

# 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 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



# Déclaration de Maladie

M23-0029832

17/11/20

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 4489

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

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 :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-029832

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

## VOLET ADHERENT

SEESO

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

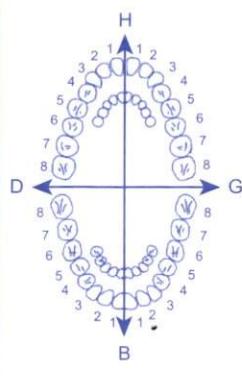
## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 de l'ODF.

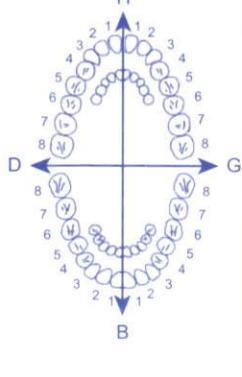
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION



**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## 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 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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 00244189

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ABDELMOUALEM ABDELHADI

Date de naissance :

25/05/1960

Adresse :

270 LOT Yasmine Mohammedia

Tél. 06636418 PL Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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.

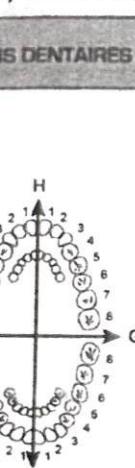
Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
03/01/2013	Consultation		5000 FR	INPI : 001741984 DRH

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE YASMINA sarl G,Av Hassan II, Lot Soleil hammedia-Tél:052330568 T:20759902 / RC:19345	03/07/93	138,00

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

**Dr Yassin SAYERH**  
**Chirurgien Urologue**  
**- Andrologue -**  
**Fixe : 05 21 21 00 06**  
**05 23 31 79 63**



**الدكتور يسن الصايغ**

أخصائي في أمراض وجراحة الكلى  
والمسالك البولية والأعضاء التناسلية  
عضو في الجمعية الأمريكية لجراحة المسالك البولية  
Membre de L'American Urological  
Association  
Urgences : 06 64 21 43 99

## Ordonnance

03 JUIL 2023

A Mohammedia le :

1<sup>er</sup> Anki Asri

10800 Af Vecs 5g - 1  
Pcl/3



9000 Af Reprod 1  
198,00 1 outil hck



**PHARMACIE YASMINA sar**  
136, Av Hassan II, Lot Soleil  
Mohammedia - tél: 0523305685  
IF:20759902 / RC:19345

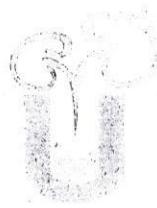
**Dr Yassin SAYERH**  
**CHIRURGIEN UROLOGUE**  
Mohammedia - tél: 091241934  
INP : 091241934  
05 21 21 00 06



Dr YASSIN SAYERH

Chirurgien Urologue  
- Andrologue -

Fixe : 05 21 21 00 06  
05 23 31 79 63



الخصالي في أمراض وجراحة الكلى  
والمسالك البولية والأعضاء التناسلية

Urgences : 06 64 21 43 99

## FACTURE

chariki ASSIA

Mohammedia le

03.07.2023

ACTE : Echographie

Honoraires : 200 + 300 (500 DH)

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de :

500 DH

Dr YASSIN SAYERH  
Chirurgien Urologue  
12, Rue Bir Anzaran Residence Faycal (derrière Carrefour Label vie Kasbah) 1<sup>er</sup> étage,  
Mohammedia  
Tel : 05 21 21 00 06 / 05 23 31 79 63



## Bulletin d'analyses

103 JUL 2023

Mme Amel Charki

A Mohammedia le :

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> NFS                 | <input checked="" type="checkbox"/> ECBU            |
| <input type="checkbox"/> GROUPAGE SANGUIN               | <input type="checkbox"/> IONOGRAUME SANGUIN         |
| <input type="checkbox"/> TP                             | <input type="checkbox"/> SPERMOGRAMME               |
| <input checked="" type="checkbox"/> VS                  | <input type="checkbox"/> SPERMOCULTURE              |
| <input checked="" type="checkbox"/> CRP                 | <input type="checkbox"/> TESTOSTÉRONÉMIE            |
| <input checked="" type="checkbox"/> UREE                | <input type="checkbox"/> FSH                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> CREATININEMIE + DFL | <input type="checkbox"/> LH                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> GLYCÉMIE A JEUN     | <input checked="" type="checkbox"/> BILAN LIPIDIQUE |
| <input type="checkbox"/> PSA TOTAL                      | <input checked="" type="checkbox"/> BILAN HEPATIQUE |
| <input type="checkbox"/> PSA LIBRE                      | <input checked="" type="checkbox"/> ACIDE URIQUE    |
| <input checked="" type="checkbox"/> HbA1c               | <input checked="" type="checkbox"/> VITAMIN D       |
| <input type="checkbox"/> Rapport PSA L/T                |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> TSH US              |   |



# Veca®

Comprimé pelliculé

Solifénacine Succinate

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

- Gardez cette notice. Vous pourrez 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.

