

Signature de l'adhérent(e) :

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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														



البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب :
Le : 18/09/2023 : بتاريخ :

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 187211878 رقم التسجيل
Règlements de la période : من : 18/09/2023 : إلى : 18/09/2023 :
أداءات الفترة

Destinataire المرسل إليه
ATIQUI SAMYA

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des
prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la
période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي
استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعاملن	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الاداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
ATIQUI SAMYA											
137104095	22/08/2023	PH	PHARMACIES D	244,90	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	18/09/2023	132,37
137104095	22/08/2023	CS	OFFICINES OTO-RHINO-	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	18/09/2023	105,00
137104096	02/09/2023	PH	LARYNGOLOGIE PHARMACIES D	78,40	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	18/09/2023	44,10
137104096	02/09/2023	B	OFFICINES LABORATOIRES D	800,00	800,00	727,27	1,00	800,00	70,00	18/09/2023	560,00
137104096	02/09/2023	C	ANALYSES MEDECINE GENERALE	150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	18/09/2023	56,00
137104094	22/08/2023	PH	PHARMACIES D	136,20	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	18/09/2023	56,84
137104094	22/08/2023	CSC	OFFICINES CARDIOLOGIE	350,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70,00	18/09/2023	175,00
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											1129,31
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											1129,31

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web
ou le portail des assurés

ou l'application mobile

ou appeler notre serveur vocal au numéro

ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/
« Ma CNSS »

080 20 30 100

080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم

أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

is à suivre

feuille de soins par personne et par événement.

Les soins doivent être accompagnés de toutes les justificatives originales (ordonnances médicales, résultats des examens de radiologie et/ou de

Le prénom de la personne soignée doit être écrit par les praticiens eux-mêmes sur chaque feuille de

Les ordonnances et les PPM concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances transmises.

Les soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentés à la CNSS dans les deux mois qui suivent l'acte médical, sauf s'il y a traitement continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être remis dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la classification nationale de référence.

Les accidents de travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Le remboursement de la CNSS pour les prothèses dentaires et la faciale est nécessaire.

La CNSS ne rembourse pas les soins de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas couvertes par les sanctions légales et réglementaires.

Le remboursement pris par la CNSS est sous réserve du respect des conditions réglementaires et de la loi.

Signature et cachet de l'Agence

Signature de l'agent :

Date du dossier :

Instructions à suivre

Présentation de la feuille de soins par personne et par événement.

Il faut joindre à la feuille de soins toutes les justificatives originales (ordonnances médicales, résultats des examens de radiologie et/ou de

Il faut écrire le prénom de la personne soignée par les praticiens eux-mêmes sur chaque feuille de

Les ordonnances et les PPM concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances transmises.

Les soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentés à la CNSS dans les deux mois qui suivent l'acte médical, sauf s'il y a traitement continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être remis dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la classification nationale de référence.

Les accidents de travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.


Le remboursement de la CNSS pour les prothèses dentaires et la faciale est nécessaire.

La CNSS ne rembourse pas les soins de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas couvertes par les sanctions légales et réglementaires.

Le remboursement pris par la CNSS est sous réserve du respect des conditions réglementaires et de la loi.

Signature et cachet de l'Agence

Date d'arrivée :

 الصندوق الاجتماعي C N S S	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
	موافقة مسبقة Entente préalable	تنفيذ Exécution

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

اسم العائلة والشخصي : Nom et prénom : ATIQUI SAMYA	رقم التسجيل : N° Immatriculation : 1872M1878
رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° de la carte d'Identité Nationale : BJ348741	علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) : Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/>
العنوان : Adresse : Bat. Hachimi 5000, Rd. de la gare, Algiers	مبلغ المصاريف : Montant des frais : 4.949,90 Dhs.
عدد الوثائق المرفقة : Nombre de pièces jointes :	تصريح الطبيب المعالج Déclaration du Médecin traitant

