

# 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.



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

**Déclaration de Maladie**

**M23-007459**

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06083 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : el mahi amine  
 Date de naissance : 16/09/1977  
 Adresse : N° 26 rue 29 quartier figa  
usalpanco  
 Tél. : 0689513381 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 18/10/2023  
 Nom et prénom du malade : EL MAHI AMINA Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : 6 ans de entente  
 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 : 18/10/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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
23/10/2019	CS	0.1	1500	Dr Soukaina EL AD Médecin Généraliste 144, Bd. PANORAMIQUE, 1er ét. Casablanca - Tél: 05 22 55 00 00

Dr Soukaing EL ADIB  
Médecin Généraliste  
144, Bd. PANORAMIQUE, 1er étage  
Casablanca - Tel : 05 22 52 44 57

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/10/2023	225,10
	28/10/2023	227,00

**BENHADIA**  
Ph: Wahda Al-Hiriquia  
38, Av. Wadha Al-Hiriquia  
Tél: 022 29 10 43

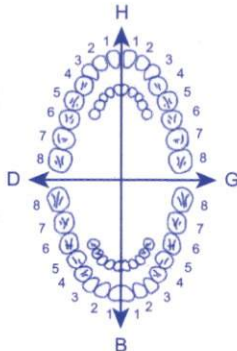
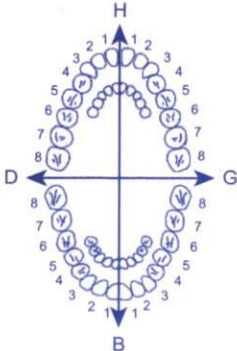
[illegible][illegible]

## RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>													
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>													
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														

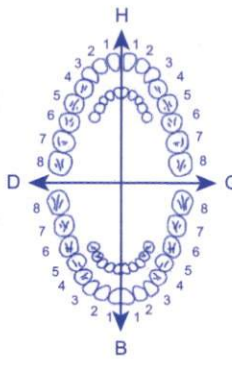
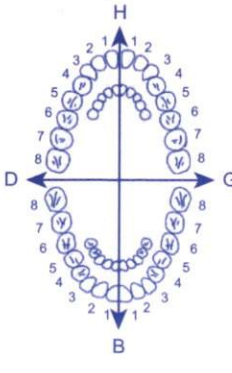
VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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



# Dr Soukaina EL ADIB

Lauréate de la Faculté  
de Médecine de Casablanca

## Médecine Générale

Echographie Générale

Suivi de Grossesse

Cupping Therapy

Suivi des Maladies Chroniques

Electrocardiographie

Examen d'Aptitude du Permis de Conduire



## الدكتورة سكينه الأديب

خريجة كلية الطب

بإلدار البيضاء

## الطب العام

النصح بالصدى

متابعة الحمل

الحجامة الطبية

متابعة الامراض المزمنة

التخطيط الكهربائي للقلب

الفحص المؤهل لرخصة السياقة

Casablanca le: 18/10/2023 الدار البيضاء في:

Mme EL MAHI AMINA

79.70

1 / Aja 500mg



1 cp / 8 polt 3 jrs

82.10

4 Engol 20mg



63.30

1 gel / 8

3 / Bala



1 cp x 3 / 8

BENHADIA Fadwa  
Pharmacie du Metro  
38, Av. Wahda Al Ifriquia  
Tél: 022 29 10 13

T = 225,10

Dr Soukaina EL ADIB  
Médecin Généraliste  
144, Bd. PANORAMIQUE, 1er étage  
Casablanca Tél: 05 22 52 04 37

144 شارع المنظر العام الطابق 1 قرب صيدلية المنظر العام الدار البيضاء

114, Bd Panoramique, 1er étage. (Prés de Pharmacia Panoramique) Casablanca

الهاتف: 05 22 52 04 37



**Dr Soukaina EL ADIB**

Lauréate de la Faculté  
de Médecine de Casablanca

**Médecine Générale**

Echographie Générale

Suivi de Grossesse

Cupping Therapy

Suivi des Maladies Chroniques

Electrocardiographie

Examen d'Aptitude du Permis de Conduire



**الدكتورة سكينه الأديب**

خريجة كلية الطب

بالدار البيضاء

**الطب العام**

الفحص بالصدى

متابعة الحمل

الحجامة الطبية

متابعة الامراض المزمنة

التخطيط الكهربائي للقلب

الفحص المؤهل لرخصة السياقة

Casablanca le: 18/10/2023 في: الدار البيضاء

Mme

EL MAHI AMINA

113.00 x 2.

