

## 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.

### 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-679189

185042

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8783 Société : R.A.M.

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : EL KASSIMI MOHAMED

Date de naissance : 22/12/1966

Adresse : 8 Bd ESSALIM 22 OUMASSI MAZRA

Tél. : 0661155616 Total des frais engagés : 264.20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHBANI Abdellah  
Médecin du Travail  
Hôpital My Youssef - Casa  
INPE : 91031500

Date de consultation :

18/09/2023

Nom et prénom du malade :

EL KASSIMI Oumar Age : 56 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ **Enfant**

Nature de la maladie :

Affection Dermatologique

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 : 18/09/2023

ADHERENT



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 16/09/23        | CH                | CH                    |                                 | INP : 091031500  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

Dr. CHBANI Abdelhak  
Médecin du Travail  
Hôpital My Youssef - Casa  
INPE : 91031500

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur   | Date    | Montant de la Facture |
|---|---------|-----------------------|
| PHARMACIE DAR EL KENZ<br>DR. BIDA RAJAA<br>Résidence Dar El Kenz<br>101-4 Imme E2 - DAR BOUAZZA<br>Tel : 05 20 13 28 69<br>Fax : 05 20 10 26 45 | 16-9-23 | 264,20                |
|   |         |                       |
|   |         |                       |
|   |         |                       |
|   |         |                       |
|   |         |                       |
|   |         |                       |
|   |         |                       |
|   |         |                       |
|   |         |                       |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

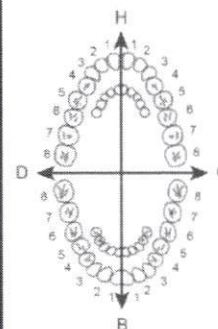
## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

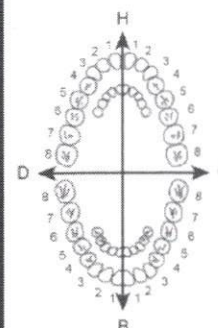
## VOLET ADHERENT

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

## Traitées



## 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

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC

MINISTRE DE LA SANTE

ET DE LA PROTECTION SOCIALE

DIRECTION REGIONAL CASABLANCA-SETTAT

DELEGATION MEDICALE CASA - ANFA

CENTRE HOSPITALIER GERONAL

MOULAY YOUSSEF



وزارة الصحة

Ministère de la Santé

المملكة المغربية

وزارة الصحة والحماية الاجتماعية

المديرية الجهوية الدار البيضاء - سطات

المندوبية الطبية الدار البيضاء - أنفا

المركز الاستشفائي الجهوي

مولاي يوسف

## ORDONNANCE

EL KASSIMI Ouar

7040

1/ Mynazol 150 mg (4 gel)

1 gel / semaine pdt 4 semaines

87.30

2/ Dermofix crème

1 app x 2 / j pdt 4 semaines

106.50

3/ TIOREAN 100 mg

1 gel x 3 j

Dr. CHBANI Abdellah  
Médecin du Travail  
Hôpital My Youssef - Casa  
INPE : 91031500

PHARMACIE EL KENZ  
DR. BILAL RAJAA  
Résidence Dar El Kenz  
101-1 Imm. EL - DAR BOUAZZA  
Tél : 05 20 13 28 69  
INPE : 992104645

Dr. CHBANI Abdellah  
Médecin du Travail  
Hôpital My Youssef - Casa  
INPE : 91031500

### Composition :

Sertaconazole nitrate .....  
Excipients (dont E218 & Acide s

### Propriétés :

Le Sertaconazole est un anti-  
-levures pathogènes (Candida)  
-dermatophytons (trichophyton)  
-champignons opportunistes fil-  
-germes résistants à d'autres a-  
-bactéries gram<sup>+</sup> (Staphylococq

### Indications thérapeutiques :

Traitement topique des mycoses  
d'athlète), Tinea cruris (Eczéma)  
et Tinea manus, Candidos

### Effets indésirables :

Le Sertaconazole présente un  
réaction de photosensibilité n'a  
n'entraînant jamais la suspens

### Conditions particulières d'usage :

Dermofix ne convient pas à l'usage  
Après l'application dermique de



TIORFAN® 100mg  
Boite de 20 gélules  
P.P.V: 106,50 Dhs



6 118001 184903

Maphar

Km 10, route côtière 111

QI-Zenata, Ain Sebâa Casablanca

87130



PROMOPHARM S.A.