## Que contient cette notice ?

- Qu'est-ce que VEGA®, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?
- Quelles sont les informations à connaître avant de prendre VEGA®, comprimé pelliculé ?
- Comment prendre VEGA®, comprimé pelliculé ?
- Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- Comment conserver VEGA®, comprimé pelliculé ?
- Contenu de l'emballage et autres informations.

## 1. QU'EST-CE QUE VEGA®, comprimé pelliculé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ

Classe pharm  
médicamenteuse  
La solifénacine



LOT : 4389  
PER : 11-25  
P.V. : 108 DH 00

de pompage du cœur insuffisante) ou une maladie du rein). Si vous avez une infection urinaire, votre médecin vous prescrira un antibiotique (traitement contre certaines infections bactériennes).

### Autres médicaments et VEGA®, comprimé pelliculé

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament. Il est particulièrement important que vous préveniez votre médecin si vous prenez :

- D'autres médicaments anticholinergiques, car les effets et les effets indésirables des deux médicaments peuvent être accentués.
- Des médicaments cholinergiques, car ils peuvent réduire l'effet de VEGA®, comprimé pelliculé.
- Des médicaments tels que le métoclopramide ou le cisapride, qui accélèrent le fonctionnement du tube digestif. VEGA®, comprimé pelliculé peut réduire les effets de ces médicaments.
- Des médicaments tels que le kétocanazole, le ritonavir, le nelfinavir, l'itraconazole, le vérapamil ou le diltiazem, qui ralentissent la dégradation de VEGA®, comprimé pelliculé dans l'organisme.
- Des médicaments tels que la rifampicine, la phénytoïne ou la carbamazépine, car ils peuvent accélérer la dégradation de VEGA®, comprimé pelliculé dans l'organisme.
- Des médicaments tels que les bisphosphonates, qui peuvent déclencher ou aggraver une œsophagite (inflammation de l'œsophage).

### VECA®, comprimé pelliculé contient du lactose :

L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase de Lapp ou un syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose (maladies héréditaires rares).

### VECA®, comprimé pelliculé avec des aliments et boissons

VECA®, comprimé pelliculé peut être pris indifféremment pendant ou en dehors des repas.

### Grossesse, allaitement et fertilité

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament. Il n'est pas recommandé d'utiliser VEGA®, comprimé pelliculé pendant la grossesse, sauf nécessité absolue.

N'utilisez pas VEGA®, comprimé pelliculé si vous allaitez car la solifénacine succinat pourrait passer dans le lait maternel. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

### Conduite de véhicules et utilisation de machines

VECA®, comprimé pelliculé peut provoquer une vision trouble et parfois une somnolence ou une fatigue. Si vous souffrez de l'un de ces effets indésirables, ne conduisez pas et n'utilisez pas de machine.

### 2. COMMENT PRENDRE VEGA®, comprimé pelliculé ?

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains

succinate. En cas de survenue d'un angioédème, la solifénacine succinat doit être immédiatement arrêté et un traitement et/ou des mesures appropriées doivent être pris.

VECA®, comprimé pelliculé peut provoquer les autres effets indésirables suivants :

### Très fréquents (peut affecter plus de 1 personne sur 10)

- Sécheresse de la bouche.

### Fréquents (peut affecter jusqu'à 1 personne sur 10)

- Vision trouble.
- Constipation, nausées, indigestion avec des symptômes tels que lourdeur abdominale, douleur abdominale, régurgitations, nausées et brûlures d'estomac (dyspepsie), gêne au niveau de l'estomac.

### Peu fréquents (peut affecter jusqu'à 1 personne sur 100)

- Infection urinaire, infection de la vessie.
- Somnolence.
- Perturbation du goût (dysgueuse).
- Sécheresse (irritation) des yeux.
- Sécheresse du nez.
- Reflux gastro-œsophagien.
- Sécheresse de la gorge.
- Sécheresse de la peau.
- Difficultés pour uriner.
- Fatigue.
- Accumulation de liquide dans les jambes (œdème).

### Rares (peut affecter jusqu'à 1 personne sur 1 000)

- Accumulation d'une grande quantité de matières fécales dans le gros intestin (fécalome).
- Accumulation d'urine dans la vessie par impossibilité de vider la vessie (rétention urinaire).
- Sensations vertigineuses, maux de tête.
- Vomissements.
- Démangeaisons, rash.

### Très rares (peut affecter jusqu'à 1 personne sur 10 000)

- Hallucinations, confusion.
- Eruption cutanée allergique.

### Fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles)

- Diminution de l'appétit, niveaux élevés de potassium dans le sang qui peuvent causer des anomalies du rythme cardiaque.
- Augmentation de la pression intracœcale.
- Modifications de l'activité électrique du cœur (ECG), battements cardiaques irréguliers, perception de vos battements cardiaques, accélération du rythme cardiaque.
- Troubles de la voix.
- Troubles hépatiques.
- Faiblesse musculaire.
- Troubles rénaux.

