

# 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.

## 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.

## 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

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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 064422

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 91383

Société : R.A.M

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HACHMAOUT HICHAM

Date de naissance : 09/08/1976

Adresse : Bd OUMRABII N°239 RES FARAS - App. 10  
OULFA CASABLANCA

Tél. : 0694.638730

Total des frais engagés : 706,30

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 :

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) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
  - = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
  - = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
  - = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
  - = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
  - = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
  - = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
  - = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
  - = Actes de chirurgie et de spécialistes
- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
  - SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
  - AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
  - AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
  - AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
  - AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
  - R-Z = Electro - Radiologie
  - B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
L'HOSPITALISATION EN HOPITAL  
L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
PREVENTORIUM  
SEJOUR EN MAISON DE REPOS  
LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  
globaux comportant un ou plusieurs échelons  
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES  
- L'ORTHOPEDIE  
- LA REEDUCATION  
- LES ACCOUCHEMENTS  
- LES CURES THERMALES  
- LA CIRCONCISION  
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS 850306

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : HACHMAOUI HECHAM  
Matricule : 11383 Fonction : ..... Poste : décédé  
Adresse : .....  
Tél. : 06 94 63 87 30 Signature Adhérent : .....

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : HACHMAOUI KHAOUA Age                           
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : .....  
Nature de la maladie : pathologie gynécologique  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances .....  
A Casa le 2/9 SEPT 2021 Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

DECLARATION 850306  
Matricule N° : .....  
Nom du patient : .....  
Date de dépôt : .....  
Montant engagé  
Nombre de pièces jointes : .....






## 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
29 SEPT 2021			# 300 D.H.	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Pharmacie VELODROME BENJELLOUN Salma</b> Docteur en Pharmacie 16, Rond Point des Sports Casablanca - Tél: 0522 36 20 65	29/09/21	406,30

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

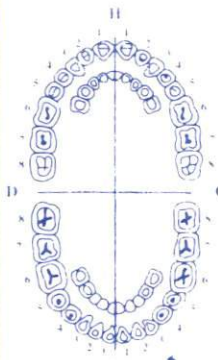
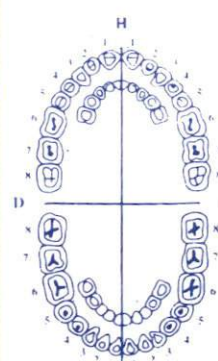
## VOLET ADHERENT

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

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des

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																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANT DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>				<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412		21433552																						
	00000000		00000000																						
	D		G																						
	00000000		00000000																						
	35533411		11433553																						
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT 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 Amal KABLY Ep. DRISSI

Gynécologue Obstétricienne

Suivi de grossesse - Accouchement

Stérité du Couple - Maladies des seins

Chirurgie gynécologique - Echographie

Ménopause

Casablanca le .....

الدكتورة أمال القبلي الإدريسي

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

مراقبة الحمل . التوليد

عقم الزوجين . أمراض الثدي

جراحة أمراض النساء . الفحص بالصدى

سن اليأس

الدار البيضاء في .....

29 SEPT 2021

M<sup>me</sup> Hachmani / Chouchou

57,00

1<sup>o</sup>/- Exacel 500 mg (n<sup>o</sup> 1) dicynone 500 mg

1 cp x 3 j<sup>o</sup> p<sup>o</sup> 05 j<sup>o</sup>

3 x 84,90

2<sup>o</sup>/- Duphasc 2.5 cp (n<sup>o</sup> 3)

1 cp x 2 j<sup>o</sup> du J<sup>o</sup> 16 au cycle  
au J<sup>o</sup> 25 x 03 cycles

2 x 47,30

3<sup>o</sup>/- Maltofer fol 9 (n<sup>o</sup> 2)  
1 cp x 2 j<sup>o</sup> x 1 week