Dermofix® crème  
Sertaconazole

oses : Tinea pedis (pied)  
Tinea barbae (Sycosis),  
rosorum orbiculaire).

un cas de toxicité ou de  
as premières applications



aveaux plasmatiques. Malgré cela,



à votre médecin ou pharmacien  
ant la grossesse sauf si votre médecin

ise d'une dose unique de 150 mg

les doses répétées de Mynazol.

**Machines :**

isation de machines, il faut tenir

es d'épilepsie peuvent survenir.

**Dose :**

une intolérance à certains sucres,

prendre ce médicament.

**Gélie ?**

on suivant exactement les indications

du médecin ou pharmacien en cas de

u.

re administrée.

**reins :**

re administrée.

**ncera à agir ?**

er en quelques jours ; certaines femmes

en quelques jours, vous devez retourner voir

en quelques jours mais cela peut

ne semaine, vous devez retourner

ng, gélie, que vous n'auriez dû

in foie, vous pourriez vous sentir

cin ou le service des urgences de

un éventuel sondage peuvent être

ser des choses qui ne sont pas réelles

que). Une prise en charge (avec un

estomac, si nécessaire) peut être

ng, gélie :

enser la dose que vous avez oublié de

osée, prenez-la dès que vous vous en

se suivante, ne prenez pas la dose

ng, gélie :

ation de ce médicament, demandez

notre pharmacien.

**ventuels ?**

ment peut provoquer des effets

yséminiquement chez tout le monde.

**ctions allergiques** mais les réactions

seront un quelconque effet indésirable.

acien. Ceci s'applique aussi à tout effet

notre notice.

vants, **prévenez immédiatement**

**voire médecin.**

• Sifflement respiratoire soudain, difficultés à respirer ou oppression dans la poitrine

• Gonflement des paupières, du visage ou des lèvres

• Rougeur de la peau avec démangeaisons sur tout le corps ou démangeaisons au niveau de taches rouges

• Eruption cutanée

• Réactions cutanées sévères telles qu'une éruption entraînant la formation de bulles (pouvant toucher la bouche et la langue).

Mynazol peut affecter votre foie. Les signes de problèmes hépatiques comprennent :

• Fatigue

• Une perte d'appétit

• Des vomissements

• Un jaunissement de la peau ou du blanc des yeux (jaunisse).

Si l'un de ces signes survient, arrêtez de prendre Mynazol et **prévenez immédiatement votre médecin.**

**Autres effets indésirables :**

Par ailleurs, si vous ressentez un des effets mentionnés comme graves ou si vous présentez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Les effets indésirables fréquents (pouvant toucher jusqu'à 1 personne sur 10) sont :

• Maux de tête

• Maux d'estomac, diarrhée, nausées, vomissements

• Augmentations des tests sanguins liés au fonctionnement du foie

• Eruption.

**Les effets indésirables peu fréquents** (pouvant toucher jusqu'à 1 personne sur 100) sont :

• Réduction du nombre de globules rouges pouvant entraîner une pâleur de la peau et provoquer une faiblesse ou un essoufflement

• Diminution de l'appétit

• Impossibilité de dormir, sensation de somnolence

• Crise d'épilepsie, étourdissements, sensation de tourner, fourmillements, picotements ou engourdissement, modifications de la sensation du goût

• Constipation, difficultés à digérer, gaz, sécheresse de la bouche

• Douleurs musculaires

• Atteinte du foie et jaunissement de la peau et des yeux (jaunisse)

• Papules, bulles (urticaire), démangeaisons, augmentation des sueurs

• Fatigue, sensation générale de malaise, fièvre.

