

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 canaux, 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 canaux.

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0019792

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1856 Société : 123800

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : SLAWI KHATA

Nom & Prénom : SLAWI KHATA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / / MUPRAS

Nom et prénom du malade : Age : Conjoint

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Enfant

Nature de la maladie : Pathologie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0019792

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 8ème 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- 0016365

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1856 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : SLAOUI KHANATA Date de naissance : 1956
 Adresse : 50 lot KHALFAOUI Oujda
 Tél. : 0611 820500 Total des frais engagés : 411,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr KERZAZI Mohammed
 CHIRURGIEN
 39 Bd Mohammed V - OUJDA
 Tél : 05 36 68 45 10

Date de consultation : 20/07/2022
 Nom et prénom du malade : SLAOUI KHANATA Age : 66
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Syndrome infectieux pulmonaire
 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 : Oujda Le : 20/07/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0016365

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 28/07/22 | C1 | | 180 MM | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|----------------------------------------|----------|-----------------------|
| | 28/07/22 | 261,50 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| 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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|---|--|----------------------------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table> | | H | H | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | H | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | B | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr KERZAZI Mohamed

CHIRURGIEN

Expert Assermenté

Près la Cour d'Appel d'Oujda

ICE : 001669855000097

39, Boulevard Mohammed V

Tél. : 05 36 68 45 10 - OUJDA

الدكتور كرزازي محمد

طبيب جراح

خبير محلف

لدى محكمة الاستئناف بوجدة

39، شارع محمد الخامس

الهاتف : 05 36 68 45 10 - وجدة



Oujda, le 28/07/2024 جلدق في

SLAMF KAMTHA



PHARMACIE LA CLINIQUE
N°PE: 882037105
32, B.J. Med. Boulekhiter
Tél.: 0536 70 47 08 - OUJDA



Dr KERZAZI Mohammed
CHIRURGIEN
39 Bd Mohammed V, OUJDA
Tél. 05 36 68 45 10



138,80

- Augmentin 1/2
20/100ml

58,40

- Lénigol 20 y
28/12/20

15,70

- 10 plavix = 800

25,00

- 3 x 1270/1
Anel = 800

29,60

- Unbaryl 3
1/1/1

251,50

Urbanyl® 10 mg

Clobazam

Comprimé sécable

SANOFI

1 - IDENTIFICATION DU MEDICAMENT :

a/ Dénomination :

URBANYL 10 mg

b/ Composition :

Clobazam 10 mg

Excipients : Amidon de maïs, lactose monohydraté, stéarate de magnésium, talc, silice colloïdale anhydre.

Pour un comprimé sécable.

c/ Forme pharmaceutique et présentation :

Comprimé sécable, boîte de 30.

d/ Classe pharmaco-thérapeutique :

ANXIOLYTIQUE.

Ce médicament appartient à la classe des benzodiazépines.

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

(Indications thérapeutiques)

Adulte et enfant de plus de 6 ans.

Ce médicament est préconisé :

- dans le traitement de l'anxiété chez l'adulte lorsque celle-ci s'accompagne de troubles gênants,
- en prévention et/ou en traitement des manifestations liées à un sevrage alcoolique chez l'adulte,
- en association à un autre traitement dans l'épilepsie de l'adulte et de l'enfant.

3. ATTENTION !

A/ Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament

(Contre-indications)

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

- allergie connue à cette classe de produits ou à l'un des composants du médicament,
- insuffisance respiratoire grave,
- syndrome d'apnée du sommeil *(pauses respiratoires pendant le sommeil)*,
- insuffisance hépatique grave,
- myasthénie *(maladie caractérisée par une tendance excessive à la fatigue musculaire)*.

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

B/ Mises en garde spéciales :

Epilepsie :

En cas d'augmentation de la fréquence des crises ou d'apparition de crises d'un type différent : **consulter immédiatement votre médecin.**

Si une perte d'efficacité survient lors de l'utilisation répétée du médicament, n'augmentez pas la dose.

Risque de **DEPENDANCE** : ce traitement peut entraîner,

surtout en cas d'utilisation prolongée, un état de dépendance physique. Divers facteurs semblent favoriser la survenue de la dépendance :

- durée du traitement,

• dose,

- antécédents d'autre dépendance (alcool, drogue), non, y compris alcool.

La dépendance peut être favorisée par :

facteurs favorisants.

Pour plus d'informations, consultez votre pharmacien.

Arrêter **BRUTALEMENT** le traitement sans avis médical.

L'apparition d'un phénomène caractérisé par l'apparition de :

quelques jours, de signes tels que :

insomnie, douleurs musculaires, etc.

