

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.

Pathologie 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.

Physiothérapie :

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.

Prothèse :

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° P19- 0025642

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3523 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENNIS FARIDA

Date de naissance :

Adresse : Rés. Raoud EL Azhar Rue Ibnou Hazem
Apt. B.102 Maarif Extension

Tél. : Total des frais engagés : 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 : Casablanca Le : 02 / 10 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :



Renseignements concernant le patient

Nom du patient : K. ABBAJ Prénom(s) du patient : Hed HILAL
 Date de naissance : _____ Lien de parenté avec l'assuré(e) : _____
 Nature de la maladie : _____
 S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : _____
 Fait à : Casablanca le 05/09/2019

Détail des soins (à remplir par le Médecin)

Date des actes médicaux	Nombre d'actes	Nature et coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du médecin attestant le paiement des actes
05/09/19				
	N° ICE		N° INP	
05/09/19			25000	
	N° ICE		N° INP	

Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
05/09/2019	67,30	
	N° ICE	N° INP
	N° ICE	N° INP
	N° ICE	N° INP

PHARMACIE BELKHAYAT
 Rte. d'Azemmour Soualem
 Douar Lbrahma Traifia
 Gsm : 06 69 25 05 44
 Tél : 05 22 97 97 78

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue
05/09/19	208	20000	
	N° ICE		N° INP
	N° ICE		N° INP
	N° ICE		N° INP

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Devis ☐ Nombre de séances : _____ Établi le : _____
 Facture ☐ Nombre de séances : _____ Établi le : _____

Date des soins	Nombre				Montant des honoraires	Signature et cachet du praticien N° d'autorisation d'exercer au Maroc
	AM	PC	IM	IV		
07/09/19					390,00	
	N° ICE					N° INP
	N° ICE					N° INP
	N° ICE					N° INP

MAJESTÉ ROYALE
 République de Maroc
 Ministère de la Santé
 Direction Générale de l'Assurance Maladie
 60, Boulevard Hassan II - Casablanca
 TEL: 03 27 54 71 41 / 03 27 54 71 42

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

Médecin conseil	Fiche dossier
-----------------	---------------

840,00
 12,00
 250
 100



À remplir par la société contractante

Numéro de police / catégorie
 Numéro du bordereau
 Numéro du sinistre
 Matricule de l'assuré 23017
 Numéro d'affiliation à AXA Assurance Maroc

Cachet de l'entreprise

À remplir par l'assuré

Nom : KABBAJ Prénom : Ned Hilal
 N° de C.I.N : G 5139 Date de naissance : 35 janvier 1944
 Montant des frais exposés : 907,20 DH

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 09/09/2019

Signature de l'assuré(e)

Données personnelles

Les données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés.

La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales.

Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré/souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir lesdites informations.

L'assureur garantit notamment 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. Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.

L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent.

Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du Service gestion des réclamations AXA Assurance Maroc par courrier à l'adresse : 120-122 Avenue Hassan II - 20 000 Casablanca.

De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.

«conformément à la loi 09-08, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux traitements de vos données personnelles. Ce traitement a été autorisé par la CNDP sous le N° : A-A-343/2013».

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

Cachet de la cellule « bordereaux »

Cachet de la cellule « traitement »

- Les noms et prénoms de la personne malade doivent être portés obligatoirement par les praticiens eux-mêmes sur chaque pièce transmise.
- Le dossier « Maladie » doit être transmis dans les délais contractuels de votre contrat.

- Les ordonnances pour traitements spéciaux doivent préciser la nature du traitement ainsi que le coefficient y correspondant et le détail des honoraires.

- Les factures de pharmacie et les notes de frais d'analyses ou de traitements spéciaux doivent toujours être accompagnées des ordonnances du médecin traitant ainsi que des photocopies des résultats (des analyses et des examens radiologiques).

- Les prospectus et les PPV (Prix Public de Vente) relatifs aux médicaments doivent être joints aux ordonnances tout en veillant à contrôler les dates de péremption.

