

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

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

## ducation :

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.

## taire :

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.

## die 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

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 Hazzem

Apt. B 102 Maârif 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) : 

רְבָבָהּ מִתְּבָבָהּ

— Renseignements concernant le patient

Nom du patient : IS ABBA

... Prénom(s) du patient : Hed HILAL

Date de naissance : ....

#### Liens de parenté avec l'assuré(s)

Nature de la maladie :

S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause :

Fait à : cababfam.ca, le 05/09/2010

#### DETAIL DES SOINS (à remplir par le Médecin)

#### **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
25/09/2019	67,30	<i>Belkayat</i> PHARMACIE BELKHAYAT Rte. d'Azemmour Soualem Douar Lbrahma Traïfia Gsm : 06 69 25 05 44 Tél 05 22 97 97 78
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP

### Analyses - Radiographies

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue
05 09 14	28	200 018	
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 :  Etablie :   
Établi le :

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

Médecin conseil Fiche dossier

10

840, 20  
17, 20

2. Les noms et prénoms de la personne malade doivent être portés obligatoirement par les praticiens eux-mêmes sur chaque pièce transmise.
3. Le dossier « Maladie » doit être transmis dans les délais contractuels de votre contrat.
4. Les ordonnances pour traitements spéciaux doivent préciser la nature du traitement ainsi que le coefficient y correspondant et le détail des honoraires.
5. 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).
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Interventions chirurgicales : Nous fournir une facture détaillée de la clinique ou de l'hôpital précisant :

- des actes « K » correspondant à l'intervention.
- b. La ventilation des frais annexes (anesthésie, bloc opératoire etc...)
- c. Le nombre de jours d'hospitalisation et le compte rendu.
- d. Le détail des fournitures pharmaceutiques.
10. Maternité : Le versement de l'indemnité forfaitaire s'effectue sur présentation d'un extrait d'acte de naissance du(des nouveau(x) né(s).
11. 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.
12. Optique : La déclaration doit comporter la prescription médicale, la facture de l'opticien précisant les références des verres achetés.
13. 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.
14. Cas de grossesse : Vous devez nous le déclarer dès son diagnostic.
15. Pour les traitements médicaux à longue durée, la prise en charge est limitée à 3 mois.
16. 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.



## À remplir par la société contractante

Numéro de police / catégorie

Numéro du bordereau

Numéro du sinistre

Matricule de l'assuré

Numéro d'affiliation à AXA Assurance Maroc

Cachet de l'entreprise

23017

## À remplir par l'assuré

Nom : KABRAJ

N° de C.I.N : G 3139

Montant des frais exposés : 907,30

Prénom : Abd HILAL

Date de naissance : 35 janvier 1944

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 09/09/2010

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 »

X

N° : 1440270

Nom de l'assuré : KABRAJ

Bénéficiaire : A. Ame

Frais exposés : 907,30 Dh

N° du sinistre :

Matricule : 23017

Lien de parenté : C. Assuré

Date du dépôt du dossier : 10/09/19

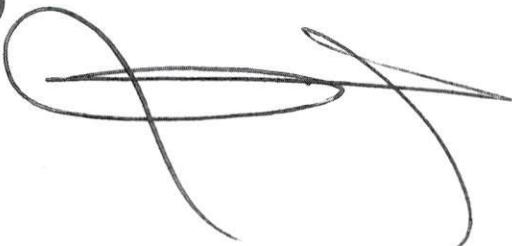
Numéro d'ordre :

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 :** Karim 9-10-1920  
**EXAMEN :** main gauche F.M  
**DATE :** 05 09 19.  
**RESULTAT :**  
Rhizarthrose stade 2



CE : 001526686000016

ICE CLIENT :  
INP CLIENT :

FACTURE N° : UF9092551

Casablanca Le, 07/09/19

**MR HILAL KABBAJ**

DÉPOT 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

Code	Base	Taux	Montant
2	325,00	20%	65,00
<b>Total</b>	<b>325,00</b>		<b>65,00</b>

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

Arrêtée la présente facture le 07/09/2018 à l'adresse : info@locamed.ma - www.locamed.ma

Trois cent quatre-vingt-dix Dirhams

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

**ALBANIA**

Jn: 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

Bld: 60, Boulevard Ghandi, quartier Essalam Tél: 05 22 94 20 43/05 22 86 22 22

mima: 627, rue Goulmima Casa-Anfa (à proximité hôpital My Youssef) Tél: 05 22 20 20 98/05 22 20 21 04

taux: 46, rue des hôpitaux. 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 Yacoub el Mansour N°.2 Résidence Ahlann Guéliz (près de centre Américain) Tél: 05 24 43 15 00 / 05 24 43 14 30

**TANGER**

6, résidence Saghiria 2, Av. Sidi Mohamed Ben Abdellah Quartier Iberia, Tanger Tél: 05 39 33 55 40/05 39 37 23 67