**Les effets indésirables rares** (pouvant toucher jusqu'à 1 personne sur 1 000) sont :

• Diminution du nombre de globules blancs (cellules sanguines qui contribuent à combattre les infections) et des plaquettes (cellules sanguines qui contribuent à arrêter les saignements)

• Coloration rouge ou violette de la peau pouvant être due à un faible nombre de plaquettes ou à d'autres modifications des cellules sanguines

• Modifications biochimiques sanguines (taux élevés de cholestérol, de graisses dans le sang)

• Faible taux de potassium dans le sang

• Tremblements

• Anomalies à l'électrocardiogramme (ECG), modification de la fréquence ou du rythme cardiaque

• Insuffisance hépatique

• Réactions allergiques (parfois sévères), y compris éruption bulleuse généralisée et desquamation de la peau, réactions cutanées sévères, gonflement des lèvres ou du visage

• Perte de cheveux.

**Les effets indésirables de fréquence indéterminée** (ne pouvant être estimée sur la base des données disponibles) sont :

• Réaction d'hypersensibilité avec éruption cutanée, fièvre, apparition de ganglions enflés, augmentation d'un type de globules blancs (éosinophilie) et inflammation des organes internes (foie, poumons, cœur, reins et colon) (Réaction médicamenteuse ou éruption avec éosinophilie et symptômes systémiques (DRESS)).

**Déclaration des effets secondaires :**

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le centre national de Pharmacovigilance.

En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

**5 - Comment conserver Mynazol 150 mg, gélie ?**

Tenir ce médicament hors de la vue et de la portée des enfants.

N'utilisez pas ce médicament après la date de péremption indiquée sur l'emballage après EXP. La date de péremption fait référence au dernier jour de ce mois.

A conserver à une température ne dépassant pas 30 °C.

Ne jetez aucun médicament au tout-à-l'égout ou avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien d'éliminer les médicaments que vous n'utilisez plus. Ces mesures contribueront à protéger l'environnement.

**6 - CONTENU DE L'EMBALLAGE ET AUTRES INFORMATIONS :**

**Ce que contient Mynazol 150 mg, gélie :**

• La substance active est : le fluconazole.

Chaque gélie contient 150 mg de fluconazole.

• Les autres composants sont :

**Excipients :**

Lactose monohydraté, amidon prégelatinisé, laurylsulfate de sodium, stéarate de magnésium, silice colloïdale anhydre.

Excipients à effet notoire : Lactose

**Etablissement pharmaceutique industriel titulaire de l'AMM au Maroc :**

PROMOPHARM S.A.

Z.I. du Sahel - Had Soualem - Maroc

**La dernière date à laquelle cette notice a été approuvée est le :**

05 Mai 2019

**Conditions de prescription et de délivrance :**

Tableau A (Liste I).

**Informations réservées aux professionnels de la santé :**

Sans objet.

## CECI EST UN MEDICAMENT

- Un médicament est un produit qui affecte la santé, son administration sans avis médical peut être dangereuse.
- Suivre strictement la prescription médicale et les instructions du pharmacien.
- Le médecin et le pharmacien connaissent le médicament, ses bienfaits et ses risques.
- Ne pas interrompre le traitement prescrit.
- Ne pas reprendre le traitement sans avis médical.

Fabriqué par:  
PROMOPHARM S.A.,  
Zone Industrielle du Sahel,  
Had Soualem, Maroc.

Tenir hors de la portée et de la vue  
des enfants.  
2C80275-V02-10/2019

4 gélules  
FLUCONAZOLE  
150 mg  
PROMOPHARM S.A.

6 118000 241768

Lot N° :  
Exp :  
PPV :

## Fluconazole 150 mg

des de 1, 4 et 8 gélules  
Fluconazole

lisez cette notice avant de prendre ce médicament  
des informations importantes pour

vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous ne l'avez pas lue, interrogez votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmière.

