Faire pénétrer,
douloureuse ou
Bien se laver les
tion par vous-m
doigts.

Symptômes et

Si vous avez un
vous n'auriez de
En cas de s
immédiatement

4. QUELS SONT

Description de
Comme tous les
susceptible d'av

soit pas sujet:
Exceptionnelles

sévères:

• réactions aller

• problèmes res

court, impressio

• manifestations

face, des lèvres

Il faut immédia

médecin ou votr

Plus fréquemme

ment légers et p

• des effets loca

cutanée, érosion

• très exception

• d'autres effets

fonction de la qu

état, de la du

pansement ferm

Il faut en avertir