- Pour proroger la garantie aux enfants âgés de plus de 21 ans, l'adhérent doit produire annuellement un certificat de scolarité correspondant à l'année d'assurance considérée.

- Si le conjoint de l'adhérent ne bénéficie d'aucun régime de prévoyance, merci de le préciser sur le bulletin d'adhésion et joindre les pièces justificatives. Si cela intervient en cours de contrat, vous devez nous communiquer toutes les pièces justificatives nécessaires.

- Interventions chirurgicales : Nous fournir une facture détaillée de la clinique ou de l'hôpital précisant :

- des actes « K » correspondant à l'intervention.
- La ventilation des frais annexes (anesthésie, bloc opératoire etc...)
- Le nombre de jours d'hospitalisation et le compte rendu.
- Le détail des fournitures pharmaceutiques.

- Maternité : Le versement de l'indemnité forfaitaire s'effectue sur présentation d'un extrait d'acte de naissance du/des nouveau(x) né(s).

- Accident ou traumatisme : (autre que l'accident de travail) : merci de préciser les causes et circonstances en mentionnant la date, l'heure et le lieu.

- Optique : La déclaration doit comporter la prescription médicale, la facture de l'opticien précisant les références des verres achetés.

- Confidentialité : Si la maladie revêt un caractère confidentiel, merci d'en faire préciser la nature sous pli confidentiel cacheté à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

- Cas de grossesse : Vous devez nous le déclarer dès son diagnostic.

- Pour les traitements médicaux à longue durée, la prise en charge est limitée à 3 mois.

- Réclamations : Toute réclamation doit nous être formulée au plus tard dans un délai d'un (1) mois à compter de la date du dépôt du dossier maladie.

2X

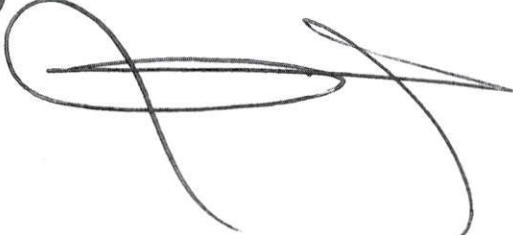
N° : 1440270
 Nom de l'assuré : KABBAJ
 Bénéficiaire : N. Neme
 Frais exposés : 907,20 DH
 N° du sinistre :

Matricule : 23017
 Lien de parenté : C. Assuré
 Date du dépôt du dossier : 10/09/19
 Numéro d'ordre :
 Numéro du bordereau :
 Date des soins : / /

Dr. Abderrahim SERRHINI
Diplômé de la faculté de Médecine Amiens(France)
Chirurgien Spécialiste
Orthopédie – Traumatologie
Chirurgie de la main – Microchirurgie
Ex. chirurgien assistant des hôpitaux de France
Ex. membre « S.O.S main Picardie » France

COMPTE RENDU RADIOLOGIQUE

IDENTITE : KASSAB J. W. 10202
EXAMEN : main gauche 5-6
DATE : 05 09 19.
RESULTAT : Rhizarthrose stade 2





Locamed

Santé & Confort

MATÉRIEL MÉDICAL

CE : 001526686000016

FACTURE N° : UF9092551

ICE CLIENT :

INP CLIENT :

Casablanca Le, 07/09/19

MR HILAL KABBAJ

DEPOT GHANDI

Agent commercial : NADIA

Mode de règlement : CB/N°7556

Code Article	Code TVA	Désignation	Qté	P.U.TTC	Remise	P.U.net. TTC	Montant TTC
51G2	2	POUCE FIX GAUCHE T2	1,00	390,00	0%	390,00	390,00

LOCAMED SERVICE
MATÉRIEL MÉDICAL
Vente en Magasin (CI)
Non valide pour toute autre transaction
60, BOULEVARD GHANDI - CASABLANCA
TEL : 05 22 94 20 40 / FAX : 05 22 94 20 40

Code	Base	Taux	Montant
2	325,00	20%	65,00
Total	325,00		65,00

Total HT 325,00
Total TVA 65,00
Total TTC 390,00

Arrêtée la présente facture à la somme de 325,00 TTC @locamed.ma - www.locamed.ma
Trois cent quatre-vingt-dix Dirhams

