

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR FAIRE LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Éducation :

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.

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° P19- 0011206

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (1)

Matricule : 2389

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENSALEM

Société : EDOS4 SEP. 2019

Date de naissance : 18/02/50

Adresse : 7, Rue D'acquasaine

Total des frais engagés : 613,70 Dhs

Téléphone : 0662472089

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 : CASA

Le : 30/08/19

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RECOMMANDATIONS GENERALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

- ① Il est indispensable d'établir une déclaration par personne et par maladie.
 - ② Il est vivement recommandé à l'adhérent de garder une photocopie de ses dossiers maladie avant leur envoi à la Compagnie pour remboursement.
 - ③ La déclaration maladie doit être entièrement et correctement remplie et doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives des frais engagés :
 - l'ordonnance médicale,
 - les prospectus & vignettes ou PPM des médicaments,
 - les ordonnances prescrivant les examens radiologiques et/ou biologiques ainsi que leurs résultats,
 - en cas d'hospitalisation, la facture clinique détaillée mentionnant la nature et éventuellement la cotation des actes pratiqués accompagnée des notes d'honoraires, du détail de la pharmacie, des factures annexes ...etc.
 - en cas de soins ou de prothèse dentaires, le relevé détaillé des actes pratiqués, leur coefficient ainsi que les numéros et positions des dents traitées.
 - en cas de dossier de lunettes, l'ordonnance prescrivant les lunettes précisant le degré de dioptrie et la facture de l'opticien renseignée par les numéros de nomenclature des verres.
 - ④ En cas de demande de prise en charge, faire accompagner le devis d'hospitalisation d'un pli confidentiel justifiant ladite hospitalisation et détaillant les soins et traitement envisagés ainsi que de tout examen de diagnostic.
 - ⑤ Sont soumis à l'accord préalable de la Compagnie : la prothèse dentaire, les extractions multiples de plus de 8 dents, les soins spéciaux (laser ...etc.) et les soins en série (injections, rééducation ...etc.).
 - ⑥ Lorsque la personne malade bénéficie d'un autre régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à la Compagnie l'original du décompte de remboursement délivré par l'organisme assureur de base et la photocopie du dossier.
 - ⑦ A chaque changement de situation (mariage, divorce, veuvage, naissance), l'adhérent devra communiquer à la Compagnie le document justifiant ce changement.
 - ⑧ Les enfants âgés de plus de 20 ans restent couverts jusqu'à l'âge de 25 ans sur présentation chaque année d'un certificat de scolarité.
 - ⑨ Le délai de dépôt de toute demande de remboursement (déclaration maladie, complément ou acte de naissance ...etc.) est de 3 mois à compter de la date de la 1ère consultation, du règlement de l'Assureur de base ou de la date de naissance. Si les soins durent plus de trois mois, l'assuré est invité à présenter des factures partielles.
 - ⑩ En cas de non présentation à une contre visite demandée par la Compagnie, l'assuré risque de voir tous ses dossiers bloqués jusqu'à ce qu'il apporte des explications pour cette absence.
 - ⑪ Toute fausse déclaration (production de renseignements ou de documents intentionnellement faux, usurpation d'identité, facturation de frais non déboursés ...etc.) est passible de sanctions prévues par la loi 17-99 portant code des assurances (radiation du droit à prestations).
 - ⑫ Toute réclamation, toute demande de complément d'information doivent être transmises à la Compagnie dans un délai de deux mois.
 - ⑬ Les pièces justificatives des frais engagés transmis à la Compagnie sont la propriété de la Compagnie.
- Conformément à la loi 09-08, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition au traitement de vos données personnelles. Ce traitement a été autorisé par la CNDP sous le n° A-A-101/2014

réf : 14 / 0102 / V0506



شركة التامين و إعادة التامين أطلانتا
Compagnie d'Assurances et de Réassurance ATLANTA
Entreprise régie par la loi 17-99 portant code des assurances

FEUILLE DE SOINS

A REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

Cachet de la contractante

NCRM
20, Rue Théophile Gauthier
Casablanca 20.000
Tel: 0522 28 03 39 - Fax: 0522 20 24 04

N° de police : 1866

N° d'adhérent : 90

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) : JAWAD ZERKA

Prénom du patient (e) : elle même

Lien de parenté du patient (e) avec l'adhérent : elle-même

Montant des frais exposés (en DH) : 613,70

A : Casa, le 31/05/13 Signature de l'adhérent (e) : JZ

CADRE RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE

N° de sinistre

Appréciation du médecin conseil

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du patient (e) : Jeanne GAGNON