406,30

changer par

Pharmacie XELODRONIC  
BENJELLOU - Salma  
Docteur en Pharmacie  
16 - Rue Point des Sports  
Casablanca - Tél: 0522 36 20 65

193, شارع أم الربيع، إقامة أم الربيع، الطابق الأول (بجانب مختبر أربيو) . الدار البيضاء

193, Boulevard Oum Rabiaa, Résidence Oum Rabiaa, 1er étage (à côté du laboratoire ORBIO) - Casablanca

البريد الإلكتروني: E-mail : amalkably@hotmail.com : الهاتف : 05 22 89 77 72 - 07 62 75 05 75

PATENTE : 38062006 - IF : 20739479 - ICE : 001887162000047





6



118000 010517

majhar

Km 10, route côtière 111, Quartier industriel  
Zénata, Ain Sabaa Casablanca - Maroc  
DUPHASTON 10MG CP PEL B20 PPV : 84DH90

1125512



6



118000 010517

majhar

Km 10, route côtière 111, Quartier industriel  
Zénata, Ain Sabaa Casablanca - Maroc  
DUPHASTON 10MG CP PEL B20 PPV : 84DH90

1125512



6



118000 010517

majhar

Km 10, route côtière 111, Quartier industriel  
Zénata, Ain Sabaa Casablanca - Maroc  
DUPHASTON 10MG CP PEL B20 PPV : 84DH90

1125512

Dicynone® 250 mg, Comprimé Boîte de 20

Dicynone® 500 mg, Comprimé Boîte de 20

Etamsylate



- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice.
- Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

Que contient cette notice ?

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

1. Qu'est-ce que DICYNONE® et dans quel cas est-il utilisé ?

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

AUTRE HEMOSTATIQUE SYSTEMIQUE - code ATC : B02BX01

Dicynone® 250 mg :

Ce médicament est un antihémorragique et un vasculoprotecteur.

Il est proposé :

- dans le traitement des saignements par fragilité des petits vaisseaux sanguins et dans les saignements gynécologiques,
- en cas d'intervention chirurgicale pour diminuer les pertes sanguines.

Dicynone® 500 mg :

- Utilisé dans les manifestations fonctionnelles de l'insuffisance veino-lymphatique (jambes lourdes, douleurs, impatiences du primodécubitus).
- Utilisé dans le traitement symptomatique des troubles fonctionnels de la fragilité capillaire.



Dicynone®, comprimé avec des aliments et boissons

Sans objet.

Grossesse et allaitement

Les données sur l'utilisation de Dicynone® chez les femmes enceintes sont limitées. Par mesure de précaution, il est préférable d'éviter l'utilisation de Dicynone® pendant la grossesse.

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.

L'allaitement est déconseillé pendant la durée du traitement.

Sportifs

Sans objet.

Conduite de véhicules et utilisation de machines

Sans objet.

Excipients à effet notoire

Dicynone®, comprimé contient : Amidon de blé et sulfite de sodium.

### 3. COMMENT PRENDRE Dicynone®, comprimé ?

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

Posologie

Dicynone® 250 mg

Adultes : moyenne 2 comprimés 3 fois par jour.

Utilisation chez les enfants

Enfants : moyenne 1 comprimé 3 fois par jour.

Dicynone® 500 mg

En moyenne 3 comprimés par jour.

Mode d'administration

Voie orale.

Si vous avez pris plus de Dicynone®, comprimé que vous n'auriez dû : Sans objet.

Si vous oubliez de prendre Dicynone®, comprimé : Sans objet.

Si vous arrêtez de prendre Dicynone®, comprimé : Sans objet.

### 4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde :

- nausées, vomissements, diarrhée,
- éruption de boutons et/ou plaques sur la peau



- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez votre médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

#### Qu'est-ce que Maltofer® Fol comprimés et quand doit-il être utilisé?

Les comprimés Maltofer® Fol contiennent une association de fer et d'acide folique. Ils sont utilisés pour le traitement et la prévention des carences en fer en présence d'un besoin accru d'acide folique pendant la grossesse et l'allaitement.