SAP N° : 17.000.000 DHS - C.N.S.S : 2445642 - R.C. : 30269 - Patente : 25103476 - I.F. : 3315150
Siège Social : 11, rue Mamounia (ex CTM) - Rabat Siège Administratif : Angle Av. Med VI et Av. El Haouz - Rabat - Maroc
Tél. : 05 37 63 08 07 / 05 37 63 26 00 - Fax : 05 37 63 00 86 - ICE : 001526686000016 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

ABLANCA

Im : 7, rue Lahcen Arjoun (face hôpital 20 Août), quartier des Hôpitaux.
Tél : 05 22 86 39 89 / 05 22 86 16 83 / 05 22 86 37 17
Im : 60, Boulevard Ghandi, quartier Essalam Tél : 05 22 94 20 43 / 05 22 86 22 22
Im : 627, rue Goulmima Casa-Anfa (à proximité hôpital My Youssef) Tél : 05 22 20 20 98 / 05 22 20 21 04
Tél : 05 22 47 63 70 / 05 22 47 48 30

RABAT

Zaers : Angle Av. Mohamed VI et Av. El Haouz. Tél : 05 37 63 27 28 / 05 37 63 26 05
Mamounia : 11, rue Mamounia, (ex CTM) centre ville. Tél : 05 37 70 40 40 / 05 37 70 00 77
MARRAKECH Avenue, Yaacoub el Mansour N° 2 Résidence Ahlam Guéiz (près de centre Américain) Tél : 05 24 43 15 00 / 05 24 43 14 30
TANGER 6, résidence Saghina 2, Av. Sidi Mohamed Ben Abdellah Quartier Iberia. Tanger Tél : 05 39 33 55 40 / 05 39 37 23 67
FÈS Angle Av. des FAR et rue Ahmed Chbibi (en face de central banque chaabi) Tél : 05 35 62 51 62 / 05 35 62 51 61
KÉNITRA Angle Avenue Ahmed Diori et Avenue Moulay Abderrahmane Tél : 05 37 36 74 28 / 05 37 37 74 75



Quittance de remboursement Maladie-Maternité

Société : SAHAM ASSURANCE
Contrat n° : 010 040036/07
N° d'affiliation : 023017
Matricule société : 000000
Assuré : KABBAJ MOHAMMED HILAL
Bénéficiaire : KABBAJ MOHAMMED HILAL

N° de sinistre : 19392412
N° dossier :
Date de survenance : 5/09/2019
Date de traitement : 18/09/2019
Date de remboursement : 21/09/2019
Médecin : SERGHINI

Nature des prestations	Dépense réelles en dh	Base de remboursement	Cot. (nbre.)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
CONSULT* SPECIALISTE	250,00	250,00	000	30,00	0,00	200,00
R RADIOLOGIE R-Z	200,00	200,00	000	30,00	0,00	160,00
MEDICAMENTS	67,30	67,30	000	30,00	0,00	53,84
OSTHEOSYNTHESE	325,00	325,00	000	30,00	0,00	260,00
TAXES	65,00	65,00	000	0,00	0,00	0,00
Total	907,30	907,30			0,00	673,84
Observations : NR7 TVA						
Informations :						

KETUM® 2,5%Kétoprofène
Gel. Tube de 30 et 60gLOT: 939
PER: MAR 2022
PPV: 52 DH 80**Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.***Elle contient des informations importantes sur votre traitement. Si vous avez d'autres questions, 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, car cela pourrait lui être nocif. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.***IDENTIFICATION DU MEDICAMENT**

Composition 2,5 g
 Kétoprofène 100 g
 Excipients q.s.p.
 (carbomères, éthanol, huile essentielle de lavandin, diéthanolamine, eau purifiée).

