

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

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

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

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23- N° 0031561

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12274 Société : RAN
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 189514
Nom & Prénom : Choua
Date de naissance : 95/12/78
Adresse : 478, rue des Eucalyptes, Casablanca
Café, Benat ville route, Baobab
Tél : 0662774273 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : Complément
Nom et prénom du malade : Complément Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Stamp: MUPRAS 03 JAN. 2024 ACCUEIL L. BOUZACHANE

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 : Casa Le : 03/01/24
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

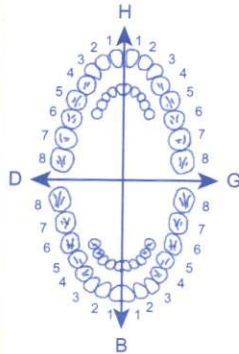
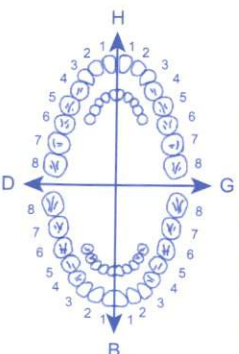
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Etat des remboursements médicaux BCSS
Fin novembre 2023

Date Paiement	Mle	Nom Per	Prenom Per	Num Dossier Soins	Raison Sociale Executant	Lib Specialite Defaut Executant	Mtt Depense	BCSS	CMCAS	Mtt Remb
17/10/2023	00079075	KETTANI	ISMAIL	922486	ORTHOPHONIE	Orthophonie	5 000,00	840,00	160,00	1 000,00
17/10/2023	00079075	KETTANI	ISMAIL	922485	ORL / OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	ORL OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	300,00	100,80	19,20	120,00
17/10/2023	00079075	KETTANI	MEHDI	922484	GASTROLOGIE - HEPATHO-BILIAIRE	GASTROLOGIE-HEPATHOBILAIRE	300,00	100,80	19,20	120,00
17/11/2023	00079075	KETTANI	ISMAIL	915836	PEDIATRIE	PEDIATRIE	350,00	100,80	19,20	120,00
17/11/2023	00079075	KETTANI	ISMAIL	915836	PHARMACIE	PHARMACIE	135,30	113,65	21,65	135,30

المكتب المشترك للضمان الاجتماعي

BUREAU COMMUN DE SECURITE SOCIALE

المكتب الوطني للكهرباء والماء الصالح للشرب "قطاع الكهرباء"

Office National de l'Electricité et de l'Eau Potable «Branche Electricité»

صندوق البريد 13498 - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.22.41.65 - 05.22.66.80.80

B.P. 13498 - CASABLANCA - Tél.: 05.22.22.41.65 - 05.22.66.80.80

ورقة العلاجات

رقم المرجع

N° de Référence

FEUILLE DE SOINS

N° 915836

متقاعد - في الخدمة المدنية - متدرب - مؤقت - إطار عالي Hors Classification - Temporaire - Stagiaire - Civiliste - Retraité		
الرقم التسلسلي Matricule	الإدارة Direction	القسم Division
79075	DFC	
الاسم العائلي Nom	الاسم الشخصي Prénom	
KETTANI	Toussif	
DEMANDER : l'accord préalable pour toute intervention chirurgicale, prothèse dentaire et soins spéciaux de longue durée اطلبوا : الموافقة المسبقة قبل إجراء أية عملية جراحية، أو تركيب جهاز إصطناعي للأسنان أو الشروع في أية علاجات خاصة طويلة المدى		

هوية المريض

IDENTITE DU MALADE

المنخرط Adhérent		
زوجة Conjoint	الاسم الشخصي Prénom	تاريخ الإزدياد Date de naissance
أبنائه Enfants	الاسم الشخصي Prénom	تاريخ الإزدياد Date de naissance
	Ismail	

في حالة الجرح

En cas de blessure

هل يتعلق الأمر بحادث تسبب فيه الغير؟

S'agit-il d'un accident occasionné par tiers ?

أشهد بشرفي على صحة المعلومات المبينة بهذا المطبوع

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés

المرجو إلحاق هذه الورقة بتصريح يوضح ظروف الحادث
وتوقيعه كذلك من طرف الشهود الإحتماليين

Prière de joindre au présent bulletin une déclaration relatant les
circonstances de l'accident et la faire contresigner par les éventuels
témoins.

