

# 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 orthopédique ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

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

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

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

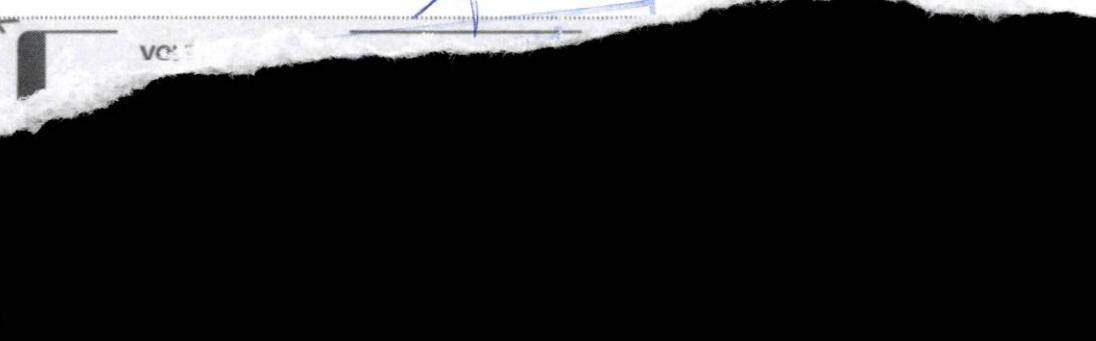
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-715506

149/102

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>13004</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>NEKKAOUI JAOUAD</b>			
Date de naissance : <b>14/02/1989</b>			
Adresse : <b>136/1 ECHAN SAMIR HASSANIA 2, El AÏA DEDDA</b>			
Tél. :	Total des frais engagés : _____ Dhs		
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. SAMI Ghita Dermatologue-Vénérologue 241, Bd. Emile Zola, Casablanca Tél: 05 22 40 06 47/06 31 56 63 86			
Date de consultation : <b>14/10/2022</b>	Age:		
Nom et prénom du malade : <b>NEKKAOUI JAOUAD</b>			
Lien de parenté : <b>Conjoint</b>			
Nature de la maladie : <b>Maladie Chronique</b>			
En cas d'accident précisez causes et circonstances : <b>Maladie Chronique</b>			
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 : **14/10/2022**  
 Signature de l'adhérent(e) :



#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
11/10/12 22 Dr. SAMI Ghita Dermatologue-Vénérologue 231, Bd. Emile Zola, Apt. N°1, 4ème Etage Casablanca 22 06 47/06 31 59 63 00 00 00 INR 23 1-3a. Emile Zola, Apt. N°1, 4ème Etage Casablanca 22 06 47/06 31 59 63 00 00 00 INR Dr. SAMI Ghita Gérontologue 22 06 47/06 31 59 63 00 00 00 INR 23 1-3a. Emile Zola, Apt. N°1, 4ème Etage Casablanca 22 06 47/06 31 59 63 00 00 00 INR	11/10/12 22 Dr. SAMI Ghita Dermatologue-Vénérologue 231, Bd. Emile Zola, Apt. N°1, 4ème Etage Casablanca 22 06 47/06 31 59 63 00 00 00 INR 23 1-3a. Emile Zola, Apt. N°1, 4ème Etage Casablanca 22 06 47/06 31 59 63 00 00 00 INR Dr. SAMI Ghita Gérontologue 22 06 47/06 31 59 63 00 00 00 INR 23 1-3a. Emile Zola, Apt. N°1, 4ème Etage Casablanca 22 06 47/06 31 59 63 00 00 00 INR	11/10/12 22 Dr. SAMI Ghita Dermatologue-Vénérologue 231, Bd. Emile Zola, Apt. N°1, 4ème Etage Casablanca 22 06 47/06 31 59 63 00 00 00 INR 23 1-3a. Emile Zola, Apt. N°1, 4ème Etage Casablanca 22 06 47/06 31 59 63 00 00 00 INR Dr. SAMI Ghita Gérontologue 22 06 47/06 31 59 63 00 00 00 INR 23 1-3a. Emile Zola, Apt. N°1, 4ème Etage Casablanca 22 06 47/06 31 59 63 00 00 00 INR	11/10/12 22 Dr. SAMI Ghita Dermatologue-Vénérologue 231, Bd. Emile Zola, Apt. N°1, 4ème Etage Casablanca 22 06 47/06 31 59 63 00 00 00 INR 23 1-3a. Emile Zola, Apt. N°1, 4ème Etage Casablanca 22 06 47/06 31 59 63 00 00 00 INR Dr. SAMI Ghita Gérontologue 22 06 47/06 31 59 63 00 00 00 INR 23 1-3a. Emile Zola, Apt. N°1, 4ème Etage Casablanca 22 06 47/06 31 59 63 00 00 00 INR	11/10/12 22 Dr. SAMI Ghita Dermatologue-Vénérologue 231, Bd. Emile Zola, Apt. N°1, 4ème Etage Casablanca 22 06 47/06 31 59 63 00 00 00 INR 23 1-3a. Emile Zola, Apt. N°1, 4ème Etage Casablanca 22 06 47/06 31 59 63 00 00 00 INR Dr. SAMI Ghita Gérontologue 22 06 47/06 31 59 63 00 00 00 INR 23 1-3a. Emile Zola, Apt. N°1, 4ème Etage Casablanca 22 06 47/06 31 59 63 00 00 00 INR