المستفيد من العلاج : Bénéficiaire de soins : ATIQUI SAMYA	تاريخ الإيداع : Date de naissance : 13/09/1994
رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° de la carte d'Identité Nationale : BJ348741	الجنس : Sexe : M <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input checked="" type="checkbox"/>

نوع العلاج : Type de soins :	رقم الوطني للإستدلال بالممارسة : N° INP : 1872M1878
تم تقديم الطلب المعلق : Pli confidentiel remis : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	تاريخ الحمل : Date de grossesse :
تاريخ المرتقب للولادة : Date prévue d'accouchement :	تاريخ الإيداع : Date d'hospitalisation :
أسباب الحادث : Causes :	تاريخ الحادث : Date d'accident :
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.	أصر بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les Informations ci-dessus sincères et véritables.
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Signature et Cachet du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Signature et Cachet du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

CIM-10				
--------	--	--	--	--

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة والصور			
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste		
INP :							
INP :							
INP :							

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix Facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	
22 08 23	244,90		
INP :			
INP :			
INP :			

مركز بئر أنزاران لأمراض الأذن والأنف والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك وتقويم الدوار والصمك والشخير
Centre Bir Anzarane d'O.R.L. et de Chirurgie Cervico-maxillo-Faciale
Exploration des Vertiges et de la Surdité

Dr. Faouzi BELQADI

- CES D'ORL
- NEZ - GORGE - OREILLE
- Chirurgie Cervico - Maxillo - Faciale
- Vertige Ronflement
- Médecin Fédéral de la FFESSM



الدكتور فوزي بلقاضي

اختصاصي في امراض الاذن الانف
والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك
وتقويم الدوار والصمك والشخير
طبيب الجامعة الفرنسية للفلسف
والرياضات المائية

CASABLANCA LE 22/08/2023

Madame ATIQUI Samia

168,90

AUGMENTIN 1G BOITE DE 16

1 sachet matin et soir au début des repas pendant 8 jours.

57,10

ISOLONE 20 mg

3 comprimés le matin pendant 6 jours

19,60

PARANTAL C 1000

1 comprimé 3 fois dans un demi verre d'eau 3 par jour pendant 6 jours.

T. 244,90

PHARMACIE ELRAHMANI
KETTAN Houda
Docteur en Pharmacie
103, Bd Bir Anzarane - Casablanca
Tél : 05 22 23 84 84 / 05 22 98 14 67

Dr. BELQADI Faouzi
Spécialiste O.R.L.
119, Bd. Bir Anzarane - Ma rif
Tél : 05 22 23 84 84
05 22 98 14 67

ISOLONE

Prépnisone

FORMES ET PRESENTATIONS

ISOLONE 50 mg, boîte de 20 comprimés
ISOLONE 20 mg, boîte de 30 comprimés
ISOLONE 5 mg, boîte de 30 comprimés
ISOLONE 10 mg, flacon de 10 ml.

COMPOSITION

ISOLONE 50 mg : Prédnisone
Excipient Q.S.P.
ISOLONE 20 mg : Prédnisone
Excipient Q.S.P.
ISOLONE 5 mg : Prédnisone
Excipient Q.S.P.
ISOLONE 10 mg : Prédnisone
Excipient Q.S.P.

ISOLONE 20 mg
30 comprimés
AMM N° 65 DMP/21 NCN
6 118000 020806

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

ISOLONE est une hormone corticostéroïde synthétique dont l'effet est 4 fois plus fort que celui du cortisol physiologique.
ISOLONE est utilisé pour son effet anti-inflammatoire dans les affections ou maladies suivantes :

- POLYARTHRITE CHRONIQUE
- RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU
- ASTHME BRONCHIQUE ET BRONCHOPNEUMOPATHIES CHRONIQUES.
- AFFECTIONS ALLERGIQUES TELLE QUE DERMATOSE DE CONTACT.
- URTICAIRES GEANTS.
- NEURODERMATOSE.