توقيع المنخرط

Signature du mutualiste



honnorisca BC 88/ siège par b.d N° 17067/2023.
3211012023.

إطار خاص بالخدمات الطبية

Partie réservée aux actes médicaux

تاريخ إجراء الأعمال الطبية Date des actes médicaux	بيان الخدمات وفق قائمة الأعمال الطبية Désignation des actes suivant nomenclature	تسليم ورقة الكشف Délivrance d'une ordonnance	فحوص والتحليلات الموصوفة Examens et analyses prescrits	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع خاتم الطبيب Signature et cachet du médecin
19/11/2013		29/11/2013		3800	

الفحوص والتحليلات الموصوفة
Examens et analyses prescrits

تاريخ إجراء الأعمال الطبية Date des actes médicaux	نوعية الفحص أو التحليل Nature de l'examen ou de l'analyse	الضارب حسب قائمة الأعمال الطبية Coefficient suivant nomenclature	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع الطبيب وخاتم المؤسسة الصحية Signature du médecin et cachet de l'établissement

إطار خاص بالأعمال الطبية العادية

Partie réservée aux actes médicaux courants

التاريخ Date	الأعمال المزاولة Actes pratiqués	العدد Nombre	التمن P.U.	التمن الإجمالي Prix Total	الدواء المستعمل Médicaments utilisés	خاتم وتوقيع القائم بالأعمال Cachet signature du praticien

ENTENTE PRÉALABLE

الموافقة المسبقة

Pour - Hospitalisation
- Intervention chirurgicale
- Soins spéciaux

ل - الإستشفاء
- عملية جراحية
- العلاجات الخاصة

المبلغ Montant	نوعية العمل الطبي Nature de l'acte médical

إطار خاص بالصيدي أو النظاراتي
Partie réservée au Pharmacien ou à l'Opticien

فاتورة الصيدلي أو النظاراتي
Facturation du Pharmacien ou de l'Opticien

التعريف بالتفصيل Tarification détaillée	التمن الإجمالي Prix Total
Bonjour	219.50
Entretien	69.00
dolip 300	12.80
Beau monde	49.00
	135.30

رقم ترتيب الدواء الموصوف في تذكرة الطبيب
N° d'ordre de la prescription sur l'ordonnance

توقيع وخاتم الصيدلي أو النظاراتي
Signature et Cachet du Pharmacien ou de l'Opticien

أصفوا هنا قسائم وبطاقات الأثمنة
حسب ترتيب الدواء الموصوف

Coller ici les vignettes, ou les
étiquettes de prix dans l'ordre de la
prescription

في حالة عدم وجود القسائم يجب
صحب الأثمنة بالمطبوعات الخاصة
ببيانات الأدوية

A défaut des vignettes les
prospectus doivent être obligatoire-
ment joints aux étiquettes de prix.

المبلغ الإجمالي للمنتوجات
Montant brut des produits

المبلغ المؤدى فعلا
Somme effectivement perçue

تاريخ التذكرة الطبية
Date de l'ordonnance

تاريخ الفاتورة
Date de la facture

Enterogermina® 2 milliards/5 ml, suspension buvable Enterogermina® 2 milliards, gélule

spores de *Bacillus clausii* polyantibiorésistantes - voie orale

SANOFI

Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

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

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Adressez-vous à votre médecin ou votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou 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 après une courte période de traitement.

Que contient cette notice :

1. Qu'est-ce que Enterogermina et dans quels cas est-il utilisé
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Enterogermina
3. Comment prendre Enterogermina
4. Quels sont les effets indésirables éventuels
5. Comment conserver Enterogermina
6. Informations supplémentaires

1. QU'EST-CE QUE ENTEROGERMINA ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ

Enterogermina est un médicament composé d'une suspension de 4 souches (S/N, O/C, T, N/R) de spores de *Bacillus clausii*. Ces spores sont naturellement présentes dans l'intestin et ne peuvent pas déclencher de maladies (elles sont dépourvues de tout potentiel infectieux).

