

# 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.

## 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8286

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : Depart

Nom & Prénom : EL KHALIL Fatiha

Date de naissance : 22/10/7167

Adresse : 41, Résidence Étuna Rbil Bd. Al Ale

Ben Abdellah - No hammedia

Tél. : 0664770374 Total des frais engagés : 368,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/01/23

Nom et prénom du malade : EL KHALIL Fatiha Age :

Lui-même

Age :

Lien de parenté :

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

*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 : Mohammedia

Le : 16/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

*Signature*



### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
16/01/23	CHIR		200 Dhs	<p>Docteur Lalla CHAOUA MEDECINE GENERALE Residence Hassiba - April 2 Ain Harroda - tel: 05 22 33 22 64 ICE: 00198117700035 Signature: 986667</p>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMAGHÉT L'ALYAN SARL Boulevard Mohammedia Rue Kif - Mohammedia Tél: 05 23 32 05 02	16/01/2023	268,75

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

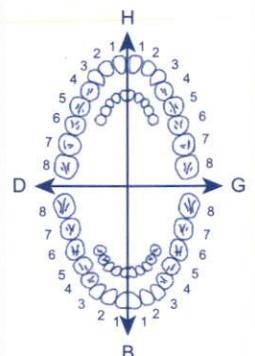
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX

### ODF PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553



#### (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Docteur Latifa CHATRAOUI

MEDECINE GENERALE

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

Résidence Nasadihi - Appt. 2

Aïn Harrouda

Tél.: 05 22 33 22 64

الدكتورة لطيفة الشطراوي

الطب العام

خبيرة م حلقة لدى المحاكم

إقامة نساذحي - عين حرودة

الهاتف : 05 22 33 22 64

Aïn Harrouda, le 16/01/2023 عين حرودة، في

19.45 EL KHALIL father

1) Antihistaminique <sup>32.95</sup> SV  
1 goutte x 31

2) Exaderil <sup>32.95</sup> SV  
1 goutte ou 1 ml

3) Cetirizine <sup>15.85</sup> SV  
10 mg 2 fois

4) Novocain <sup>132.00</sup> SV  
1 goutte

5) Cataplan <sup>100.00</sup> SV

6) Nurofen <sup>100.00</sup> SV  
Doliphan <sup>100.00</sup> SV  
2 gouttes x 4

A PHARMACIE DE L'AÏN  
Angle Boulevard SARL  
et Rue Rif - Mohammed V  
Tél. : 05 23 32 05 02

268.50

Docteur Latifa CHATRAOUI

MEDECINE GENERALE

Résidence Nasadihi Appt. 2  
Aïn Harrouda - Tel : 05 22 33 22 64

ICE : 001981177000035

09 66 66 67

**ANTIBIO-SYNALAR**  
**Gouttes auriculaires**  
**Flacon de 10 ml avec compte gouttes**

\* Acétonide de fluocinolone / Sulfate de polymyxine B / Sulfate de néomycine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à des personnes ayant des symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

**ANTIBIO-SYNALAR**

**COMPOSITION DU MEDICAMENT :**

**Composition qualitative et quantitative en substances actives:**

Acétonide de fluocinolone .....  
Sulfate de polymyxine B .....  
Sulfate de néomycine .....

Pour 100 ml de solution.

Q.S.P.

**Excipients:** .....  
**Excipient à effet notoire:** Phénylmercure

**CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE:**

Ce médicament est une association d'un anti-inflammatoire stéroïde et d'antibiotiques (néomycine et polymyxine B). La néomycine est un antibiotique de la famille des polypeptides. La polymyxine B est un antibiotique de la famille des polypeptides.

**DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines otites.

**COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT?**

**Posologie:**

À titre indicatif, la posologie usuelle est la suivante:

Instiller chaque matin 3 à 6 gouttes dans l'oreille atteinte et renouveler l'application à l'ordonnance de votre médecin.

**Mode et voie d'administration:**

Voie locale.

Instillation auriculaire.

Il est recommandé de ne pas utiliser la solution sous pression.

Tirer le flacon au moment de l'emploi en le maintenant quelques minutes pour éviter le contact désagréable de la solution froide dans l'oreille.

**Pour mettre les gouttes dans une oreille et faire un bain d'oreille:**

• Il faut d'abord pencher la tête du côté opposé à l'oreille atteinte pour qu'haut.

• Mettre les gouttes dans l'oreille atteinte.

• Tirer à différentes reprises sur le pavillon de l'oreille pour que les gouttes coulent bien dans le fond de l'oreille.

• Attendre environ 5 minutes en gardant la tête ainsi penchée.

• Lorsque vous relevez la tête, les gouttes peuvent ressortir un peu; il faut alors essuyer avec un papier absorbant qui n'a pas besoin d'être stérile.