également une agitation, une

un engourdissement ou des picotements des extrémités, une

sensibilité anormale au bruit, à la lumière ou aux contacts

physiques, etc.

Les modalités de l'arrêt du traitement doivent être définies avec votre médecin.

La diminution très **PROGRESSIVE** des doses et l'espacement

des prises représentent la meilleure prévention de ce

phénomène de sevrage. Cette période sera d'autant plus

longue que le traitement aura été prolongé.

Malgré la décroissance progressive des doses, un phénomène

de **REBOND** sans gravité peut se produire, avec réapparition

TRANSITOIRE des symptômes (anxiété) qui avaient justifié la

mise en route du traitement.

Des troubles de mémoire ainsi que des altérations des

fonctions psychomotrices sont susceptibles d'apparaître dans

les heures qui suivent la prise du médicament.

Chez certains sujets, ce médicament peut provoquer des

réactions contraires à l'effet recherché : insomnie,

cauchemars, agitation, nervosité, euphorie ou irritabilité,

tension, modifications de la conscience, voire des

comportements potentiellement dangereux (agressivité

envers soi-même ou son entourage, ainsi que des troubles du

comportement et des actes automatiques).

Si une ou plusieurs de ces réactions surviennent, contactez le plus rapidement possible votre médecin.

Les benzodiazépines et produits apparentés doivent être

utilisés avec prudence chez le sujet âgé, en raison du risque

de somnolence et/ou de relâchement musculaire qui

peuvent favoriser les chutes, avec des conséquences souvent

graves dans cette population.

En raison de la présence de lactose, ce médicament ne doit

pas être utilisé en cas de galactosémie congénitale, de

syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de

déficit en lactase (maladies métaboliques rares).

C/ Précautions d'emploi :

Ce traitement médicamenteux ne peut à lui seul résoudre les

23,50





AUGMENTIN 1 g/125 mg, ADULTES, poudre pour suspension buvable en sachet-dose

AUGMENTIN 500 mg/62,5 mg ADULTES, comprimé pelliculé
Amoxicilline/acide clavulanique

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'information au médecin ou au pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit (ou a été prescrit à votre enfant). Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie 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 au médecin ou au pharmacien.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que AUGMENTIN et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre AUGMENTIN ?
3. Comment prendre AUGMENTIN ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver AUGMENTIN ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE AUGMENTIN ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : Association de pénicillines, y compris inhibiteurs de la bêta-lactamase

- code ATC : J01CR02

AUGMENTIN est un antibiotique qui tue les bactéries responsables des infections. Il contient deux molécules différentes, appelées amoxicilline et acide clavulanique. L'amoxicilline appartient à un groupe de médicaments appelés « pénicillines », qui peuvent parfois irriter d'être efficaces (être inactivés). L'autre constituant actif (l'acide clavulanique) empêche cette inactivation.

AUGMENTIN est utilisé chez l'adulte et chez l'enfant pour traiter les infections suivantes :

- infections de l'oreille moyenne et des sinus,
- infections des voies respiratoires,
- infections des voies urinaires,
- infections de la peau et des tissus mous, incluant les infections dentaires,
- infections des os et des articulations.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE AUGMENTIN ?

- AUGMENTIN 1 g/125 mg, ADULTES, poudre pour suspension buvable en sachet-dose :

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Ne prenez jamais AUGMENTIN :

- si vous êtes allergique à l'amoxicilline, à l'acide clavulanique, à la pénicilline ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6,
- si vous avez déjà présenté une réaction allergique grave (hypersensibilité) à un autre antibiotique. Ceci peut inclure une éruption cutanée ou un gonflement du visage ou du cou,
- si vous avez déjà eu des problèmes au foie ou développé un ictère (jaunissement de la peau) lors de la prise d'un antibiotique.

→ Ne prenez pas AUGMENTIN si vous êtes dans l'une des situations mentionnées ci-dessus.

En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre AUGMENTIN.

Avvertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre AUGMENTIN 1 g/125 mg, poudre pour suspension buvable en sachet-dose si vous :

- souffrez de mononucléose infectieuse,
- êtes traité(e) pour des problèmes au foie ou aux reins,
- n'urinez pas régulièrement.

En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre AUGMENTIN.

Dans certains cas, votre médecin pourra rechercher le type de bactérie responsable de l'infection. Selon les résultats, il pourra vous prescrire un dosage différent d'AUGMENTIN ou un autre médicament.

Réactions nécessitant une attention particulière

AUGMENTIN peut aggraver certaines maladies ou engendrer des effets secondaires graves, notamment des réactions allergiques, des convulsions et une inflammation du gros intestin. Lorsque vous prenez AUGMENTIN, vous devez surveiller certains symptômes afin de réduire les risques. Voir « Réactions nécessitant une attention particulière », à la rubrique 4.

