

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 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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8928

Société :

RASH

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

OTHEPPA

Date de naissance :

12/10/167

Adresse :

Rue Escouarni

Tél. :

0665181222

3878

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 piconfidentiel 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 :

Le : 21/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Mupras

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
				INP :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

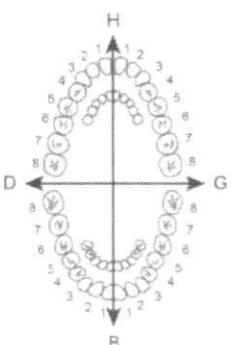
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

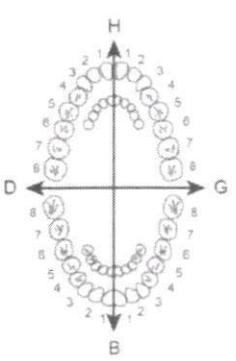
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[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

DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Décompte de Remboursement
Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : FIRST REST / 1104 / CONTRAT N° : 9165 60 / 279000
 NOM DE L'ASSURE : DIRAI KHALID CERTIFICAT N° : 1945484 MATRICULE: 90004
 BENEFICIAIRE : DIRAI ADAM DATE DE LA DECLARATION : 06/05/2023
 DECLARATION N° : 18648762 / DATE DE REMBOURSEMENT : 02/06/2023

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
15	Pharmacie	14.00	0.00	14.00	0	85.0%	11.90
67	BILAN DE SANTE	3964.60	0.00	3964.60	0	85.0%	3369.91
TOTALS		3978.60	0.00	3978.60			
OBSERVATIONS :							

* La cotation de l'acte effectué selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

ETABLIR UNE DECLARATION PAR PERSONNE MALADE

- En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, date, lieu et heure.
- La déclaration doit être accompagnée de toutes pièces justificatives, (Ordonnances médicales prescrivant les médicaments ou tout examen de radiologie et laboratoire, etc...)
- Les vignettes ou à défaut les prospectus et les P.P.M. concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.
- Lorsque la personne soignée bénéficie d'un régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à l'assureur les photocopies des pièces justificatives et l'original du décompte de règlement délivré par cet organisme.
- Tous certificats, note d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'un sinistre sont conservés par l'assureur.
- **Soins dentaires** : Pour les extractions multiples de plus de 5 dents, les soins spéciaux, parodontoses et radios (plus de 2 par séance). Une entente préalable et obligatoire.
- **En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale** : la déclaration de maladie doit être accompagnée d'une facture détaillée et acquittée sur laquelle devront être précisés : la cotation des actes la ventilation des frais annexes, le nombre de jours d'hospitalisation et le détail de fournitures pharmaceutiques.
- **Délai de remise des pièces** : Toutes pièces concernant un sinistre, doivent être remise à l'assureur au plus tard, dans les trente jours qui suivent la guérison ou l'expiration du traitement.
- L'indemnité forfaitaire couvrant les frais de grossesse et de maternité est payable sur présentation d'un extrait d'acte de naissance.

• Protection des 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 les dites 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 conformité par courrier à la Boîte Postale 16193 ou par e-mail : conformite@wafaassurance.co.ma

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.

Vérifiez avant l'envoi que rien n'a été omis, vous éviterez toute correspondance inutile, et nos règlements seront alors rapides.

VOLET DÉTACHABLE



SIÈGE SOCIAL : 1 BD, ABDELMOUNEN - CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C. : 31 719 - I.F. 01085467 ICE : 000083736000004
S.A. au capital de 350.000.000 dh - Entreprise régie par la loi n° 17 99 portant code des assurances
www.wafaassurance.ma

DECLARATION DE MALADIE : 18648762

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

Total des frais engagés

Matricule Sté :

Khalid. Diraï

Médical

Dentaire

Optique

3978, 60

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade : *Dirai Adam* Âge *21 ans*

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfants

Nature de la maladie :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

Signature de l'assuré

DECLARATION

CONTRAT N° : CERTIFICAT N°

NOM DU MALADE :

DATE DE CONSULTATION :

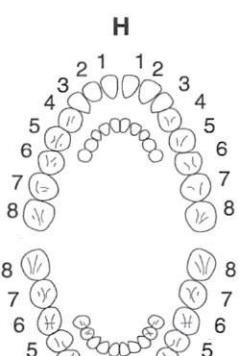
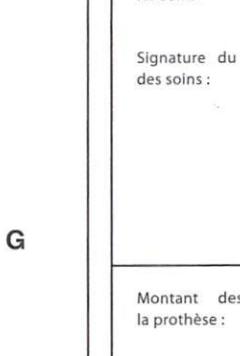
18648762



Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
06.05.2023 Médecin traitant	 Dr. KHALID LAMNIA DERMATO-VENEROLOGIST Angle Bd Sidi Abderrahmane et Bd Abdellah Boudjedra Casablanca 0522 90 04 17	Galant
06/05/23 Pharmacie	 PHARMACIE LAMNIA LAMNIA PHARMACY 2023-05-06 14:26:21 2023-05-06 14:26:21 1400	1400
06/05/2023 Analyses / Radiologie	 INPE: 033000271 Dr. ABDERRAHMANE LAMNIA Rés. Romandie, 1er. Tour 2 - Casablanca Tel: 05 22 90 02 01 90 64 15	018 3964,60
Auxiliaires médicaux		

Le praticien précisera la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et leur coefficient d'après la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

DEVIS FACTURE

SOINS  <p>B</p> <p>Le praticien couvre de hachures les DENTS A REMPLACER, surcharge le contour des dents qui supporteront des crochets, indique la nature de l'appareil, le nombre de dents artificielles et de crochets</p>	PROTHESE  <p>H</p> <p>D</p> <p>G</p>	<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 10px; margin-top: 5px;"></div> <p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins :</p> <p>Date : </p>
		<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse :</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 10px; margin-top: 5px;"></div> <p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse :</p> <p>Date de l'appareillage : </p>

Laboratoire d'Analyses Médicales Sentissi

Dr A. SENTISSI
Pharmacien Biologiste

Ancien Interne CHU de Toulouse
Spécialisé en Hématologie, Biochimie
Bactériologie, Parasitologie, Pathologie Médicale
D.U. Assurance Qualité en B.M.



Code Patient : 1311040001
Date de l'examen : 06-05-2023

Mr Adam DIRAI
Réf : 2305060011
Prescription : Dr Khalid LAMNIAI

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (Sysmex XN-1000)

			19-12-2020
Globules Blancs :	5 690 /mm3	(4 000–10 000)	7 140
Globules Rouges :	5.77 /mm3	(4.30–5.76)	5.73
Hémoglobine :	16.4 g/dL	(13.5–17.2)	16.6
Hématocrite :	48.0 %	(39.5–50.5)	47.7
VGM :	83.2 fL	(80.0–99.0)	83.2
TCMH :	28.4 pg	(27.0–33.5)	29.0
CCMH :	34.2 %	(30.0–35.0)	34.8
Polynucléaires Neutrophiles :	38.5 %	(40.0–75.0)	31.8
Soit:	2 190.7 / mm3	(1 500.0–7 700.0)	2 270.5
Polynucléaires Eosinophiles :	1.4 %	(<5.0)	2.0
Soit:	79.7 / mm3	(20.0–1 100.0)	142.8
Polynucléaires Basophiles :	0.9 %	(0.0–1.0)	0.7
Soit:	51.2 / mm3	(<350.0)	50.0
Lymphocytes :	49.2 %	(20.0–45.0)	55.6
Soit:	2 799.5 / mm3	(1 000.0–4 000.0)	3 969.8
Monocytes :	10.0 %	(2.0–12.0)	9.9
Soit:	569.0 / mm3	(100.0–2 700.0)	706.9
Plaquettes :	237 000 /mm3	(150 000–500 000)	235 000

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

			21-12-2020
Protéine C-réactive (ultrasensible) (Immunoturbidimétrie)	0.55 mg/l	(<5.00)	0.61
Glycémie (Glucose-oxydase)	0.88 g/l 4.88 mmol/l	(0.70–1.10) (3.89–6.11)	0.96

Laboratoire d'Analyses Médicales Sentissi

Dr A. SENTISSI
Pharmacien Biologiste



Ancien Interne CHU de Toulouse
Spécialisé en Hématologie, Biochimie
Bactériologie, Parasitologie, Pathologie Médicale
D.U. Assurance Qualité en B.M.

06-05-2023 – Mr Adam DIRAI

21-12-2020

Créatinine 11.1 mg/l (7.0–13.0) 10.1
(Jaffé) 98.1 µmol/l (61.9–114.9)

Acide Urique 56.3 mg/l (30.0–70.0)
(Dosage enzymatique) 337.80 µmol/l (180.00–420.00)

21-12-2020

Cholestérol total 1.32 g/l (1.30–2.00) 1.55
(Enzymatique) 3.4 mmol/l (3.4–5.2)

HDL-Cholestérol 0.48 g/l (>0.40)
1.24 mmol/l (>1.04)

LDL-Cholestérol 0.69 g/l (<1.60)
(calculé selon la formule de Friedwald) 1.79 mmol/l (<4.14)

Interprétation du LDL-Cholestérol:
– LDL-Cholestérol 0.70 à 1,00 g/l : valeur optimale,
– LDL-Cholestérol entre 1,00 et 1,60 g/l: valeur limite ,
– LDL-Cholestérol > à 1,60 g/l: valeur à risque élevé.