Il est important de bien suivre cette recommandation car il en va de l'efficacité de votre traitement; en effet, il faut garder suffisamment longtemps la tête penchée pour permettre une bonne pénétration du médicament dans l'oreille. Redresser trop tôt la tête va provoquer une perte du médicament car les gouttes couleront le long de votre visage et n'iront pas dans le fond de l'oreille; ceci expose alors à une moindre efficacité du traitement.

Refermez le flacon immédiatement après usage.

A la fin du traitement, le reste du flacon doit être jeté et ne pas être conservé en vue d'une réutilisation.

**Fréquence d'administration:**

Deux administrations par jour: une administration de gouttes le matin et une administration de gouttes le soir.

**Durée de traitement:**

La durée du traitement est habituellement de 7 jours.

Pour être efficace, cet antibiotique doit être utilisé régulièrement aux doses prescrites et aussi longtemps que votre médecin vous l'aura conseillé.

La disparition des symptômes ne signifie pas que vous êtes complètement guéri. L'éventuelle impression

**ANTIBIO-SYNALAR**  
GOUTTES  
AURICULAIRES 10 ml



6 118000 120254

# EXODERIL®

## Composition

**EXODERIL crème** : 1 g contient :

Chlorhydrate de naftifine

Alcool benzyllique comme produit de conservation

**EXODERIL SOLUTION** : 1 ml contient :

Chlorhydrate de naftifine

Propylène Glycol

## Propriétés et activité

**EXODERIL crème et solution** sont indiquées dans les infections mycotiques et particulièrement pour principe actif la naftifine.

La naftifine agit sur les dermatophytes (du genre *Trichophyton*, *Microsporon* et *Epidermophyton*, les levures (du type *candida*, *Pityriasis versicolor*), les moisissures (variété *aspergillus*) et sur d'autres champignons (par ex. *Sporothrix schenckii*).

La naftifine exerce une action primaire fongicide sur les dermatophytes et les variétés d'*aspergillus* et en fonction de la souche - une action fongicide ou fongistatique sur les levures. A côté de son action antimycotique, **EXODERIL** possède aussi une activité antibactérienne sur différents germes à Gram positif et négatif qui accompagnent souvent les mycoses.

**EXODERIL** montre aussi, dans le cadre de l'emploi clinique, une activité anti-inflammatoire inhérente à la substance qui conduit rapidement à une réduction des signes inflammatoires, surtout du prurit. En raison de sa bonne pénétration et de son long maintien dans les différentes couches cutanées à des concentrations antimycotiques efficaces, **EXODERIL crème et solution** sont indiquées dans le traitement local sous forme d'une application par jour.

## Indications

- Mycoses de la peau ou des plis cutanés (Tinea manum, Tinea pedis)
- Mycoses des ongles (onychomycoses)
- Candidoses cutanées
- Pityriasis versicolor
- Dermatomycoses (avec ou sans prurit).
- Variétés d'*aspergillus*
- *Sporothrix schenckii*
- **EXODERIL solution** et particulièrement indiquée dans le traitement des mycoses des régions cutanées pilaires hyperkératosiques

## Mode d'emploi

**EXODERIL crème et solution** s'appliquent exclusivement sur la peau ou les ongles.

## Posologie

Appliquer **EXODERIL crème et solution** une fois par jour sur la région cutanée infectée, nettoyée et minumentueusement séchée, ainsi que sur la région péri-lesionnelle ! Pour prévenir les rechutes



# CETIRAL®

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 lire à nouveau.

## 1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### a) DENOMINATION

CETIRAL®

### b) COMPOSITIONS QUALITATIVES ET QUANTITATIVES

#### • Comprimé pelliculé :

Cétirizine (DCI) dichlorhydrate..... 10 mg

Excipients : Cellulose microcristalline, lactose monohydraté, crospovidone, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium.

Pelliculage: hypromélose, macrogol stéarate, cellulose microcristalline, propyléneglycol, dioxyde de titane E 171, eau purifiée.

#### • Solution buvable :

Cétirizine (DCI) dichlorhydrate..... 1 mg

Excipients : Propyléneglycol, glycérol, parahydroxybenzoate de méthyle, parahydroxybenzoate de propyle, acétate de sodium, acide acétique, saccharine sodique, sorbitol, arôme de banane, eau purifiée.

### c) FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRESENTATIONS

• Comprimé pelliculé : Boîte de 15.

• Solution buvable : Flacon de 60 ml accompagné d'une pipette graduée jusqu'à 5 ml (1 dose équivaut à 5 ml).