Tests sanguins et urinaux

Si vous effectuez des analyses de sang (nombre de globules rouges ou explorations fonctionnelles hépatiques) ou des analyses d'urine (dosage du glucose), vous devez informer le médecin ou l'infirmière(ier) que vous prenez AUGMENTIN. En effet, AUGMENTIN peut influer sur les résultats de ces types de tests.

Autres médicaments et AUGMENTIN :

Informez votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament.

PPV: 138.30 DH
LOT: 647884
PER: 09/23

Si vous prenez de l'alcool

réaction cutanée allergique

Si vous prenez du pro

d'ajuster votre dose d

Si des médicaments s

pris avec AUGMENTIN

AUGMENTIN peut inf

cancer ou les maladi

AUGMENTIN peut inf

rejet de greffe d'organes

Grossesse et allaitement

Si vous êtes enceinte ou

si vous pensez être enceinte ou planifiez

une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce

médicament.

Conduite de véhicules et utilisation de machines

AUGMENTIN peut provoquer des effets indésirables susceptibles de réduire la capacité à

conduire.

Ne conduisez pas et n'utilisez pas de machines si vous ne vous sentez pas bien.

AUGMENTIN 1 g/125 mg, ADULTES, poudre pour suspension buvable en sachet-dose

contient de l'aspartame (E951) et de la maltodextrine (glucose) :

• l'aspartame (E951) qui est une source de phénylalanine. Celle-ci peut être nocive chez les

patients nés avec une maladie appelée « phénylcétonurie ».

• Maltodextrine (glucose) : Si votre médecin vous a dit que vous avez une intolérance à

certaines sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

3. COMMENT PRENDRE AUGMENTIN ?

Veuillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre

médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

Poseologie

Adultes et enfants de 40 kg et plus

• Dose habituelle : 1 sachet de 1g/125mg ou 2 comprimés de 500mg/62.5mg trois fois par

jour.

• Dose inférieure : 1 sachet de 1g/125mg ou 2 comprimés de 500mg/62.5mg deux fois par

jour.

Enfants pesant moins de 40 kg

Les sachets AUGMENTIN 1 g/125 mg ne sont pas recommandés.

Les enfants âgés de 5 ans ou moins doivent de préférence être traités avec Augmentin en

suspension buvable ou en sachet 500mg/62.5mg.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien si vous devez donner des

comprimés de Augmentin à des enfants pesant moins de 40 kg.

Patients souffrant de problèmes rénaux et hépatiques

• En cas de problèmes rénaux, une adaptation de la posologie peut être nécessaire. Le

médecin pourra prescrire un dosage différent ou un autre médicament.

• En cas de problèmes au foie, des analyses de sang plus fréquentes pourront être

nécessaires afin de vérifier le fonctionnement de votre foie.

Mode d'administration

• Répartissez les prises de manière régulière au cours de la journée ; elles doivent être

espacées d'au moins 4 heures. Ne prenez pas 2 doses en 1 heure.

• Ne prenez pas AUGMENTIN pendant plus de 2 semaines. Si vos symptômes persistent,

consultez de nouveau un médecin.

Augmentin 1g/125mg sachets :

• Juste avant la prise d'AUGMENTIN, ouvrez le sachet et mélangez son contenu dans un

demi-verre d'eau.

• Avalez le mélange au début d'un repas ou un peu avant.

Augmentin 500mg/62.5mg comprimés :

• Avalez les comprimés entiers avec un verre d'eau au début d'un repas ou un peu avant.

Si vous avez pris plus d'AUGMENTIN que vous n'auriez dû :

La prise d'une quantité excessive d'AUGMENTIN peut entraîner des maux de ventre (nausées,

vomissements ou diarrhée) ou des convulsions. Parlez-en à votre médecin le plus tôt possible.

Montrez la boîte de médicament au médecin.

Si vous oubliez de prendre AUGMENTIN :

Si vous avez oublié une dose, prenez-la dès que vous y pensez. Attendez ensuite environ 4

heures avant de prendre la dose suivante.

Si vous arrêtez de prendre AUGMENTIN :

Vous devez continuer de prendre AUGMENTIN jusqu'à la fin du traitement, même si vous vous

sentez mieux. Toutes les doses sont importantes pour combattre l'infection. Si certaines

bactéries devaient survivre, elles pourraient être à l'origine d'une réapparition de l'infection.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus

d'informations à votre médecin ou votre pharmacien.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils

ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.