Forme et présentation

Tube de 30 g et de 60g

Classe pharmaco-thérapeutique

Anti-inflammatoire non stéroïdien en topique (M : Muscle et Squelette)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : le kétoprofène. Il est indiqué, chez l'adulte (plus de 15 ans), et de courte durée :

- des poussées d'arthrose des petites articulations,
- des tendinites,
- des traumatismes de type entorse bénigne (foulure), contusion,
- des lombalgies,
- des réactions inflammatoires des veines consécutives à une sclérose de varices.

ATTENTION!**DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- à partir du 6^{me} mois de la grossesse,
- antécédent d'asthme à ce médicament ou à un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine,
- antécédent d'allergie cutanée au kétoprofène ou à l'acide tiaprofénique, au fénofibrate (médicament destiné à baisser le taux de cholestérol), à un produit solaire ou au parfum,
- antécédent d'allergie à l'un des excipients,
- sur peau lésée, quelle que soit la lésion: lésions suintantes, eczéma, lésion infectée, brûlure ou plaie.
- Arrêtez immédiatement le traitement par KETUM 2,5% gel, si vous développez une réaction cutanée après la co-application de produits contenant de l'octocrylène (l'octocrylène est un excipient contenu dans plusieurs produits de cosmétique et d'hygiène tels que les shampoings, après-rasages, gels douche, crèmes, rouges à lèvres, crèmes anti-âge, démaquillants, laques pour cheveux) afin d'éviter sa photodégradation.

Pendant le traitement et les deux semaines suivant l'arrêt, ne pas s'exposer au soleil (même voilé), ni aux UVA.**Mises en garde spéciales**

Ce médicament est réservé à l'adulte (plus de 15 ans), en l'absence de données chez l'enfant.

L'exposition au soleil (même voilé) ou aux UVA des zones en contact avec le gel peut provoquer des réactions cutanées plus ou moins sévères dites de photosensibilisation.

Aussi, il est nécessaire :

1. de protéger les zones traitées par le port d'un vêtement durant toute la durée du traitement et les deux semaines suivant son arrêt.
2. de procéder à un lavage soigneux et prolongé des mains après chaque utilisation du gel afin d'éviter tout contact involontaire avec des zones susceptibles d'être exposées au soleil.

En cas d'apparition d'une réaction anormale de la peau pendant le traitement : **arrêter immédiatement le traitement et avertir votre médecin.****Respecter les conseils d'utilisation :**

- ne jamais appliquer une dose supérieure à celle qui est recommandée (Cf. rubrique Posologie), ne pas appliquer sur une surface étendue du corps, respecter la fréquence et la durée de traitement préconisées par votre médecin.

Précautions d'emploi

F20900404

ANDOL® 1000 mg

Comprimés Effervescents

Paracétamol

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.

FORME PHARMACEUTIQUE :

Ce médicament se présente sous forme de comprimés effervescents en tube, boîte de 8.

Composition :

La substance active : Chaque comprimé effervescent contient 1000 mg de Paracétamol.

Les autres composants : q.s.p 1 comprimé effervescent.
Excipients : Acide citrique, anhydride, bicarbonate de sodium, Sorbitol, carbonate de sodium anhydre, Povidone K29-32, Macrogol 6000, Arôme orange, Arôme abricot, Saccharine sodique, aspartame, beta-carotène 1%, stéarate de magnésium.

Excipients à effet notoire : Sodium, Sorbitol, Aspartame.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Ce médicament est un antalgique, antipyrétique.

Indications :

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant dont le poids est supérieur à 50 kg (à partir d'environ 15 ans) (cf. Posologie).

Pour les enfants ayant un poids différent, il existe d'autres présentations de paracétamol. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne sentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 3 jours, en cas de fièvre ou 5 jours en cas de douleur.

CONTRE-INDICATIONS :

Ne prenez jamais ANDOL 1000 mg, comprimé effervescent dans les cas suivants :

- allergie (hypersensibilité) connue au paracétamol ou aux autres constituants du comprimé,
- maladie grave du foie,
- enfant de moins de 15 ans,
- en cas de phénylcétonurie (maladie héréditaire dépistée à la naissance), en raison de la présence d'aspartame.

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

MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Faites attention avec ANDOL 1000 mg, comprimé effervescent :

Mises en garde spéciales

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. Posologie).