Enterogermina est utilisé dans :

- la prévention et le traitement des troubles intestinaux tels que diarrhée, douleurs abdominales et augmentation des gaz dans l'intestin, liés à l'altération de la flore microbienne intestinale (dysmicrobiome intestinal) et des carences en vitamines dans l'organisme consécutives au déséquilibre de la flore microbienne intestinale (dysbioses endogènes) ;
- le traitement d'appoint dans le rééquilibrage de la flore microbienne intestinale perturbée par une antibiothérapie ou une chimiothérapie ;
- le traitement des maladies gastro-intestinales aiguës et chroniques du nourrisson dues à une intoxication ou une altération de l'équilibre normal de la flore microbienne intestinale se manifestant par une diarrhée, des douleurs abdominales et une augmentation des gaz dans l'intestin (dysmicrobiome intestinal) ou à des carences en vitamines dans l'organisme (dysbioses endogènes).

Éducation sanitaire

La flore microbienne intestinale constitue une véritable barrière de défense contre les bactéries nuisibles. Son équilibre peut être perturbé par des infections intestinales, des intoxications, des troubles alimentaires, des modifications du régime alimentaire et l'utilisation d'antibiotiques. Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après une courte période de traitement.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE ENTEROGERMINA

Contre-indications :

Ne prenez jamais Enterogermina

- si vous êtes allergique aux spores de *Bacillus clausii* polyantibiorésistantes ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament (mentionnés dans la rubrique 6).

Précautions d'emploi : mises en garde spéciales :

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin avant de prendre Enterogermina :

- si votre médecin vous a indiqué que votre système immunitaire peut être affaibli (diminution des défenses naturelles de l'organisme) (voir rubrique 4).
- avant d'administrer Enterogermina au nourrisson prématuré.

Ce médicament est destiné exclusivement à l'administration orale. Il ne doit pas être injecté ni administré par une autre voie. Des cas de réactions

anaphylactiques graves, telles qu'un choc anaphylactique, ont été rapportés en lien avec une utilisation inappropriée de ce produit. En cas d'utilisation lors d'un traitement antibiotique, prendre Enterogermina entre deux prises d'antibiotiques successives.

Si en observant les flacons d'Enterogermina vous remarquez des corpuscules, c'est-à-dire de minuscules particules, cela ne signifie pas que le médicament est altéré, il s'agit uniquement d'aggrégats de spores de *Bacillus clausii*.

Autres médicaments et Enterogermina

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance.

L'utilisation simultanée d'Enterogermina et d'autres médicaments n'est pas susceptible d'entraîner l'apparition de troubles (interactions).

Grossesse, allaitement et fertilité

Grossesse et allaitement

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, parlez-en à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

Pendant la grossesse ou la période d'allaitement, ne prenez ce médicament qu'en cas de nécessité absolue et sous le contrôle de votre médecin.

Fertilité

Aucune donnée concernant l'effet d'Enterogermina sur la fertilité humaine n'est disponible.

Conduite de véhicules et utilisation de machines

Enterogermina n'a pas d'effet sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines.

3. COMMENT PRENDRE ENTEROGERMINA

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

Tenez Enterogermina à intervalles réguliers ou cours de la journée.

Les doses recommandées sont :

Flacons

Adultes : 2 à 3 flacons par jour.

Enfants et nourrissons : 1 à 2 flacons par jour.

Ce médicament est destiné exclusivement à l'administration orale. Ne pas injecter ni administrer par une autre voie (voir « Avertissements et précautions »).

Ayez l'air de l'usage. Pour ouvrir le flacon, tournez et retirez la partie supérieure.



Buvez le contenu tel quel ou diluez-le dans de l'eau ou d'autres boissons (par exemple lait, jus d'orange). Une fois ouvert, buvez le médicament sans attendre, afin d'éviter toute altération du produit.

Gélules

Adultes : 2 à 3 gélules par jour.

Enfants : 1 à 2 gélules par jour.

Avalez les gélules avec un peu d'eau ou une autre boisson. En cas de difficultés à avaler les gélules (en particulier chez les enfants en bas âge), utilisez la suspension buvable.

Attention : ne pas dépasser les doses prescrites sans l'avis du médecin. Utilisez Enterogermina uniquement pour des traitements de courte durée. Consultez votre médecin si les troubles réapparaissent ou si vous remarquez qu'un changement récent est intervenu dans la manifestation de ces troubles.