## ~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>ARMERIA PHARMACEUTIQUE DU MAROC 1. TAZI YOUSSEF ES SAB 16 - INPE: 0004040883</i>	14/12/22	427.00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICALS

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]												
				MONTANTS DES SOINS [ ]												
				DEBUT D'EXECUTION [ ]												
				FIN D'EXECUTION [ ]												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: none;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table>			H	21433552	25533412	00000000	D		00000000		B	11433553	35533411	00000000	MONTANTS DES SOINS [ ]
H	21433552															
25533412	00000000															
D																
00000000																
B	11433553															
35533411	00000000															
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS [ ]												
				DATE DE L'EXECUTION [ ]												

# Dr SAMI Ghita

Dermatologue - Vénérologue

Maladies et chirurgie de la peau  
 Pathologies des cheveux et ongles  
 Dermatologie - Allergologie  
 Dermatologie Pédiatrique  
 Lasers médicaux  
 Dermatologie Esthétique



## د. السامي غيطة

أخصائية في الأمراض الجلدية والتتناسلية

أمراض وجراحة الجلد  
 أمراض الشعر والأظافر  
 حساسية الجلد  
 الأمراض الجلدية عند الأطفال  
 العلاج بالليزر الطبي  
 طب التجميل

## ORDONNANCE

PPV: 49,60 DH  
 LOT: 22H01  
 EXP: 08/2025

Casablanca, le 10/04/2022

Dr. SAMI Ghita  
 Dermatologue - Vénérologue  
 241, Bd. Emile Zola 4<sup>ème</sup> étage Appt 7, Belvédère - Casablanca  
 05 22 40 06 47 06 31 59 63 86

Mekkaoui



49,60 x 3

Jasmin.

PHARMACIE ORTHOPÉDIE  
 M. TAZI MACHREZ  
 AVENUE DES FALAÏDOUNES  
 05 22 32 24 16 / INPE: 092040899

34,70 x 2

Binoxolic lotion  
 1 App/ J Cuir Cheveu (flacon)

Dr. SAMI Ghita  
 Dermatologue - Vénérologue  
 241, Bd. Emile Zola 4<sup>ème</sup> étage Appt 7, Belvédère - Casablanca  
 05 22 40 06 47 06 31 59 63 86

241, شارع إميل زولا، الطابق 7 بلغيري - الدرالبيضاء  
 241, Bd. Emile Zola 4<sup>ème</sup> étage Appt 7, Belvédère - Casablanca