### d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Dérivés de la pipérazine (Code ATC : R06AE07).

## f) LISTE DES EX UTILISATION SA/

- Comprimé
- Solution I

## 4. COMMENT UT

### a) POSOLOGIES

- La forme « co

- La forme « so

- Pour la solutio

Cetiral® comprimé

• Adulte et enfant

- soit 1

• Enfant entre 6 e

- soit ½

Cetiral® solution b

• Enfant de 2 à 6

- soit ½

• Enfant entre 6 e

- soit 1

• Adulte et enfant

- soit 2

- Sujet âgé, insuf

Cetiral® sera adm

devra être contre-

patients dialysés.

DANS TOUS LES CAS, VOUS DEVREZ VOUS CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

## b) MODE D'ADMINISTRATION

Voie orale.

Cetiral® peut se prendre indifféremment avant, pendant ou après un repas.

Le comprimé doit être avalé avec un peu de liquide sans mâcher ni croquer.

Pour la solution buvable, il faut utiliser la pipette graduée.

VOUS DEVREZ VOUS CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

## c) DUREE DU TRAITEMENT

VOUS DEVREZ VOUS CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

## 2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

• Comprimé : Adultes et enfants de 6 ans et plus.

• Solution buvable : Adulte et enfant à partir de 2 ans.

- Traitement des symptômes nasaux et oculaires des rhinites allergiques saisonnières

et perannuelles.

- Traitement des symptômes de l'urticaire chronique idiopathique.

## 3. ATTENTION

### a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

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

LOT 221125

EXP 12/23

PPV 45DH80

النحو

AFRI

INE

CETIRAL® 10 mg  
15 comprimés pelliculés



6 118000 070306

## نہ ٿم کلان <sup>®</sup> اکیاس

في الكيس  
1000 مغ ..... 125 مغ  
في الكيس  
500 مغ ..... 62.5 مغ  
في الكيس  
250 مغ ..... 31.25 مغ

LOT : 1292  
PER : 09/24  
PPV : 132,01

التقدير و  
نوعه

- الآخذ بعين الاعتبار ظهور حادث حساسى متصالب مع سيفالوسيبورين:
- في حالة القصور الكلوى، تطبق المقادير حسب تصفية الكرياتينين:
- الآخذ بعين الاعتبار المرور في المشيمة وفي حليب الأم.
- إنتهاء: يجب توقف العلاج عند ظهور أي أعراض حساسية.
- طريقة الاستعمال والمقادير :
- عن طريق الفم :
- اقطع الطرف الأعلى للكيس، أفرغ محتواه في كأس، أضف قليلاً من الماء، حرك واشرب على الفور.
- البالغين: 2 إلى 3 غ / اليوم، أى 2 إلى 3 أكواب من نو福وكلان 1 غ/125 مغ مرتين إلى ثلاث مرات في اليوم.
- الأطفال من 6 إلى 12 سنة: 40 إلى 50 مغ/كلغ/اليوم من نو福وكلان 500 مغ/62.5 مغ مرتين إلى ثلاث مرات في اليوم دون تجاوز 15 مغ/كلغ/اليوم من حامض كلاغولانيك.
- الأطفال من 30 شهرًا إلى 6 سنوات: 80 مغ/كلغ/اليوم من نو福وكلان 500 مغ/62.5 مغ مرتين إلى ثلاث مرات في اليوم.
- الأطفال أقل من 30 شهراً: 80 مغ/كلغ/اليوم من نو福وكلان 250 مغ/31.25 مغ ثلاث مرات في اليوم.
- كيفية تخزين نو福وكلان :
- يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.
- يحفظ بعيداً عن الرطوبة.

## NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

### Dénomination du médicament :

Cataflam® 25 mg

Dragées. Boîte de 20

Cataflam® 50 mg

Dragées. Boîtes de 10 & 20

Diclofénac potassique



LOT : M22041  
EXP : FEV 2025  
PPV : 24,00 DH

Veuillez lire attentivement l'intégral médicament car elle contient des inf

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir toute autre question, d'information à votre médecin ou votre

- Ce médicament vous a été prescrit par d'autres personnes. Il pourrait leur être

sont identiques aux vôtres.

- 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.

Quel contient cette notice :

1. Qu'est-ce que CATAFLAM® et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser CATAFLAM® ?
3. Comment utiliser CATAFLAM® ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver CATAFLAM® ?
6. Informations supplémentaires

#### 1- Qu'est-ce que CATAFLAM® et dans quel cas est-il utilisé ?

Selon prescription du médecin.

Cataflam contient le sel potassique du diclofénac, un composé non stéroïdien qui se caractérise par ses propriétés analgésiques et anti-inflammatoires.

La prise de Cataflam soulage les symptômes d'une inflammation tels que douleur et gonflement en bloquant la synthèse des molécules (prostaglandines) responsables de l'inflammation, de la douleur et de la fièvre. Ce médicament ne peut cependant pas en soigner les causes.