Ne prenez jamais ce médicament sans avis médical. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il peut leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont les mêmes. Parlez-en à votre médecin. Ce médicament peut avoir des effets indésirables. Ceci s'applique aussi à l'usage prolongé. Voir la notice pour plus d'informations.

Fluconazole 150 mg, gélule et dans quels cas est-il utilisé ?

Fluconazole 150 mg, gélule et dans quels cas est-il utilisé ?

Fluconazole 150 mg, gélule et dans quels cas est-il utilisé ?

Fluconazole 150 mg, gélule et dans quels cas est-il utilisé ?

Fluconazole 150 mg, gélule et dans quels cas est-il utilisé ?

Fluconazole 150 mg, gélule et dans quels cas est-il utilisé ?

Fluconazole 150 mg, gélule et dans quels cas est-il utilisé ?

Fluconazole 150 mg, gélule et dans quels cas est-il utilisé ?

Fluconazole 150 mg, gélule et dans quels cas est-il utilisé ?

Fluconazole 150 mg, gélule et dans quels cas est-il utilisé ?

Fluconazole 150 mg, gélule et dans quels cas est-il utilisé ?

Fluconazole 150 mg, gélule et dans quels cas est-il utilisé ?

Fluconazole 150 mg, gélule et dans quels cas est-il utilisé ?

Fluconazole 150 mg, gélule et dans quels cas est-il utilisé ?

Fluconazole 150 mg, gélule et dans quels cas est-il utilisé ?

Fluconazole 150 mg, gélule et dans quels cas est-il utilisé ?

Fluconazole 150 mg, gélule et dans quels cas est-il utilisé ?

Fluconazole 150 mg, gélule et dans quels cas est-il utilisé ?

Fluconazole 150 mg, gélule et dans quels cas est-il utilisé ?

Fluconazole 150 mg, gélule et dans quels cas est-il utilisé ?

Fluconazole 150 mg, gélule et dans quels cas est-il utilisé ?

Si vous développez des signes d'insuffisance surrénale, un trouble dans lequel les glandes surrénales produisent des quantités insuffisantes de certaines hormones stéroïdiennes comme le cortisol (fatigue chronique ou prolongée, faiblesse musculaire, perte d'appétit, perte de poids, douleurs abdominales).

Enfants et adolescents :

Bien que ce médicament soit destiné à l'adulte, il peut être utilisé chez l'adolescent (entre 12 et 17 ans) lorsqu'il est essentiel et qu'il n'existe aucune alternative thérapeutique adéquate. Il doit être pris de la même façon que chez l'adulte.

Autres médicaments et Mynazol 150 mg, gélule :

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

Prévenez immédiatement votre médecin si vous prenez de l'astémizole, de la térfénadine (un antihistaminique pour traiter les allergies) ou du cisapride (utilisé pour les maux d'estomac) ou du pimozide (utilisé pour traiter les troubles mentaux) ou de la quinidine (utilisée pour traiter les arythmies cardiaques) ou de l'érythromycine (un antibiotique pour traiter les infections) car ces produits ne doivent pas être pris avec Mynazol (voir la rubrique « Ne prenez jamais Mynazol »).

Certains médicaments peuvent interagir avec Mynazol. Veillez à prévenir votre médecin si vous prenez l'un des médicaments suivants :