Le fer est un constituant indispensable de l'hémoglobine, du pigment rouge des muscles et des enzymes contenant du fer. L'acide folique est une vitamine importante pour le développement de l'enfant à naître. Une carence en acide folique au cours des premières semaines de grossesse peut provoquer des malformations chez l'enfant.

#### De quoi faut-il tenir compte en dehors du traitement?

Avant le début du traitement par Maltofer® Fol comprimés, la teneur trop faible en fer sanguin en hémoglobine devrait avoir été confirmée par le médecin au moyen de tests appropriés. Lorsque les symptômes ne sont pas dus à une carence en fer, les comprimés Maltofer® Fol n'ont aucun effet.

Votre médecin déterminera les progrès de votre traitement par des contrôles réguliers et, le cas échéant, par des analyses de sang. Il s'agit d'une procédure normale et qui ne devrait pas vous inquiéter. Si vos symptômes ne s'améliorent pas dans les 3 semaines, veuillez en informer votre médecin.

#### Quand Maltofer® Fol comprimés ne doit-il pas être utilisé?

- En cas d'hypersensibilité (allergie) ou d'intolérance au principe actif complexe d'hydroxyde de fer(III)-polymal-

tose et à l'acide folique ou à l'un des excipients (voir «Que contient Maltofer® Fol comprimés?»)

- En cas d'excédent de fer dans l'organisme (par ex. dans le cas rare d'un stockage excessif du fer, qui peut provoquer une surcharge en fer des tissus)
- En cas de trouble de l'utilisation du fer (par ex. lorsque l'anémie est due à une mauvaise utilisation du fer)
- En cas d'anémie qui n'est pas due à un manque de fer (par ex. en cas d'augmentation de la dégradation de l'hémoglobine ou de carence en vitamine B12).

#### Quelles sont les précautions à observer lors de la prise de Maltofer® Fol comprimés?

Veuillez informer votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre Maltofer® Fol si vous présentez l'une des pathologies suivantes :

- infection ou tumeur,
- carence en vitamine B12. L'acide folique présent dans Maltofer® Fol peut masquer une carence en vitamine B12.

Informez votre médecin ou votre pharmacien, si prenez un traitement avec l'un des médicaments suivants :

- préparation de fer injectable. Ces préparations à base de fer ne doivent pas être prises en même temps que Maltofer® Fol.
- traitements contre l'épilepsie, en particulier la phénytoïne,
- chloramphénicol, un médicament pour le traitement des infections bactériennes. Votre médecin suivra avec davantage d'attention si vous prenez ces traitements simultanément.

Informez également votre médecin si vous avez reçu une transfusion sanguine, car il existe dans ce cas un risque de surcharge en fer en cas d'apport de fer supplémentaire.

Informez votre médecin ou votre pharmacien, si :

- vous souffrez d'une autre maladie,
- vous êtes allergique,
- vous prenez déjà d'autres médicaments en usage interne ou externe (même en automédication!).

#### Maltofer® Fol comprimés peut-il être pris pendant la grossesse ou la période d'allaitement?

Si vous êtes enceinte, que vous souhaitez le devenir ou si vous allaitez, vous ne devez prendre Maltofer® Fol qu'après en avoir parlé avec votre médecin.

#### Comment utiliser Maltofer® Fol comprimés?

Les comprimés Maltofer® Fol doivent être avalés entiers et doivent être pris pendant ou immédiatement après le repas.

Pour éviter et traiter une carence en fer, et pour traiter une carence en fer sans anémie (carence en fer

**MALTOFER® Fol**  
**Fer (III) / Acide folique**  
**Comprimé**



utiliser  
tions  
oute,  
ou à  
relire.  
et de

conseils, adressez-vous à votre pharmacien.

- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez votre médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

**Qu'est-ce que Maltofer® Fol comprimés et quand doit-il être utilisé?**

Les comprimés Maltofer® Fol contiennent une association de fer et d'acide folique. Ils sont utilisés pour le traitement et la prévention des carences en fer en présence d'un besoin accru d'acide folique pendant la grossesse et l'allaitement.

Le fer est un constituant indispensable de l'hémoglobine, du pigment rouge des muscles et des enzymes contenant du fer. L'acide folique est une vitamine importante pour le développement de l'enfant à naître. Une carence en acide folique au cours des premières semaines de grossesse peut provoquer des malformations chez l'enfant.

**De quoi faut-il tenir compte en dehors du traitement?**

Avant le début du traitement par Maltofer® Fol comprimés, la teneur trop faible en fer sanguin en hémoglobine devrait avoir été confirmée par le médecin au moyen de tests appropriés. Lorsque les symptômes ne sont pas dus à une carence en fer, les comprimés Maltofer® Fol n'ont aucun effet.

Votre médecin déterminera les progrès de votre traitement par des contrôles réguliers et, le cas échéant, par des analyses de sang. Il s'agit d'une procédure normale et qui ne devrait pas vous inquiéter. Si vos symptômes ne s'améliorent pas dans les 3 semaines, veuillez en informer votre médecin.

**Quand Maltofer® Fol comprimés ne doit-il pas être utilisé?**

- En cas d'hypersensibilité (allergie) ou d'intolérance au principe actif complexe d'hydroxyde de fer(III)-polymal-

tose et à l'acide folique ou à l'un des excipients (voir «Que contient Maltofer® Fol comprimés?»)

- En cas d'excédent de fer dans l'organisme (par exemple dans le cas rare d'un stockage excessif du fer, qui peut provoquer une surcharge en fer des tissus)
- En cas de trouble de l'utilisation du fer (par exemple, lorsque l'anémie est due à une mauvaise utilisation du fer)
- En cas d'anémie qui n'est pas due à un manque de fer (par exemple, en cas d'augmentation de la dégradation de l'hémoglobine ou de carence en vitamine B12).

**Quelles sont les précautions à observer lors de la prise de Maltofer® Fol comprimés?**

Veuillez informer votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre Maltofer® Fol si vous présentez l'un des pathologies suivantes :

- infection ou tumeur,
- carence en vitamine B12. L'acide folique présent dans Maltofer® Fol peut masquer une carence en vitamine B12.

Informez votre médecin ou votre pharmacien, si prenez un traitement avec l'un des médicaments suivants :

- préparation de fer injectable. Ces préparations à base de fer ne doivent pas être prises en même temps que Maltofer® Fol.
- traitements contre l'épilepsie, en particulier le phénytoïne,
- chloramphénicol, un médicament pour le traitement des infections bactériennes. Votre médecin suivra avec davantage d'attention si vous prenez ces traitements simultanément.

Informez également votre médecin si vous avez reçu une transfusion sanguine, car il existe dans ce cas un risque de surcharge en fer en cas d'apport de fer supplémentaire.

Informez votre médecin ou votre pharmacien, si :

- vous souffrez d'une autre maladie,
- vous êtes allergique,
- vous prenez déjà d'autres médicaments en usage interne ou externe (même en automédication!).

**Maltofer® Fol comprimés peut-il être pris pendant la grossesse ou la période d'allaitement?**

Si vous êtes enceinte, que vous souhaitez le devenir ou si vous allaitez, vous ne devez prendre Maltofer® Fol qu'après en avoir parlé avec votre médecin.

**Comment utiliser Maltofer® Fol comprimés?**

Les comprimés Maltofer® Fol doivent être avalés entiers et doivent être pris pendant ou immédiatement après le repas.

Pour éviter et traiter une carence en fer, et pour traiter une carence en fer sans anémie (carence en fer