L'effet du médicament se manifeste en l'espace de 30 minutes. Cataflam est utilisé sur prescription médicale dans le traitement de courte durée (maximum 1 semaine) des affections aiguës suivantes, dans les cas où un effet rapide est recherché : inflammations et douleurs après une blessure (p.ex. entorse, élongations), inflammations et douleurs après une intervention chirurgicale orthopédique ou dentaire,

douleurs et inflammations en gynécologie,

crises de migraine avec ou sans aura,

syndromes douloureux du dos et des cervicales,

rhumatisme extra-articulaire,

ainsi que traitement complémentaire lors de diverses infections aiguës douloureuses, en particulier au niveau des oreilles, du nez et de la gorge.

Il ne faut pas employer Cataflam uniquement pour faire baisser la fièvre.

Si vous souffrez d'une maladie cardiaque ou présentez des risques importants de maladie cardiaque, votre médecin évaluera régulièrement la nécessité de poursuivre le traitement au Cataflam, notamment lorsque le traitement dure plus de 4 semaines.

#### 2- Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser CATAFLAM® ?

Cataflam ne doit pas être utilisé :

si vous êtes allergique à l'un des composants ou avez présenté des difficultés respiratoires ou des réactions cutanées de type allergique après la prise d'acide acétylsalicylique ou d'autres médicaments anti-douleur ou antirhumatismaux appelés anti-inflammatoires non stéroïdiens, par exemple un gonflement du visage, des lèvres, de la langue, du cou et/ou des extrémités (signes d'un angioédème), durant le 3ème trimestre de la grossesse,

en cas d'ulcères de l'estomac et/ou de l'intestin grêle (ulcères duodénaux), de saignements ou de perforation gastro-intestinaux ou de symptômes tels que du sang dans les selles ou des selles noires,

en cas d'inflammations intestinales chroniques comme la maladie de Crohn ou la colite ulcéreuse,

en cas de défaillance hépatique ou rénale,

en cas d'insuffisance cardiaque sévère,

pour le traitement d'une douleur causée par un mal de cœur, une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral.

me  
min  
tex  
tra  
tibie  
int  
ép  
d'infection  
Cataflam  
températu  
traitement  
Dans de  
peuvent se  
médicame  
si une telle  
La pruden  
fragiles ou  
sensible a  
mesure de  
Les drage  
dragées d  
vous souff  
Utilisation  
Grossesse  
Si vous éte  
Cataflam o  
pris penda  
Allaitemen  
Cataflam  
d'autorisat  
Effet sur l  
Ce médic  
utiliser des  
Vous deve  
machines  
vertiges, tr

3- Comme  
C'est le me  
en fonctio  
ment les  
recommen  
Si vous pr  
régulièrem  
d'effets ind  
Adultes: 1  
adolescen  
La dose to  
dose maxi  
En cas de  
premiers s  
quelques j  
dragée de  
avant-cour  
pas suffisa  
nécessaire  
pour autan  
Cataflam  
l'adolescen  
Prendre le  
repas ou

# Doliprane®

1000 mg comprimé effervescent séché  
PARACÉTAMOL

Veuillez lire attentivement cette notice car elle contient des informations importantes. Ce médicament est disponible sans ordonnance et vous permet donc de vous soigner sans l'aide d'un médecin. Néanmoins, vous devez utiliser Doliprane 1000 mg avec précaution afin d'en obtenir le meilleur résultat. Gardez cette notice à portée de main et la lisez à nouveau. Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, consultez votre pharmacien. Si les symptômes s'aggravent ou persistent après 3 jours, consultez votre médecin.

La substance active est : paracétamol 1000 mg pour un comprimé effervescent. Les autres ingrédients sont : acide citrique anhydre, mannitol, saccharine sodique, lauréate de potassium K90, bicarbonate de sodium, carbonate de sodium anhydre, leucine, arôme naturel. Teneur en sodium : 408 mg par comprimé.

PPV14DH60  
PER 10/25  
LOT L3685

14/60



## QU'EST-CE QUE DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol.

Il est indiqué en cas de douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, règles douloureuses.

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

Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

## INFORMATIONS NÉCESSAIRES AYANT DE PRENDRE DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT.

### Contre-indications

Ne pas prendre DOLIPRANE 1000 mg, comprimé effervescent dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie,
- enfants de moins de 15 ans.

## PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT

### Précautions particulières

- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.
- En cas de régime sans sel ou pauvre en sel, tenir compte dans la ration journalière de la présence de sodium : 408 mg par comprimé.
- En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

### Mises en garde

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. chapitre "Posologie").

### Grossesse et allaitement

Le paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