CONTRE-INDICATIONS

ISOLONE ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- INFECTIONS A BACTERIES OU CHAMPIGNONS LORSQU'ELLES NE SONT PAS TRAITEES PAR ANTIBIOTIQUE OU ANTIMYCOSIQUE.
- MALADIES DUES A DES VIRUS (HERPES, ZONA, VARICELLE, HEPATITES...)
- GOUTTE.
- ULCERE DIGESTIF EN EVOLUTION ET SANS TRAITEMENT.
- CERTAINS TROUBLES MENTAUX.
- CERTAINES CIRRHOSSES.

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

MISE EN GARDE

- il est conseillé de suivre un régime riche en protéine et en calcium et pauvre en sucre.
- Prévenir votre médecin de toute maladie, surtout en cas d'hypertension artérielle, de diabète, d'ostéoporose, d'ulcère digestif (estomac, intestin, colon) récent ou ancien, d'insuffisance rénale.

AUGMENTIN 1 g/125 mg, AMM N° 65 DMP/21 NCN
buvable en sachet-dose

AUGMENTIN 500 mg/62,5 mg
Amoxicilline/acide clavulanique

Veuillez lire attentivement l'information
indiquant que ce sachet-dose contient des informations
- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin
- Si vous avez d'autres questions, demandez-les
- Ce médicament vous a été personnellement
la donner pas à d'autres personnes. Il ne
médicament sont identiques aux autres.
- Si l'un des effets indésirables décrits en
mentionné dans cette notice, contactez votre

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que l'AUGMENTIN et à quoi sert-il ?
2. Quelles sont les informations à connaître ?
3. Comment prendre l'AUGMENTIN ?
4. Quels sont les effets indésirables possibles ?
5. Comment conserver l'AUGMENTIN ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations

1. QU'EST-CE QUE l'AUGMENTIN et à quoi sert-il ?
L'AUGMENTIN est un antibiotique qui tue les bactéries responsables des infections.
Il est utilisé pour traiter les infections bactériennes.
L'AUGMENTIN est un antibiotique qui tue les bactéries responsables des infections.
Il est utilisé pour traiter les infections bactériennes.

2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre l'AUGMENTIN ?
L'AUGMENTIN est un antibiotique qui tue les bactéries responsables des infections.
Il est utilisé pour traiter les infections bactériennes.
L'AUGMENTIN est un antibiotique qui tue les bactéries responsables des infections.
Il est utilisé pour traiter les infections bactériennes.

3. Comment prendre l'AUGMENTIN ?
L'AUGMENTIN est un antibiotique qui tue les bactéries responsables des infections.
Il est utilisé pour traiter les infections bactériennes.
L'AUGMENTIN est un antibiotique qui tue les bactéries responsables des infections.
Il est utilisé pour traiter les infections bactériennes.

4. Quels sont les effets indésirables possibles ?
L'AUGMENTIN est un antibiotique qui tue les bactéries responsables des infections.
Il est utilisé pour traiter les infections bactériennes.
L'AUGMENTIN est un antibiotique qui tue les bactéries responsables des infections.
Il est utilisé pour traiter les infections bactériennes.

5. Comment conserver l'AUGMENTIN ?
L'AUGMENTIN est un antibiotique qui tue les bactéries responsables des infections.
Il est utilisé pour traiter les infections bactériennes.
L'AUGMENTIN est un antibiotique qui tue les bactéries responsables des infections.
Il est utilisé pour traiter les infections bactériennes.

6. Contenu de l'emballage et autres informations
L'AUGMENTIN est un antibiotique qui tue les bactéries responsables des infections.
Il est utilisé pour traiter les infections bactériennes.
L'AUGMENTIN est un antibiotique qui tue les bactéries responsables des infections.
Il est utilisé pour traiter les infections bactériennes.