Age du patient (e) : Date des soins :

Nature de la maladie^(*) : Urine Calcanéen

S'il s'agit d'un accident ou d'un traumatisme, causes et circonstances :

(¹) : Au cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, veuillez communiquer les renseignements sous pli confidentiel séparé, à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

PRATICIEN	DATE	NATURE DES ACTES	COTATION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDECINS TRAITANTS	21/5/18	Urg + les Necessaire		300 200	<i>Aloua</i>
PHARMACIE	30/5			PHARMACIE Mme LEBEL SPECIALISTE 29, Rue Hassan Souktani Tél: 0622 27 17 67 - Casablanca	<i>Aloua</i>
ANALYSES / RADIOGRAPHIES	30/5				<i>Aloua</i>
AUXILIAIRES MEDICAUX					
OPTICIEN					

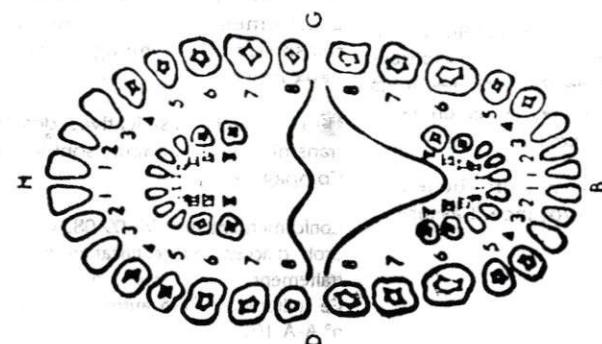
FEUILLE DENTAIRE

(Précisez impérativement s'il s'agit d'un devis ou d'une facture)

EXÉCUTION

Traitemen t Commencé le : Terminé le :

1



DH : SCOUT GLOBAL DES SOINS

col

DH

DE

Avis du médecin conseil de la Compagnie

Cachet et signature du praticien

rien

N° règlement 2019510988

DECOMpte DES PRESTATIONS MALADIE



N° chèque

Contrat N° : 004.2018.00000066-00

Ste Contractante : SOCIETE NCRM

Soin du : 31/05/2019

Adhésion N° : 00000090

Adhérent(e) : JAWAD ZOHRA

Sinistre N° : 040.2019.10003103

Malade : Lui même

Déclaré le : 01/07/2019

Date décision : 19/06/2019

Reçu le : 12/06/2019

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
ACTES DE CHIRURGIE OU DE SPECIALITE	200.00	200.00	0.00	85.00	0.00
(*) Pharmacie	113.70	0.00	113.70	85.00	96.64
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	85.00	255.00
Totaux	613.70	200.00	413.70		351.64
Dossier N° :		Règlement Compagnie (Dhs)			351.64

Observation(s) :

(*) nécessaire nr

Signature Adhérent(e)

Professeur David COHEN

Ancien Professeur à la Faculté de médecine de Casablanca
Spécialiste en Traumatologie - Orthopédie
Chirurgie arthroscopique
Chirurgie de la main et micro-chirurgie
Chirurgie du rachis
Médecine et chirurgie du sport

البروفيسور ديفيد كوهن

أستاذ سابق بكلية الطب
بالدار البيضاء
إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل
الجراحة المتخصصة للمفصل
جراحة اليد
جراحة العمود الفقري
الجراحة و الطب الرياضي

Casablanca le 31/5/2019

NOTES D'HONORAIRES

Mme JAWAD Zohra

Reçu la somme de 500 DH pour la réalisation d'une ponction infiltration d'épine calcanéenne à gauche

Pr COHEN K10X 300

Nécessaire :

Gants stériles, Xylocaine ; compresses stériles, seringues

200

Total 500Dh

D. COHEN
CHIRURGIE STÉOARTICULAIRE
ARTHROSCOPIQUE
Rue Najib Mahfoud Gauthier
Tél. 05 22 26 82 00 - 05 22 48 36 42 - 05 22 22 43 78
Fax : 05 22 26 82 00 - e-mail : davidcohencas@hotmail.fr

Professeur David COHEN

Ancien Professeur à la Faculté de médecine de Casablanca
 Spécialiste en Traumatologie - Orthopédie
 Chirurgie arthroscopique
 Chirurgie de la main et micro-chirurgie
 Chirurgie du rachis
 Médecine et chirurgie du sport