21-12-2020

Triglycérides 0.84 g/l (0.40–1.50) 1.28
0.96 mmol/l (0.46–1.71)

21-12-2020

Ferritine 62.00 ng/ml (30.00–400.00) 75.00
(COBAS C311)

21-12-2020

Transaminases GOT (ASAT) 19.1 UI/L (5.0–40.0) 19.7
(Dosage enzymatique)

21-12-2020

Transaminases GPT (ALAT) 24.4 UI/L (5.0–49.0) 30.8
(Dosage enzymatique)

21-12-2020

Gamma glutamyl-transferase (GGT) 12.0 UI/L (10.0–55.0) 14.0
(Dosage enzymatique)

Laboratoire d'Analyses Médicales Sentissi

Dr A. SENTISSI
Pharmacien Biologiste



Ancien Interne CHU de Toulouse
Spécialisé en Hématologie, Biochimie
Bactériologie, Parasitologie, Pathologie Médicale
D.U. Assurance Qualité en B.M.

06-05-2023 – Mr Adam DIRAI

21-12-2020

16.6

25-OH-Vitamine D (D2+D3)

(LIAISON-DIASORIN)

21.3 ng/ml

53.3 nmol/l

Déficience en vitamine D si taux < à 10 ng/ml

Taux minimal pour la santé osseuse entre 20 et 30 ng/ml

Taux souhaitable pour la santé osseuse de 30 à 100 ng/ml

Toxicité si supérieur à 100 ng/ml.

BILAN ENDOCRINIEN

T3 Libre (Triiodothyronine libre) : 5.13 pmol/l (2.80-7.10)
(E 411 (ECLIA))

T4 Libre (Thyroxine libre): 18.85 pmol/L (12.00-22.00)
(E 411 (ECLIA))

21-12-2020

1.440

TSH ultrasensible 0.970 mUI/L (0.270-4.200)

(E 411 (ECLIA))

Ac Anti-Thyroglobuline 58.20 UI/ ml (<115.00)
(Dosage E411)

26-12-2019

6.62

Ac anti-Thyroperoxydase 9.33 UI/mL (<35.00)

(ELECSYS 2010)

ALLERGIE

02-08-2018

229.70

IgE totales 101.70 UI/mL (<100.00)
(Elecys 2010) 244 ng/ml (<240)

Dr Abdjaouad SENTISSI
Rés Romandie 2 - Tour 2 - Apt 3 - Boulevard Bir Anzarane - Casablanca. Tél.: 05 22 36 62 50 / 05 22 39 64 15 - Patente : N° 35802477
R.C N° 200220 - C.N.S.S. : 1256503 - ID.Fiscale : 40803780 - ICE : 00157836400055

Laboratoire d'Analyses Médicales Sentissi

Dr A. SENTISSI
Pharmacien Biologiste



Ancien Interne CHU de Toulouse
Spécialisé en Hématologie, Biochimie
Bactériologie, Parasitologie, Pathologie Médicale
D.U. Assurance Qualité en B.M.

06-05-2023 – Mr Adam DIRAI

AUTO-IMMUNITÉ

Ac Anti-Transglutaminase Ig A : Négatif(0).
(Blue DIVER)

Interprétation:
Négatif : < 5 UA
Equivoque: 5 à 10 UA
Positif: > 10 UA

Ac Anti-Transglutaminase Ig G : Négatif(0).
(Blue DIVER)

Interprétation:
Négatif: < 5 UA
Equivoque: 5 à 10 UA
Positif : > 10 UA

Demande validée biologiquement par : Dr. SENTISSI Abdelfattai


Laboratoire d'Analyses Médicales Sentissi
Dr. Abdelfattai SENTISSI
Rés. Romandie 2
Casablanca - Maroc



Casablanca, le

05 MAI 2023

الدار البيضاء. في

Dr. Dr. Khalid Lamnai

ANALYSES BIOLOGIQUES

Examen du sang :

- NFS / Pq
- CRP
- VS
- Procalcitonine
- Fer sérique
- Ferritine
- Glycémie à jeûn
- HbA 1C
- GPP
- Urée
- Créatinine
- Acide urique
- Cholésterol HDL LDL
- Triglycérides
- SGOT GPT GGT
- Bilirubine
- Phosphatase alcaline
- CPK
- LDH
- Aldolase
- Troponine
- Inogamme
- Calcium
- Mg⁺ sérique
- Mg⁺ Globulaire
- Phosphore