1/14 colusepin 2, 5mg

1 q / 2 pdt 2 mois

227100

BENHADIA Fadwa  
Pharmacie du Metro  
38, Av. Wahda Al Ifrquia  
Tél: 022 29 10 13

Dr Soukaina EL ADIB  
Médecin Généraliste  
144, Bd. PANORAMIQUE, 1er étage  
Casablanca - Tél: 05 22 52 04 37

144 شارع المنظر العام الطابق 1 قرب صيدلية المنظر العام الدار البيضاء  
114, Bd Panoramique, 1er étage. (Prés de Pharmacia Panoramique) Casablanca  
الهاتف: 05 22 52 04 37



# MEDIZAPIN® 2,5mg, 5mg, 7,5mg et 10 mg



## Olanzapine

### COMPOSITION :

	Medizapin 2,5	Medizapin 5
Olanzapine	2,5 mg	5 mg
Excipients communs	Lactose, Hydroxypropylcellulose faiblement substituée, H Stéarate de magnésium, Hydroxypropylméthylcellulose, Talc,	
Autres excipients	Oxyde de fer jaune	Dioxyde de titane Oxyde de fer rouge

**MEDIZAPIN® 2,5mg**  
30 comprimés



6 118001 150922

### FORMES ET PRESENTATIONS :

Comprimés pelliculés « **NON SECABLES** » à 2,5 mg, boîte de 10 et boîte de 30  
Comprimés pelliculés « **NON SECABLES** » à 5 mg, boîte de 10 et boîte de 30  
Comprimés pelliculés « **NON SECABLES** » à 7,5 mg, boîte de 10 et boîte de 30  
Comprimés pelliculés « **NON SECABLES** » à 10 mg, boîte de 10 et boîte de 30

### INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

MEDIZAPIN est un agent antipsychotique, indiqué dans le :

- Traitement de la schizophrénie.
- Traitement des épisodes maniaques modérés à sévères.
- Prévention des récurrences chez les patients présentant un trouble bipolaire, ayant déjà répondu.

### POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Voie orale, pendant ou en dehors des repas.

#### Adulte :

- Schizophrénie : La dose initiale recommandée est de 10 mg par jour.
  - Episode maniaque : La dose initiale est de 15 mg par jour en une seule prise en monothérapie ou en association.
  - Prévention des récurrences dans le cadre d'un trouble bipolaire : la dose initiale recommandée est de 10 mg/jour.
- La posologie journalière peut être adaptée en fonction de l'état clinique du patient entre 5 et 20 mg par jour.
- Insuffisants rénaux et/ou hépatiques : la dose initiale recommandée est de 5 mg par jour.
  - Patients âgés : Une dose initiale plus faible (5 mg par jour) n'est pas indiquée de façon systématique mais doit être envisagée chez les patients âgés de 65 ans et plus lorsque des facteurs cliniques le justifient.

### CONTRE INDICATIONS :

- Hypersensibilité à l'olanzapine ou à l'un des excipients,
- Patients présentant un risque connu de glaucome à angle fermé,
- Enfants et adolescents de moins de 18 ans,
- Patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase ou un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose.

### MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Une surveillance clinique appropriée est recommandée chez les patients diabétiques et chez les patients ayant des facteurs de risque pouvant favoriser le développement d'un diabète.
- Lors de l'arrêt du traitement par MEDIZAPIN, une réduction progressive des doses doit être envisagée.
- La prudence est recommandée lors de la prescription de MEDIZAPIN chez des patients présentant des symptômes d'hypertrophie prostatique, d'iléus paralytique ou de toute autre pathologie en rapport avec le système cholinergique.
- L'administration de MEDIZAPIN à des patients parkinsoniens atteints de psychoses médicamenteuses (agonistes dopaminergiques) n'est pas recommandée.
- Lors d'un traitement antipsychotique, l'amélioration clinique du patient peut nécessiter plusieurs jours, voire plusieurs semaines. Les patients doivent être étroitement surveillés pendant cette période.
- En raison de la présence de lactose, MEDIZAPIN est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose, ou de déficit en lactase.
- La prudence s'impose chez les patients présentant une élévation des ALAT et/ou des ASAT, chez les patients présentant des signes et des symptômes évocateurs d'une atteinte hépatique, chez les patients atteints d'une insuffisance hépatique pré-traitement et chez les patients traités par des médicaments potentiellement hépatotoxiques.



# MEDIZAPIN® 2,5mg, 5mg, 7,5mg et 10 mg

## Olanzapine



### COMPOSITION :

	Medizapin 2,5	Medizapin 5
Olanzapine	2,5 mg	5 mg
Excipients communs	Lactose, Hydroxypropylcellulose faiblement substituée, H Stéarate de magnésium, Hydroxypropylméthylcellulose, Talc,	
Autres excipients	Oxyde de fer jaune	Dioxyde de titane Oxyde de fer rouge

**MEDIZAPIN® 2,5mg**  
30 comprimés



6 118001 150922

### FORMES ET PRESENTATIONS :

Comprimés pelliculés « **NON SECABLES** » à 2,5 mg, boîte de 10 et boîte de 30  
Comprimés pelliculés « **NON SECABLES** » à 5 mg, boîte de 10 et boîte de 30  
Comprimés pelliculés « **NON SECABLES** » à 7,5 mg, boîte de 10 et boîte de 30  
Comprimés pelliculés « **NON SECABLES** » à 10 mg, boîte de 10 et boîte de 30

### INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

MEDIZAPIN est un agent antipsychotique, indiqué dans le :

- Traitement de la schizophrénie.
- Traitement des épisodes maniaques modérés à sévères.
- Prévention des récurrences chez les patients présentant un trouble bipolaire, ayant déjà répondu.

### POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Voie orale, pendant ou en dehors des repas.

#### Adulte :

- Schizophrénie : La dose initiale recommandée est de 10 mg par jour.
  - Episode maniaque : La dose initiale est de 15 mg par jour en une seule prise en monothérapie ou en association.
  - Prévention des récurrences dans le cadre d'un trouble bipolaire : la dose initiale recommandée est de 10 mg/jour.
- La posologie journalière peut être adaptée en fonction de l'état clinique du patient entre 5 et 20 mg par jour.
- Insuffisants rénaux et/ou hépatiques : la dose initiale recommandée est de 5 mg par jour.
  - Patients âgés : Une dose initiale plus faible (5 mg par jour) n'est pas indiquée de façon systématique mais doit être envisagée chez les patients âgés de 65 ans et plus lorsque des facteurs cliniques le justifient.

### CONTRE INDICATIONS :

- Hypersensibilité à l'olanzapine ou à l'un des excipients,
- Patients présentant un risque connu de glaucome à angle fermé,
- Enfants et adolescents de moins de 18 ans,
- Patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase ou un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose.

### MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Une surveillance clinique appropriée est recommandée chez les patients diabétiques et chez les patients ayant des facteurs de risque pouvant favoriser le développement d'un diabète.
- Lors de l'arrêt du traitement par MEDIZAPIN, une réduction progressive des doses doit être envisagée.
- La prudence est recommandée lors de la prescription de MEDIZAPIN chez des patients présentant des symptômes d'hypertrophie prostatique, d'iléus paralytique ou de toute autre pathologie en rapport avec le système cholinergique.
- L'administration de MEDIZAPIN à des patients parkinsoniens atteints de psychoses médicamenteuses (agonistes dopaminergiques) n'est pas recommandée.
- Lors d'un traitement antipsychotique, l'amélioration clinique du patient peut nécessiter plusieurs jours, voire plusieurs semaines. Les patients doivent être étroitement surveillés pendant cette période.
- En raison de la présence de lactose, MEDIZAPIN est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose, ou de déficit en lactase.
- La prudence s'impose chez les patients présentant une élévation des ALAT et/ou des ASAT, chez les patients présentant des signes et des symptômes évocateurs d'une atteinte hépatique, chez les patients atteints d'une insuffisance hépatique pré-traitement et chez les patients traités par des médicaments potentiellement hépatotoxiques.