**FÉS**

Angle Av. des FAR et rue Ahmed Chéhbi (en face de central banque chahabi) Tél: 05 35 62 51 62/05 35 62 51 61

**KENITRA**

Angle Avenue Ahmed Diouri 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 040036707  
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	80, 00	0, 00	200, 00
R RADIOLLOGIE R-Z	200, 00	200, 00	000	80, 00	0, 00	160, 00
MEDICAMENTS	67, 30	67, 30	000	80, 00	0, 00	53, 84
OSTHEOSYNTHESE	325, 00	325, 00	000	80, 00	0, 00	260, 00
TAXES	65, 00	65, 00	000	0, 00	0, 00	0, 00
<b>Total</b>	<b>907, 30</b>	<b>907, 30</b>			<b>0, 00</b>	<b>673, 84</b>
<b>Observations :</b>	NR/ LVA					
<b>Informations :</b>						

AXA Assurance Maroc : 120-122, Avenue Hassan II - Casablanca 20000 - Maroc  
Téléphone : +212 (0) 5 22 88 92 92 - Fax : +212 (0) 5 22 88 91 88 - internet : [www.axa.ma](http://www.axa.ma)

Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances

S.A. au capital de 900 000 000,00 dh - R.C. 34221 Casablanca - Patente 35502711 - I.F. 01085109 - C.N.S.S. 1087255 - ICE 000083794000087

## 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 pourrez avoir besoin de la relire.

## IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

## Composition

Kétoprofène

2,5 g

Excipients q.s.p.

100 g

(carbonates, éthanol, huile essentielle de lavandin, diéthanolamine, eau purifiée).

## Forme et présentation

Tube de 30 g et de 60g

## Classe pharmaco-thérapeutique

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

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïden : 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 MÉDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- à partir du 6<sup>me</sup> 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

EL2000M4

# ANDOL® 1000 mg

Comprimés  
Effervescents

Paracétamol

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.  
- Gardez cette notice, vous pourrez 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 anhydre, bicarbonate de sodium, Sorbitol, carbonate de sodium anhydre, Povidone K29-32, Macrogol 6000, Arome orange, Arome abricot, Saccharine sodique, aspartame, beta-carotène 1%, stéarate de magnésium.

Excipients à effet notable : Sodium, Sorbitol, Aspartam.

## CLASSE PARMACO-THERAPEUTIQUE

Ce médicament est un antalgique, antipyétique.

## 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 dououreuses.

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 ressentez aucune amélioration ou si 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 phénylétionurie (maladie héréditaire dépistée à la naissance), en raison de la présence d'aspartam.

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

## MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS 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'efficacité insuffisante, ne pas consommer.

Avant de débuter une autre thérapie, ne pas prendre ce médicament.

En cas de maladie, il est nécessaire de prendre ce médicament.

Prévenez votre pharmacien de la prise de ce médicament.

En cas de perte d'appétit, de déshydratation, A être utilisé avec précaution.

Ce médicament peut entraîner des effets indésirables.

Si votre pharmacien vous a informé de l'insuffisance rénale à certains stades, ne pas 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 HÉSITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## INTERACTION MÉDICALEMENTEUSES ET AUTRES FORMES D'INTERACTIONS :

Autres médicaments et ANDOL 1g, comprimé effervescent.

Informez votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourrez 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 :

- les doses supérieures à 3000 mg de paracétamol par jour nécessitent un avis médical.

- NE JAMAIS PRENDRE PLUS DE 4 GRAMMES (4000 mg) DE PARACÉTAMOL PAR JOUR (en tenant compte de tous les autres médicaments pris et contenant du paracétamol dans leur

Casablanca, le : ٠٥٠٩٠١٧

Dr. KARBOUZI N.

لدين

5280

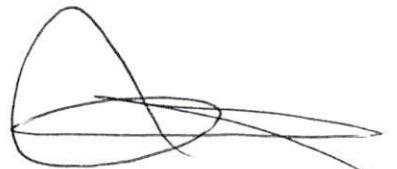
- Ketum moghribi, ٢٥

١٤, ٨٠

- ANDOR ٢٩  
٢ - ٢ - ١.

Dr. Karbouzi

T = ٦٧, ٣٠



PHARMACIE BELKHYAT  
Rte. d'Azemmour Soualem  
Douar Lbrahme Trafia  
Gsm : 06 69 25 05 44  
Tél : 05 22 99 44 44 97 78

Casablanca, le : ٠٥-٠٩-١٩

ج KARBAJ ج - w  
ك - ٢٠٢

390,00

pure fixe de  
zincorthone  
rouge

LOCAMED SRL  
MATERIEL MEDICAL  
vente en Magasin et sur  
www.locamed.it per tutto il mondo  
60 90 90 90 90 90 90 90 90 90 90 90 90  
tel. 05 22 99 44 44

