

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement 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](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)

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)



## Déclaration de Maladie

N° P19-0030688

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3155

Société : 33602

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BACHA Mohammed

Date de naissance : 13/12/1955

Adresse : 267 Bd de la grande Ceinture H19

0613744690

Tél. : 0613744690 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/07/2020

Nom et prénom du malade : BACHA A. A.

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : OMC Dr Approuvé

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 :

13/07/2020

ACCUEIL

# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 13/07/2020      |                   |                       | 21000R                          |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                                                                                 | Date       | Montant de la Facture |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| <b>PHARMACIE DES ANGES</b><br>Dr. Leila S. H. H. H.<br>Monnetmérie Plage, N° 05 25 25 55 55<br>Mahémedia - Tél: 06 50 00 00 58<br>IEE: 000500031000058 | 13/07/2020 | 226,70                |
|                                                                                                                                                        |            |                       |
|                                                                                                                                                        |            |                       |
|                                                                                                                                                        |            |                       |
|                                                                                                                                                        |            |                       |
|                                                                                                                                                        |            |                       |
|                                                                                                                                                        |            |                       |
|                                                                                                                                                        |            |                       |
|                                                                                                                                                        |            |                       |
|                                                                                                                                                        |            |                       |

# 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 :

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

| SOINS DENTAIRES           | Dents Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Nature des Soins | Coefficient         |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------|
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                     | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                     | MONTANTS DES SOINS      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                     | DEBUT D'EXECUTION       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                     | FIN D'EXECUTION         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | <table border="1"> <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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | (Création, remont, adjonction)<br>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

**Docteur**  
**Qadiri L. épse Qermane**

Spécialiste O.R.L.  
Maladies et Chirurgie  
Nez - Gorge - Oreilles



**الدكتورة**  
**قادري ل. زوجة قرمان**

اختصاصية في أمراض وجراحة  
الأنف . الحنجرة . الأذن

المحمدية، في 13/07/20 ..... Mohammedia, le

*Barha Ned*

*1h9,13 \**

*Spechum Soo*

*1p1s1- 410j*

*33,1 \**

*Spechum*

*21tr1, 09k 204*

*44,2 \**

*2f016*

*au milieu 09k 204*

*9267 21p1s1*

PHARMACIE MANNESMAN  
Dr. Leila SEFRAOUI  
Mannemane Plage, N° 4 Bd. Hassan II  
Mohammedia - Tél.: 05 23 30 54 66  
ICE : 00050073100058

**Dr. QADIRI QERMANE Leila**  
Spécialiste O.R.L.  
Mezzour, App. 2

عمارة مزور - الرقم 2 ( أمام المسجد الكبير رضوان ) - المحمدية - بالموعد  
Imm. Mezzour - App. 2 ( en face Grande Mosquée Ridouane ) - Mohammedia - sur rendez-vous  
Tél. : 05 23 31 27 12 - الهاتف : 05 23 32 47 74 - الفاكس :

# SPECTRUM® 0,3%

## Solution pour instillation auriculaire (Ciprofloxacine)

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'information à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

### 1. Composition du médicament

Ciprofloxacine (sous forme de chlorhydrate), ..... 150 mg  
Excipients : Chlorure de sodium, Edétate de disodium, Solution de chlorure de benzalkonium à 10%, Acide chlorhydrique, Eau pour préparations injectables q.s.p. .... 5 ml

Excipients à effets notables: Chlorure de benzalkonium

### 2. Classe pharmacothérapeutique ou le type d'activité

Classes pharmacothérapeutiques: Médicaments ototoxiques, anti-infectieux - code ATC, S02 AA.

Ce médicament est un antibiotique de la famille des quinolones. C'est une fluorquinolone.

### 3. Indications thérapeutiques

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines otites chez l'adulte et l'enfant à partir de 1 an.

### 4. Posologie

Veuillez à toujours utiliser ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

**Cette solution pour instillation auriculaire est destinée à l'adulte et à l'enfant à partir de l'âge de 1 an.**

A titre indicatif, la posologie usuelle est la suivante :

Adultes : 4 gouttes dans l'oreille atteinte, 2 fois par jour - matin et soir

Enfants : 3 gouttes dans l'oreille atteinte, 2 fois par jour - matin et soir

En cas d'utilisation de mèche dans l'oreille, votre médecin peut augmenter la posologie.