Précautions particulières

- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours,

ou en cas d'effets

signes, ne pas con

Avant de débuter

ne prenez pas d'

En cas de malade

il est nécessaire c

paracétamol

Prévenez votre

contenant du par

En cas de p

déshydratation. A

être utilisé avec p

Ce médicament

les patients contr

Si votre médecin vous a informé

tolérance à certains

sucres, contactez le avant de prendre ce médicament.

Ce médicament contient du sorbitol. Son utilisation est

déconseillée chez les patients présentant une intolérance au

fructose (maladie héréditaire rare).

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE

VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTION MEDICAMENTEUSE ET AUTRES FORMES

D'INTERACTIONS :

Autres médicaments et ANDOL 1000 mg, comprimé effervescent.

Informez votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez, avez

récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament.

Signalez que vous prenez ce médicament si votre médecin vous

prescrit un dosage du taux d'acide urique ou du sucre dans le sang.

Interactions avec les aliments et les boissons

Sans objet.

Interactions avec les produits de phytothérapie ou

thérapies alternatives

Sans objet.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

Le paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut

être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'au cours de

l'allaitement.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant

de prendre tout médicament.

Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser

des machines :

Sans objet.

COMMENT PRENDRE ANDOL 1000 MG COMPRIMÉS

EFFERVESCENTS :

Posologie, Mode et/ou voie(s) d'administration, Fréquence

d'administration et Durée du traitement :

Attention : cette présentation contient 1000 mg de paracétamol

par unité : ne pas prendre 2 comprimés à la fois.

Posologie

En raison de son dosage, ce médicament est réservé à l'adulte et

à l'enfant dont le poids est supérieur à 50 kg (à partir d'environ

15 ans).

La posologie usuelle est d'un comprimé de 1 g par prise, à

renouveler en cas de besoin au bout de 4 heures minimum.

Il n'est généralement pas nécessaire de dépasser 3000 mg de

paracétamol par jour, soit 3 comprimés par jour.

Cependant, en cas de douleurs plus intenses, et sur avis de votre

médecin et de votre pharmacien, la dose totale peut être

augmentée jusqu'à 4000 mg de paracétamol par jour, soit 4

comprimés par jour.

Cependant :

- les doses supérieures à 3000 mg de paracétamol par jour

nécessitent un avis médical.

- NE JAMAIS PRENDRE PLUS DE 4 GRAMMES (4000 mg) DE

PARACETAMOL PAR JOUR (en tenant compte de tous les autres

médicaments pris et contenant du paracétamol dans leur

ANDOL®
PARACETAMOL
1000

Comprimé effervescent 8x30



Casablanca, le : 05 09 14

Dr. KARBOUJ
Hirak

52,80

- Detum 2000 mg, 14,80



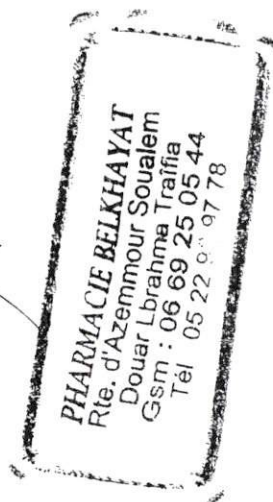
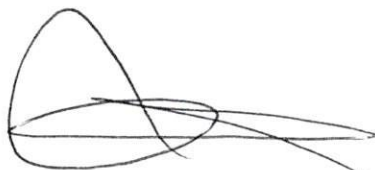
14,80

- ANDOL 2g



Si Doulou

T = 67,30



Chirurgien Spécialiste
Orthopédie - Traumatologie

جراح إختصاصي
جراحة العظام والمفاصل

Casablanca, le : 01-09-19

7 KARIM 7-10
HILAL

390,00

pour fixe de
Zhu Zouhou
pour A

LOCAMEE SERRINI
MATERIEL MEDICAL
Centre en Matériel Médical
pour toute demande
60, rue EL HADJ ABU
TEL: 05 22 94 44 44 - 06 61 13 70 03