- TP TCK
- Fibrinogéne
- Vit D
- Cortisolémie 8h et 16h
- PSA
- CLA 30 Trophallergénés
- CLA 30 Pneumallergénés
- IgE Totaux
- ASLO
- Facteur Rhumatoïde
- Complément : C2 - C3 - C4 - CH50
- Anticorps anti - DNA natifs
- AC Antinucléaires
- VDRL - TPHA - quantitatifs
- Sérologie Syphilitique IgM
- Sérologie HVC
- AgHBS ACHBC ACHBS
- Sérologie HVA IgM
- HIV
- TSH T3L T4L
- AC TPO
- AC Thyréoglobuline
- AC Antitransglutaminase : IgA - IgG
- ECA

06/05/2023
Laboratoire SENTISSI
Dr. Abdelfattah SENTISSI
Rés. Romandie II - Tour 2 - Casablanca
Tel: 05 22 89 35 - 05 22 90 41

Examens d'Urinés

- ECBU ATB
- Protéinurie /24h
- Microalbuminurie /24h
- Compte d'addis

Examens de selles

- Parasitologie Coproculture

Prélèvements Génitaux

- Vaginal Uréthral
- Chlamydiae mycoplasme
- Antibiogramme
- FCV

Examens Mycologiques

- ED - Culture

- Spermogramme
- Spérmoculture

Autres

.....
.....
.....

Dr. Khalid LAMNIAI
DERMATO-VENEREOPLOCUE
Angle Bd. Sidi Abderrahmane
et Bd. Abdellah Boutaleb
Casablanca 20230
Tél: 05 22 89 35 - 05 22 90 41

Laboratoire d'Analyses Médicales Sentissi

Dr A. SENTISSI
Pharmacien Biologiste



Ancien Interne CHU de Toulouse
Spécialisé en Hématologie, Biochimie
Bactériologie, Parasitologie, Pathologie Médicale
D.U. Assurance Qualité en B.M.

FACTURE N° : 2305060011
ICE : 001578364000055

Casablanca le 06-05-2023

Mr Adam DIRAI

Demande N° 2305060011
Date de l'examen : 06-05-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS 0154	Prélèvement sang adulte	E25	E
	Ac ANTI-THYROGLOBULINE	B200	B
	Anticorps Anti-THYROPEROXYDASE	B200	B
	Ac antiTRANSGLUTAMINASE Ig A	B200	B
	ALAT (transaminase TGP)	B50	B
	Ferritine	B250	B
	ASAT (transaminase TGO)	B50	B
	URICEMIE	B30	B
	CRP4	B100	B
	Gamma G.T.	B50	B
	DOSAGE des IgE totales	B200	B
	Cholestérol-LDL	B40	B
	NF	B80	B
	T4 libre (FT4)Thyroxine	B200	B
	TSH	B250	B
	Vitamine D 25-OH (D2+D3)	B450	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	CHOLESTEROL	B30	B
	TRIGLYCERIDES	B60	B
	Cholestérol-HDL	B40	B
	Créatininémie	B30	B
	T3 Libre (Tri-iodothyronine Libre):	B200	B
	Ac antiTRANSGLUTAMINASE Ig G	B200	B

Total des B : 2940

TOTAL DOSSIER : 3964.6 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois mille neuf cent soixante-quatre

INPE: 09390371
Laboratoire SENTISSI
Dr. Adel Jelalh SENTISSI
Rés. Romandie 2 - Tour 2 - Casablanca
R.C N° 200220 - C.N.S.S. : 1256503 - ID.Fiscale : 40803780 - ICE : 00157836400055

PPV:14DH00
PER:02/26
LOT:MS57

1000 mg
Comprimé



Comprimé :

La substance active est : paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC 90 (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose sodique, povidone K30, amidon de maïs prégélatinisé, acide stéarique (origine végétale).

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ?

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 (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.

QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ?

Contre-indications :

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants : allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

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 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.



الدكتور خالد المنجعي

إختصاصي
في أمراض الجلد والشعر
الأمراض التناسلية

6/05/2023

الدار البيضاء، في

Dr DIRAI ADAM



Dr. Khald AMNIAI
BERMEO-VENDELOGUE
Angle Bd Sidi Abderrahmane
et Bd Abdelhadi Boutaleb
Casablanca Tel. 0522 90 04 17

Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Bd Abdelhadi Boutaleb, 2ème étage n° 7 Hay Hassani - Casablanca
زاوية شارع سيدى عبد الرحمن وشارع عبد الهادى بوطالب. الطابق الثاني رقم 7 الحى الحسنى - الدار البيضاء

هاتف العيادة الثابت: 05 22 90 04 17 - تل: 05 22 89 19 35 - الهاتف/الفاكس: 05 22 89 19 35

Code Postal : 20 220 - E-mail : cabinet.drlam@gmail.com - GSM cabinet : 06 60 88 00 05