Se conformer à l'ordonnance de votre médecin.

### Voie d'administration

Voie locale: Instillation auriculaire

Si vous avez avéré SPECTRUM 0,3 %, solution pour instillation auriculaire d'une manière accidentelle, contactez votre médecin. Néanmoins, aucune complication sérieuse n'est attendue.

### Mode d'administration

Effectuez le baignon au moment de l'emploi en le maintenant quelques minutes dans la paume de la main, afin d'éviter le contact désagréable de la solution froide dans l'oreille.

Pour mettre les gouttes dans une oreille et faire un baignon d'oreille :

Il faut d'abord pencher la tête du côté opposé à l'oreille atteinte pour que l'oreille atteinte se trouve en haut.

Mettez les gouttes dans l'oreille atteinte.

Si une goutte tombe à côté de votre oreille, recommencez.

Tirez à différentes reprises sur le pavillon de l'oreille pour que les gouttes coulent bien dans le fond l'oreille.

Attendez environ 5 minutes en gardant la tête ainsi penchée.

Lorsque vous relevez la tête, les gouttes peuvent ressortir un peu. Il faut alors essayer avec un papier absorbant qui n'a pas besoin d'être stérile.

Il est important de bien suivre cette recommandation car il en va de l'efficacité de votre traitement : en effet, il faut garder suffisamment longtemps la tête penchée de votre

tête va provoquer une perte du médicament dans l'oreille. Redresser trop tôt la

tête va provoquer une perte du médicament car les gouttes couleront le long de votre visage et n'iront pas dans le fond de l'oreille ; ceci expose alors à une moindre efficacité du traitement.

Refermez le flacon immédiatement après usage.

A la fin du traitement, le reste du flacon doit être jeté et ne doit pas être conservé via d'une réutilisation.

### Fréquence d'administration

Deux administrations par jour : une administration de gouttes le matin et l'administration de gouttes le soir.

### Durée du traitement

La durée du traitement est habituellement de 7 à 10 jours.

Plus efficace, cet antibiotique doit être utilisé régulièrement aux doses prescrites

aussi longtemps que votre médecin vous l'aura conseillé.

La disparition des symptômes ne signifie pas que vous êtes complètement gu

Éventuelle impression de fatigue n'est pas due au traitement antibiotique. Si

l'infection elle-même. Le fait de réduire ou de suspendre votre traitement serait su

effet sur cette impression et retarderait votre guérison.

### 5. Contre-indications

N'utilisez jamais SPECTRUM 0,3 %, solution pour instillation auriculaire, si vous êtes allergique à la substance active ou à l'un des autres composants mentionnés dans la composition.

Si vous avez une otite moyenne aiguë.

6. Effets indésirables

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables.

Les effets indésirables suivants ont été observés avec SPECTRUM 0,3 %, solution pour instillation auriculaire :

Effets indésirables : douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs de l'oreille.

Effets indésirables : maux de gorge, maux de tête, fièvre, éruption cutanée, démangeaisons de l'oreille.

Effets indésirables : acouphènes, vertiges, maux de gorge, maux de tête, fièvre, éruption cutanée, démangeaisons de l'oreille.

Effets indésirables : douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs de l'oreille.

Effets indésirables : maux de gorge, maux de tête, fièvre, éruption cutanée, démangeaisons de l'oreille.

Effets indésirables : douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs de l'oreille.

Effets indésirables : maux de gorge, maux de tête, fièvre, éruption cutanée, démangeaisons de l'oreille.

Effets indésirables : douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs de l'oreille.

Effets indésirables : maux de gorge, maux de tête, fièvre, éruption cutanée, démangeaisons de l'oreille.

Effets indésirables : douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs de l'oreille.

Effets indésirables : maux de gorge, maux de tête, fièvre, éruption cutanée, démangeaisons de l'oreille.

Effets indésirables : douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs de l'oreille.

Effets indésirables : maux de gorge, maux de tête, fièvre, éruption cutanée, démangeaisons de l'oreille.

Effets indésirables : douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs de l'oreille.

Effets indésirables : maux de gorge, maux de tête, fièvre, éruption cutanée, démangeaisons de l'oreille.

Effets indésirables : douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs de l'oreille.

Effets indésirables : maux de gorge, maux de tête, fièvre, éruption cutanée, démangeaisons de l'oreille.