05 22 40 06 47

06 31 59 63 86

dr.samighita@gmail.com

~~2420~~ Diprostone

2420

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22H01  
EXP: 08/2025

D App / S

Dos. de mo

5 / Kamofalk  
541 = 1 App  
42700

Celbre  
& 2 Jpa



LOT : 1689  
UT. AV : 07 - 25  
P.P.V: 34 DH 70  
**Skinosalix**

**PHARMACIE ORTHOPÉDIE**  
**DU MAGHREB**  
**M. TAZI YOUNES**  
**AVENUE DES FAR MOHAMMED**  
**05 23 32 24 16 / INPE: 0929 0889**

**Dr. SAMI Ghita**  
Dermatologue-Vénérologue  
241, Bd. Emile Zola, Apt. N°7, 3<sup>e</sup> Etage  
Casablanca  
Tel: 05 22 40 06 47 / 06 37 56 03 85

LOT : 1690  
UT. AV : 07 - 25  
P.P.V: 34 DH 70  
**Clindamycin**

*Dos.  
Divi - Ami*

# Larmabak 0,9 POUR CENT,

## Collyre

### Chlorure de sodium

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Il contient des informations importantes pour vous.

Vous devez toujours utiliser ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre pharmacien.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.
- 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 LARMABAK 0,9 POUR CENT, collyre ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER LARMABAK 0,9 POUR CENT, collyre ?

3. COMMENT UTILISER LARMABAK 0,9 POUR CENT, collyre ?

#### Fréquence d'administration

Répartir les instillations au cours de la journée, en fonction des besoins.

En moyenne, 3 à 4 instillations par jour et jusqu'à 8, si nécessaire.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

LARMABAK 0,9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH  
6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

# DIPROSONE® 0,05 %

pommade



6 118000 051121

# DIPROSONE® 0,05 % pommade

## Bétaméthasone

C209007/05

LOT : 427  
PER : JUN 2025  
PPV : 24 DH 20

- Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.
- Gardez cette notice. Vous pourrez avoir besoin dela relire.
  - Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
  - Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de l'effet indésirable sont identiques.
  - Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable dans cette notice. Voir rubrique 4.

### Quel contient cette notice ?

- Où est-ce que DIPROSONE 0,05 %, pommade et dans quels cas est-il utilisé ?
- Où sont les informations à connaître avant d'utiliser DIPROSONE 0,05 %, pommade ?
- Comment utiliser DIPROSONE 0,05 %, pommade ?
- Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- Comment conserver DIPROSONE 0,05 %, pommade ?
- Contenu de l'emballage et autres informations.

### 1. QU'EST-CE QUE DIPROSONE 0,05 %, pommade ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : DERMOCORTICOÏDE (D. Dermatologie) - code ATC : DOTAC01

DIPROSONE est destiné à l'usage cutané uniquement.

Ce médicament est un corticoïde local d'activité forte.

Il est préconisé dans certaines maladies de peau comme l'eczéma de contact, la dermatite atopique, le psoriasis, mais votre médecin peut le prescrire dans d'autres cas.

### 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER DIPROSONE 0,05 %, pommade ?

N'utilisez jamais DIPROSONE 0,05 %, pommade dans les cas suivants :

• si vous êtes allergique à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6

• lésions ulcérées

• acne

• rosacée

• maladies infectieuses de la peau d'origine virale (herpès, zona, varicelle...), bactérienne (exemple : impétigo...), mycosique (dues à des champignons microscopiques) ou parasitaire

• application sur les paupières

• application sur les ongles

• application sur les muqueuses

• application sur les tissus conjonctifs

• application sur les muqueuses

### Mode et voie d'administration

Voie cutanée.

Il est conseillé d'appliquer le produit en touches espacées, puis légèrement jusqu'à ce qu'il soit entièrement absorbé.  
Se laver les mains immédiatement après l'application (sauf si vous pour traiter vos mains).