# Azix®

Azithromycine

## COMPOSITION ET PRESENTATION :

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 3

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitement des infections dues à :

- infections respiratoires haut
- pharyngite;
- infections respiratoires basse
- infections odontostomatologi
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- urétrites et cervicites non gon

## CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithr
- Insuffisance hépatique sévère.

## MISE EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison ...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestation allergique survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :  
Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

## EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.
- Manifestations allergiques ; prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

## POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

## MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

**TABLEAU A (LISTE I).**



bottu s.a

82, Allée des Casuarinas – Aïn Sebâa – Casablanca

S. Bachouchi – Pharmacien Responsable



# Evzol®

- problèmes hépatiques sévères.
- problèmes rénaux sévères.
- a eu une réaction cutanée après un traitement par un médicament réduisant l'acidité gastrique.
- un examen sanguin spécifique (Chromogranine A).

une éruption cutanée, en par  
tre médecin dès que possible,  
UZOL\*. N'oubliez pas de mentir  
une douleur dans vos articulations.

par l'un de ces effets

Un traitement supplémentaire de 4 semaines

### En cas d'infection par la bactérie appe l'ulcère du duodénum et prévention de l duodénum

### Traitement des ulcères de l'estomac as non stéroïdiens

- La dose recommandée est d'une gélule d'EU

**Traitement de l'excès d'acide dans l'estomac**

**Poursuite du traitement après préy**

### Utilisation chez les adolescents (âgés de 12 ans et plus)

est de 40 mg d'EUZOL une fois par jour pendant 4 semaines peut être nécessaire pour la dose recommandée après cicatrisation de

- Si vous avez de graves problèmes hépatiques

En cas d'infection par la bactérie appe

### l'ulcère du duodénum et prévention de l'ulcère du duodénum.

- La dose recommandée est d'une gélule d'Eu-  
semaine.
- Votre médecin vous demandera également

l'amoxicilline et de la clarithromycine.





Gélule  
Voie orale

# Ballonyl®

Charbon activé

Deva  
Pharmaceutique

## COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Charbon activé ..... 162 mg.

Excipients : ..... qsp 1 gélule.

## FORME ET PRESENTATIONS

Gélules

Boîte de 60

## PROPRIETES

Ballonyl contient du charbon végétal activé. Grâce à son fort pouvoir adsorbant au niveau intestinal, il permet la capture des gaz, des toxines et des bactéries responsables de la fermentation.

Il possède un effet bénéfique sur le processus de digestion, en luttant contre les phénomènes de ballonnements et de flatulences.

## VOIE D'ADMINISTRATION ET UTILISATIONS

Voie orale

Prendre 2 gélules avec un grand verre d'eau, 3 fois par jour à distance des repas, en complément d'une alimentation variée et équilibrée. Renouveler les prises en fonction des sensibilités individuelles.

La posologie usuelle est de 4 gélules par jour. Sur les conseils de votre médecin ou de votre pharmacien, la posologie peut être portée à 6 gélules par jour.

## GROSSESSE ET ALLAITEMENT

D'une façon générale, il convient au cours de la grossesse et de l'allaitement de toujours demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant d'utiliser un produit.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI

Afin d'éviter d'éventuelles interactions nocives entre plusieurs substances, signaler à votre médecin ou à votre pharmacien tout traitement en cours.

Ne pas dépasser la dose recommandée.

Garder hors de portée des enfants.

A conserver dans un endroit sec et frais.

Autorisation ministère de santé n° : DA20181805313DMP/20UCAV1

Deva  
Pharmaceutique  
140107 Zone Industrielle 19 44100 La Roche-sur-Yvon

Code : ACZ - 00060