Effets indésirables : douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs de l'oreille.

Effets indésirables : maux de gorge, maux de tête, fièvre, éruption cutanée, démangeaisons de l'oreille.

Effets indésirables : douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs de l'oreille.

Effets indésirables : maux de gorge, maux de tête, fièvre, éruption cutanée, démangeaisons de l'oreille.

Effets indésirables : douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs de l'oreille.

Effets indésirables : maux de gorge, maux de tête, fièvre, éruption cutanée, démangeaisons de l'oreille.

Effets indésirables : douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs de l'oreille.

Effets indésirables : maux de gorge, maux de tête, fièvre, éruption cutanée, démangeaisons de l'oreille.

Effets indésirables : douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs de l'oreille.

Effets indésirables : maux de gorge, maux de tête, fièvre, éruption cutanée, démangeaisons de l'oreille.

Effets indésirables : douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs de l'oreille.

Effets indésirables : maux de gorge, maux de tête, fièvre, éruption cutanée, démangeaisons de l'oreille.

Effets indésirables : douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs de l'oreille.

Effets indésirables : maux de gorge, maux de tête, fièvre, éruption cutanée, démangeaisons de l'oreille.

Effets indésirables : douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs de l'oreille.

Effets indésirables : maux de gorge, maux de tête, fièvre, éruption cutanée, démangeaisons de l'oreille.

Effets indésirables : douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs de l'oreille.

Effets indésirables : maux de gorge, maux de tête, fièvre, éruption cutanée, démangeaisons de l'oreille.

Effets indésirables : douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs de l'oreille.

Effets indésirables : maux de gorge, maux de tête, fièvre, éruption cutanée, démangeaisons de l'oreille.

Effets indésirables : douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs de l'oreille.

Effets indésirables : maux de gorge, maux de tête, fièvre, éruption cutanée, démangeaisons de l'oreille.

Effets indésirables : douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs de l'oreille.

Effets indésirables : maux de gorge, maux de tête, fièvre, éruption cutanée, démangeaisons de l'oreille.

Effets indésirables : douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs de l'oreille.

Effets indésirables : maux de gorge, maux de tête, fièvre, éruption cutanée, démangeaisons de l'oreille.

Effets indésirables : douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs de l'oreille.

Effets indésirables : maux de gorge, maux de tête, fièvre, éruption cutanée, démangeaisons de l'oreille.

Effets indésirables : douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs de l'oreille.

Effets indésirables : maux de gorge, maux de tête, fièvre, éruption cutanée, démangeaisons de l'oreille.

Effets indésirables : douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs de l'oreille.

Effets indésirables : maux de gorge, maux de tête, fièvre, éruption cutanée, démangeaisons de l'oreille.

Effets indésirables : douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs de l'oreille.

Effets indésirables : maux de gorge, maux de tête, fièvre, éruption cutanée, démangeaisons de l'oreille.

Effets indésirables : douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs de l'oreille.

Effets indésirables : maux de gorge, maux de tête, fièvre, éruption cutanée, démangeaisons de l'oreille.

Effets indésirables : douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs de l'oreille.

Effets indésirables : maux de gorge, maux de tête, fièvre, éruption cutanée, démangeaisons de l'oreille.

Effets indésirables : douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs de l'oreille.

Effets indésirables : maux de gorge, maux de tête, fièvre, éruption cutanée, démangeaisons de l'oreille.

Effets indésirables : douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs de l'oreille.

Effets indésirables : maux de gorge, maux de tête, fièvre, éruption cutanée, démangeaisons de l'oreille.

Effets indésirables : douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs de l'oreille.

Effets indésirables : maux de gorge, maux de tête, fièvre, éruption cutanée, démangeaisons de l'oreille.

Effets indésirables : douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs de l'oreille.

Effets indésirables : maux de gorge, maux de tête, fièvre, éruption cutanée, démangeaisons de l'oreille.

Effets indésirables : douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs de l'oreille.

Effets indésirables : maux de gorge, maux de tête, fièvre, éruption cutanée, démangeaisons de l'oreille.

Effets indésirables : douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs de l'oreille.

Effets indésirables : maux de gorge, maux de tête, fièvre, éruption cutanée, démangeaisons de l'oreille.

Effets indésirables : douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs de l'oreille.