### Fréquence d'administration

1 à 2 applications par jour selon l'ordonnance de votre médecin.

### Durée du traitement

L'arrêt du traitement se fera de façon progressive, en espaçant les utilisant un corticoïde moins fort ou moins dosé.

Si vous avez utilisé plus de DIPROSONE 0,05 %, pommade comme vous n'auriez dû Utilisez toujours DIPROSONE 0,05 %, pommade comme votre médecin vous l'a indiqué.

Si vous avez également appliqué plus de DIPROSONE 0,05 %, pommade, que prescrit par votre médecin, ne vous inquiétez pas mais évitez de le reproduire. L'utilisation excessive ou prolongée des corticoïdes locaux peut être à l'origine de manifestations d'hyper corticisme, incluant la maladie de Cushing.

Traitement : un traitement symptomatique approprié est indiqué.

Si vous oubliez d'utiliser DIPROSONE 0,05 %, pommade

N'appliquez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié

Si vous arrêtez d'utiliser DIPROSONE 0,05 %, pommade

Sans objet.

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

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde. En cas d'utilisation prolongée, il y a un risque d'amincissement et de fragilité de la peau, dilatation de petits vaisseaux sanguins, vésicules, poussée d'acné. Des cas d'hypertrophie, de dépigmentation, d'infection secondaire en particulier en cas de traitement sous pansement occlusif ou dans les plis, ont été rapportés. D'autres effets indésirables peuvent survenir (fréquence indéfinie, floue).

# MYCOSTER® 1%

Ciclopiroxolamine

Solution  
pour application cutanée

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Des informations importantes pour votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez à votre pharmacien.

• Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

• Si vous avez besoin de plus d'informations 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.

43,50

## MYCOSTER 1%

Solution 30 ml



### Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée ?

3. COMMENT UTILISER MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée ?

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

5. COMMENT CONSERVER MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée ?

6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique

ANTIFONGIQUE A USAGE TOPIQUE.

D01AE14

### Indications thérapeutiques

Ce médicament est préconisé dans le traitement des mycoses de la peau ou des ongles (affections dues aux champignons) surinfectées ou non par des bactéries.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée ?

N'utilisez jamais MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée dans les cas suivants :

- en cas d'allergies à l'un des composants du produit.
- prévenez votre médecin en cas de grossesse,
- ne pas appliquer ce médicament près des yeux,
- ne pas avaler.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Faites attention avec MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée :

Ne pas appliquer ce médicament près de la région oculaire.

Candidoses : il est déconseillé d'utiliser un savon à pH acide (pH favorable à la multiplication de candida).

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### Prise ou utilisation d'autres médicaments

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

# MYCOSTER® 1%

Ciclopiroxolamine

Solution  
pour application cutanée

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Des informations importantes pour votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez à votre pharmacien.

• Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

• Si vous avez besoin de plus d'informations 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.

43,50

## MYCOSTER 1%

Solution 30 ml



### Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée ?

3. COMMENT UTILISER MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée ?

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

5. COMMENT CONSERVER MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée ?

6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique

ANTIFONGIQUE A USAGE TOPIQUE.

D01AE14

Indications thérapeutiques

Ce médicament est préconisé dans le traitement des mycoses de la peau ou des ongles (affections dues aux champignons) surinfectées ou non par des bactéries.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée ?

N'utilisez jamais MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée dans les cas suivants :

- en cas d'allergies à l'un des composants du produit,
- prévenez votre médecin en cas de grossesse,
- ne pas appliquer ce médicament près des yeux,
- ne pas avaler.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Faites attention avec MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée :

Ne pas appliquer ce médicament près de la région oculaire.

Candidoses : il est déconseillé d'utiliser un savon à pH acide (pH favorable à la multiplication de candida).

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Prise ou utilisation d'autres médicaments

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.