### 3. Déclaration des effets secondaires

émissions  
d'aller aux

## 2. QUELLES SOUVENT

DE PRENDRE VEGA®, comprimé pelliculé ?

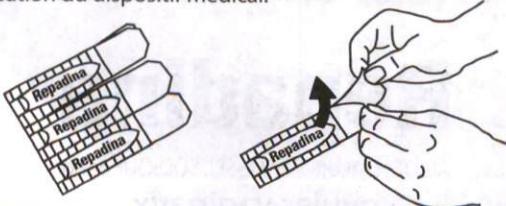
Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains

## **INTERACTIONS AVEC D'AUTRES PRODUITS**

Les interactions avec d'autres produits ne sont pas connues, cependant il est conseillé de consulter un médecin avant l'utilisation de Repadina ovules vaginaux en association avec d'autres dispositifs médicaux ou médicaments à utilisation vaginale.

## **COMMENT L'UTILISER**

Retirer l'ovule de l'emballage en tirant les deux languettes prédécoupées du blister et l'insérer profondément dans le vagin. Il est recommandé de se laver les mains avant et après chaque utilisation du dispositif médical.



## **QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS**

Utiliser un ovule par jour, de préférence le soir avant de se coucher, ou selon l'ordonnance médicale. La durée d'utilisation dépend de l'évolution des symptômes; si nécessaire, Repadina ovules vaginaux peut être utilisé pendant de longues périodes.

## **EFFETS INDESIRABLES**

L'utilisation de tout produit à usage local, particulièrement pendant une période prolongée, peut provoquer une sensibilisation. Dans ce cas, il est conseillé d'interrompre le traitement et de consulter un médecin afin d'entamer un traitement approprié. Si d'autres effets indésirables surviennent, veuillez en informer votre médecin ou pharmacien.

## **PRECAUTIONS**

Tenir hors de la portée des enfants. Eviter le contact avec les yeux. Ne pas avaler.

## **EXPIRATION STOCKAGE ET DESTRUCTION**

La date d'expiration fait référence au produit dans son emballage fermé et conservé correctement. Ne pas utiliser le produit après la date d'expiration ou si celui-ci est ouvert ou endommagé. Conserver le dispositif médical à l'abri de la lumière et de la chaleur, de préférence à une température entre 4° C et 25° C. Les dispositifs médicaux ne doivent pas être jetés dans les égouts ou avec les ordures ménagères. Demander à votre pharmacien ce qu'il faut faire des dispositifs médicaux qui ne sont plus utilisés. Ces mesures permettent de protéger l'environnement.

**DISPOSITIF MEDICAL CE 0373**

Autorisation DMP N° 2630/258/2015/DMP/20/DM

**Fabricant: FARMA-DERMA s.r.l.**  
Via dell'Artigiano 6-8 – 40010 Sala Bolognese (BO) – ITALIE (ITALY)

 **PROMOPLUS  
PHARMA**

**Distributeur: PROMOPLUS PHARMA**  
Hay Raja 2 N°100 – BP 401, Had Soualem, MAROC

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice: elle contient des informations importantes pour le consommateur. Ceci est un dispositif médical disponible sans prescription médicale. Toutefois, afin d'obtenir la meilleure efficacité, il doit être utilisé selon les indications décrites.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations ou de conseils, adressez-vous à votre médecin et/ou pharmacien.
- Si les symptômes persistent après un certain temps, consultez votre médecin.

# Repadina®

ACIDE HYALURONIQUE SEL SODIQUE  
ovules vaginaux

## COMPOSITION

Acide hyaluronique sel sodique, Centella asiatica, glycérides semi-synthétiques, BHT.

## PRESENTATION

Repadina se présente sous forme d'ovules pour utilisation vaginale, 10 ovules vaginaux de 2 g.

## QU'EST-CE QUE C'EST ET POURQUOI C'EST UTILISE

Repadina ovules vaginaux exerce son activité grâce à la présence d'acide hyaluronique, un mucopolysaccharide qui est abondamment distribué dans de nombreux tissus corporels. L'acide hyaluronique agit comme support structurel, ce qui procure tonicité, trophisme et élasticité aux tissus. De nombreuses études cliniques ont démontré la capacité de l'acide hyaluronique à accélérer et à améliorer le processus d'épithérialisation et de réparation tissulaire.

## INDICATIONS

Traitements adjuvants des processus de réparation des états atrophiques et dystrophiques de la muqueuse vaginale. Il favorise la cicatrisation lors du post-partum, en chirurgie gynécologique, dans les dystrophies consécutive à la chimiothérapie, aux radiations ionisantes et à la sécheresse vaginale, également due à une carence en œstrogène.

## QUAND IL NE DOIT PAS ETRE UTILISE

Ne pas utiliser en cas d'hypersensibilité individuelle à l'un des composants du produit.

Grossesse et allaitement

Dans ces circonstances, il est nécessaire de consulter votre médecin.

Conduite de véhicules et utilisation d'équipements ou de machines

Aucune précaution particulière n'est requise.