- Rifampicine ou rifabutine (antibiotiques destinés à traiter les infections)
- Amitriptyline, nortriptyline (utilisées comme antidépresseurs)
- Amphotéricine B, voriconazole (antifongiques)
- Médicaments qui fluidifient le sang afin d'éviter la formation de caillots sanguins (warfarine ou médicaments similaires)
- Benzodiazépines (midazolam, triazolam ou médicaments similaires) utilisées pour vous aider à dormir ou pour soulager une anxiété
- Carbamazépine, phénytoïne (utilisées pour traiter les crises d'épilepsie)
- Nifédipine, isradipine, amlodipine, vérapamil, flétopidine et losartan (contre l'hypertension artérielle)
- Olaparib (utilisé pour traiter le cancer ovarien)
- Ciclosporine, évérolimus, sirolimus ou tacrolimus (pour prévenir le rejet du greffon)
- Cyclophosphamide, vinca-alcaloïdes (vincristine, vinblastine ou médicaments similaires) utilisés pour traiter le cancer
- Halofantrine (utilisée pour traiter le paludisme)
- Statines (atrovastatine, simvastatine et fluvastatine ou médicaments similaires) utilisées pour réduire l'hypercholestérolémie
- Méthadone (utilisée contre les douleurs)
- Cécilexib, flurbiprofène, naproxène, ibuprofène, lornoxicam, méloxicam, ciclocoxib (anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS))
- Contraceptifs oraux
- Prednisone (corticoïde)
- Zidovudine, également connu sous le nom d'AZT ; saquinavir (utilisé chez les patients infectés par le VIH)
- Médicaments contre le diabète tels que le chlorpropamide, le glibenclamide, le glipizide ou le tolbutamide
- Théophylline (utilisée pour contrôler l'asthme)
- Tocifacitib (utilisé pour traiter la polyarthrite rhumatoïde)
- Vitamine A (complément nutritionnel)
- Ivacator (utilisé pour traiter la mucoviscidose)
- Amiodarone (utilisée pour traiter les battements cardiaques irréguliers ou arythmies)
- Hydrochlorothiazide (un diurétique).

Mynazol 150 mg, gélule avec des aliments et boissons :

Vous pouvez prendre votre médicament au cours 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 avant de prendre ce médicament.

Vous ne devez pas prendre Mynazol pendant la grossesse à moins que votre médecin vous l'autorise à le faire.

Vous pouvez continuer à allaiter après la prise de Mynazol.

Vous ne devez pas allaiter si vous prenez Mynazol pendant la grossesse.

Conduite de véhicules et utilisation de machines :

Lors de la conduite de véhicules ou de l'utilisation de machines, vous devez être conscient du fait que des vertiges ou des maux de tête peuvent survenir.

Si votre médecin vous a dit que vous avez des vertiges, évitez de conduire un véhicule ou d'utiliser des machines.

3 - Comment prendre Mynazol 150 mg, gélule :

Veillez à toujours prendre ce médicament de la même façon que votre médecin. Vérifiez auprès de votre médecin.

Avalez la gélule entière avec un verre d'eau.

Adultes :

Dose unique de 150 mg.

Patients âgés :

La même dose que pour les adultes doit être prise.

Patients présentant des problèmes de reins :

La même dose que pour les adultes doit être prise.

Dans quel délai votre traitement sera-t-il efficace ?

Mycose vaginale :

Votre état devrait commencer à s'améliorer après la prise de la première gélule.

Si votre état ne s'améliore pas en quelques jours, consultez votre médecin.

Mycose périmélie :

Votre état devrait commencer à s'améliorer après la prise de la première gélule.

Si votre état ne s'améliore pas en quelques jours, consultez votre médecin.

Si vous avez pris plus de Mynazol 150 mg, gélule :

Si vous prenez trop de gélules en une seule fois, contactez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous avez pris trop de gélules, les symptômes d'intoxication, de vomir, de ressentir ou de perdre l'équilibre, les hallucinations et le comportement paranoïaque peuvent apparaître.

Si vous avez pris trop de gélules, contactez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous oubliez de prendre Mynazol 150 mg, gélule :

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose oubliée.

Si vous oubliez de prendre Mynazol 150 mg, gélule, contactez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous arrêtez de prendre Mynazol 150 mg, gélule :

Sans objet.

Si vous avez d'autres questions sur votre médicament, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

4 - Quels sont les effets indésirables de Mynazol 150 mg, gélule ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut avoir des effets indésirables. Certains effets indésirables sont graves et rares. Si vous ressentez l'un des symptômes suivants, consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.