البروفيسور ديفيد كوهن

أستاذ سابق بكلية الطب

بالدار البيضاء

يختصسي في جراحة العظام والمفاصيل

الجراحة المنفصلة للمفصل

جراحة اليد

جراحة العمود الفقري

الجراحة و الطب الرياضي

Le 31/05/18

دكتور ديفيد كوهن

30

①

FEAALGIC ou HYALGIC



52/2

②

RELAXOL

Acop. le four x 21 j

M3A



IMPRIMEPEL

رولاكسول® 500 ملخ/2 ملخ

باراسيتامول/ثيوكلوكسيكروزيد

Composition : Paracetamol 500 mg
Thioclothiazide 2 mg
Pour un comprimé.

500 ملخ
2 ملخ



Titulaire de l'AMM : Sanofiaventis Maroc
Route de Rabat R.P.1 BP2611 - Ain Sebaa 20250
Fabricant : Maphar
km 10, route côtière 111, Quartier industriel
Zenata - Ain Sebaa 20250 Casablanca - Maroc

07/18

Z2004020-01

Relexol 500mg/2mg

الدواء



MYANTALGIC® (Tramadol-Paracétamol)

FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRÉSENTATIONS

- Comprimés pelliculés, boîte de 20
- Comprimés effervescents, boîte de 20

COMPOSITION

Comprimé pelliculé

Tramadol chlorhydrate	37,50 mg
Paracétamol	325,00 mg
Excipient q.s.p.	1 comprimé pelliculé
Comprimé effervescent	
Tramadol chlorhydrate	37,50 mg
Paracétamol	325,00 mg
Excipient q.s.p.	1 comprimé effervescent

CLASSE PHARMACOTHÉRAPETIQUE

Antalgique de niveau II.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Douleurs modérées à intenses lorsque les antalgiques plus faibles ne sont pas suffisants.

Il est réservé à l'adulte et l'adolescent à partir de 12 ans.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT

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

- Hypersensibilité connue au tramadol, au paracétamol ou à l'un des excipients.
- Intoxication aiguë ou surdosage avec des produits dépresseurs du système nerveux central (alcool, hypnotiques, autres analgésiques centraux, opioïdes, psychotropes).
- Traitement simultané ou récent (arrêt de moins de 15 jours) par les IMAO.
- Insuffisance hépatocellulaire sévère.
- Insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 10 ml/mn).
- Insuffisance respiratoire sévère.
- Epilepsie non contrôlée par un traitement adapté.
- Grossesse et allaitement

EN CAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPÉCIALES ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

- Ne pas dépasser la dose recommandée et ne pas utiliser d'autres médicaments contenant du paracétamol ou tramadol sans avis médical.
- Les patients ayant des antécédents d'épilepsie ou ceux qui sont susceptibles de présenter des convulsions ne devront être traités par l'association tramadol/paracétamol qu'en cas de nécessité absolue (risque de convulsion).
- Utiliser avec prudence chez les patients susceptibles de présenter une dépression respiratoire.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

- IMAO
- Carbamazépine
- Agonistes morphiniques (buprénorphine, nalbuphine, pentazocine)
- Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine
- Autres dérivés morphiniques
- Benzodiazépines
- Barbituriques
- La prise d'alcool est fortement déconseillée pendant le traitement

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MÉDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

En raison de la présence de tramadol, ce médicament ne doit pas être utilisé pendant la grossesse

MYANTALGIC®

(Tramadol-Paracétamol)

FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRÉSENTATIONS

- Comprimés pelliculés, boîte de 20
- Comprimés effervescents, boîte de 20

COMPOSITION

Comprimé pelliculé

Tramadol chlorhydrate	37,50 mg
Paracétamol	325,00 mg
Excipient q.s.p.	1 comprimé pelliculé
Comprimé effervescent	
Tramadol chlorhydrate	37,50 mg
Paracétamol	325,00 mg
Excipient q.s.p.	1 comprimé effervescent

CLASSE PHARMACOTHÉRAPETIQUE

Antalgique de niveau II.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Douleurs modérées à intenses lorsque les antalgiques plus faibles ne sont pas suffisants.