Si vous avez pris plus d'Enterogermina que vous n'auriez dû

En cas d'ingestion/prise accidentelle d'une dose excessive d'Enterogermina, prévenez immédiatement votre médecin ou rendez-vous à l'hôpital le plus proche.

Si vous oubliez de prendre Enterogermina

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oubliée de prendre.

La prise correcte et scrupuleuse du médicament favorise son efficacité.

BIOMYLASE®
Comprimés pelliculés ; Boîte de 24
Sirop ; Flacon de 125 ml
Alpha-amylase

- 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'informations 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.

IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

Composition qualitative et quantitative

Comprimé :	Pour 1 Cp enrobé
Alpha-amylase *Soit 2142,9 Unités Pharmacopée Européenne par Comprimé. Excipients	3000 U CEIP* q.s.p. 1 Cp

Sirop :	Pour 1 ml de sirop
Alpha-amylase *Soit 142,86 Unités Pharmacopée Européenne par ml de sirop. Excipients	200 U CEIP* q.s.p.

EXCIPIENT A EFFET NOTOIRE

Comprimé : Saccharose et Jaune orangé
Sirop : Saccharose, Glycérol, Parahydroxybenzoate de méthyle sodique (E219).

Classe pharmaco-thérapeutique

Ce médicament appartient à la classe des amylases.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament est indiqué dans les maladies suivantes :

COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Posologie

• **Comprimé :**

Adulte : 1 Comprimé, 3 fois par jour au cours des repas.

• **Sirop :**

Adulte : 1 cuillère à soupe (15 ml), 3 fois par jour.

Enfant de plus de 3 ans (plus de 15 kg) : 2 cuillères à soupe (10 ml), 3 fois par jour.

Nourrisson et enfant de 6 mois à 3 ans (7 à 15 kg) : 1 cuillère à café (5 ml), 3 fois par jour.

Mode et voie d'administration

Voie orale.

Avaler les comprimés, sans les croquer, avec un verre d'eau.

Durée du traitement

Pour les comprimés : Ne prolongez pas le traitement sans avis médical.

En l'absence d'amélioration comme en cas de diabète, ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ne prenez jamais BIOMYLASE :

• En cas d'antécédents d'allergie à l'alpha-amylase ou au saccharose.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE CONSULTER VOTRE PHARMACIEN.

EFFETS NON SOUHAITÉS ET GENANTS

Comme tous les médicaments, BIOMYLASE peut provoquer des effets indésirables.

surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

بيوميلاز

200 U CEIP/ml

P P P P P P P P

P P P P P P P P

zoate

(le

DE

ils ne



DOLIPRANE®

100 mg suppositoires sécables (de 3 à 8 kg)
150 mg suppositoires (de 8 à 12 kg)
200 mg suppositoires (de 12 à 16 kg)
300 mg suppositoires (de 15 à 24 kg)

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

	Pour un suppositoire
Doliprane 100mg : paracétamol	100 mg
Doliprane 150mg : paracétamol	150 mg
Doliprane 200mg : paracétamol	200 mg
Doliprane 300mg : paracétamol	300 mg

Excipients : glycérides hémi-synthétiques solides

FORME PHARMACEUTIQUE

Doliprane 100 mg suppositoires sécables	Boîte de 10 suppositoires
Doliprane 150 mg suppositoires	Boîte de 10 suppositoires
Doliprane 200 mg suppositoires	Boîte de 10 suppositoires
Doliprane 300 mg suppositoires	Boîte de 10 suppositoires

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE - ANTIPYRETIQUE

(N : Système nerveux central)

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est indiqué en cas de douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures.

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Allergie connue au paracétamol
- Maladie grave du foie
- Inflammation récente anale ou rectale ou saignement récent du rectum
- En cas de doute, il est indiqué de ne pas utiliser ce médicament.

MISES EN GARDE SPECIALES

Ce médicament contient du paracétamol. Ne pas dépasser la dose quotidienne.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Si la douleur persiste plus de 3 jours ou si de tout autre signe, ne pas continuer le traitement. En cas de doute ne pas hésiter à consulter un médecin.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Signaler la prise de Doliprane à votre médecin, notamment en cas de traitement par la glycémie.