Il est réservé à l'adulte et l'adolescent à partir de 12 ans.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT

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

- Hypersensibilité connue au tramadol, au paracétamol ou à l'un des excipients.
- Intoxication aiguë ou surdosage avec des produits dépresseurs du système nerveux central (alcool, hypnotiques, autres analgésiques centraux, opioïdes, psychotropes)
- Traitement simultané ou récent (arrêt de moins de 15 jours) par les IMAO.
- Insuffisance hépatocellulaire sévère.
- Insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 10 ml/mn).
- Insuffisance respiratoire sévère.
- Epilepsie non contrôlée par un traitement adapté.
- Grossesse et allaitement

EN CAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPÉCIALES ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

- Ne pas dépasser la dose recommandée et ne pas utiliser d'autres médicaments contenant du paracétamol ou tramadol sans avis médical.
- Les patients ayant des antécédents d'épilepsie ou ceux qui sont susceptibles de présenter des convulsions ne devront être traités par l'association tramadol/paracétamol qu'en cas de nécessité absolue (risque de convulsion).
- Utiliser avec prudence chez les patients susceptibles de présenter une dépression respiratoire.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

- IMAO
- Carbamazépine
- Agonistes morphiniques (buprénorphine, nalbuphine, pentazocine)
- Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine
- Autres dérivés morphiniques
- Benzodiazépines
- Barbituriques
- La prise d'alcool est fortement déconseillée pendant le traitement

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MÉDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

En raison de la présence de tramadol, ce médicament ne doit pas être utilisé pendant la grossesse

1 seringue
pré-remplie de 1 ml

Diprostène®

suspension injectable en seringue pré-remplie

Diprostène® suspension injectable
en seringue pré-remplie

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
LISTE 1 - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Diprostène®
suspension injectable en seringue pré-remplie
Lire la notice avant utilisation.
TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTEE
DES ENFANTS

Lot : U11601
EXP : 11/2020

B.P. 136 Bouskoura
DIPROSTENE + GROSSESSE
61180015 0137
DIPROSTENE 50 mg/ml
P.V.V. : 06/08/2019
AMM : 25/02/2019
Diprostène® Maroc



NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

U358176-1

Diprostène®

Suspension injectable en seringue pré-remplie
Bétaméthasone

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

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la 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 leur maladie sont identiques aux vôtre.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

- QU'EST-CE QUE DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ET QUELS CAS EST-IL UTILISE ?
- QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER DIPROSTENE suspension injectable en seringue pré-remplie ?
- COMMENT UTILISER DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?
- QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES EVENTUELS ?
- COMMENT CONSERVER DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?
- CONTENU DE L'EMBALLAGE ET AUTRES INFORMATIONS.
- QU'EST-CE QUE DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ET QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

Classe pharmacothérapeutique : corticoïdes à usage systémique non associés, code ATC : H03. Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué en cas de rhinite allergique.

Il peut être utilisé en injection locale en dermatologie, en rhumatologie et en ORL.

- QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER DIPROSTENE suspension injectable en seringue pré-remplie ?

USAGE PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE

N'utilisez jamais DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie dans les suivants :

- chez les prématurés et nouveau-nés à terme, en raison de la présence d'alcool benzylique,
- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona),
- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,
- allergie à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6,
- troubles de la coagulation, traitement anticoagulant en cours.

Ce médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS ÊTRE UTILISÉ, sauf avis contraire de votre médecin ou pharmacien, en association avec des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque (voir « Autres médicaments et DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie »).

USAGE LOCAL

N'utilisez jamais DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie dans les suivants :

- infections,
 - allergie à l'un des constituants,
 - troubles de la coagulation, traitement anticoagulant en cours,
 - chez les prématurés et nouveau-nés à terme, en raison de la présence d'alcool benzylique.
- EN CAS DE DOUCEUR, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU VOTRE PHARMACIEN.

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant d'utiliser DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie.

Contactez votre médecin en cas de vision floue ou d'autres troubles visuels.

Mises en garde

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

USAGE PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE

AVANT LE TRAITEMENT

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'ulcère digestif, de maladies d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment antécédents de tuberculose), d'insuffisance hépatique, d'insuffisance rénale, d'ostéoporose et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire). Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicales, subtropicales ou de l'Europe, en raison du risque de maladie parasitaire.

PENDANT ET APRÈS LE TRAITEMENT

Eviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou de rougeole.

Prévenir votre médecin si des douleurs ou de la fièvre apparaissent après l'injection.