AUGMENTIN 1 g/125 mg
16 sachets

6 118000 160182

AMM N° 65 DMP/21 NCN
6 118000 020806

PPV : 16,20 DH
LOT : 651129
PER : 07/24

traitement de la grippe, votre médecin peut décider
de prescrire la vaccination au sang (tels que la varicelle) contre
les infections respiratoires peuvent être requises.
Si vous avez une infection (ou infection) pour traiter la
grippe, votre médecin peut vous prescrire un médicament pour prévenir la
grippe.

Si vous prenez un médicament pour traiter la grippe, votre médecin peut vous prescrire un médicament pour prévenir la grippe.

Si vous prenez un médicament pour traiter la grippe, votre médecin peut vous prescrire un médicament pour prévenir la grippe.

Si vous prenez un médicament pour traiter la grippe, votre médecin peut vous prescrire un médicament pour prévenir la grippe.

Si vous prenez un médicament pour traiter la grippe, votre médecin peut vous prescrire un médicament pour prévenir la grippe.

Si vous prenez un médicament pour traiter la grippe, votre médecin peut vous prescrire un médicament pour prévenir la grippe.

Si vous prenez un médicament pour traiter la grippe, votre médecin peut vous prescrire un médicament pour prévenir la grippe.

Si vous prenez un médicament pour traiter la grippe, votre médecin peut vous prescrire un médicament pour prévenir la grippe.

Si vous prenez un médicament pour traiter la grippe, votre médecin peut vous prescrire un médicament pour prévenir la grippe.

Si vous prenez un médicament pour traiter la grippe, votre médecin peut vous prescrire un médicament pour prévenir la grippe.

Si vous prenez un médicament pour traiter la grippe, votre médecin peut vous prescrire un médicament pour prévenir la grippe.

Si vous prenez un médicament pour traiter la grippe, votre médecin peut vous prescrire un médicament pour prévenir la grippe.

Si vous prenez un médicament pour traiter la grippe, votre médecin peut vous prescrire un médicament pour prévenir la grippe.

Si vous prenez un médicament pour traiter la grippe, votre médecin peut vous prescrire un médicament pour prévenir la grippe.

Si vous prenez un médicament pour traiter la grippe, votre médecin peut vous prescrire un médicament pour prévenir la grippe.

Si vous prenez un médicament pour traiter la grippe, votre médecin peut vous prescrire un médicament pour prévenir la grippe.

Si vous prenez un médicament pour traiter la grippe, votre médecin peut vous prescrire un médicament pour prévenir la grippe.

Si vous prenez un médicament pour traiter la grippe, votre médecin peut vous prescrire un médicament pour prévenir la grippe.

Si vous prenez un médicament pour traiter la grippe, votre médecin peut vous prescrire un médicament pour prévenir la grippe.

Si vous prenez un médicament pour traiter la grippe, votre médecin peut vous prescrire un médicament pour prévenir la grippe.

PARANTAL C 1000®

Paracétamol, acide ascorbique

1- DENOMINATION DU MEDICAMENT PARANTAL C 1000®, Comprimés effervescents : Boîte de 10

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.
Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la consulter.
Si vous avez d'autres questions, si vous ne sentez pas mieux, si vous avez des effets indésirables, consultez votre médecin ou votre pharmacien.
Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Les symptômes identiques, cela pourrait être un effet indésirable. Si l'un des effets indésirables devient gênant, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

PARANTAL C 1000®
10 Comprimés effervescents



Consultez votre médecin ou votre pharmacien si vous avez des effets indésirables, même en cas de doute, même si l'effet indésirable n'est pas mentionné dans cette notice.

2- COMPOSITION DU MEDICAMENT

Paracétamol..... 1000 mg
Acide ascorbique..... 100 mg
Excipients : Acide tartrique, Bicarbonate de sodium, Saccharine sodique, Saccharose, Riboflavine (colorant), Pectine, Polysorbate 80, Eau purifiée, Ethanol à 96 %, Arôme naturel polyanisettes.
PARANTAL C 1000® ME 2001

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Saccharose, Sodium

3- CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Analgésique (calme la douleur) - Antipyrétique

4- INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Toutes les manifestations douloureuses et fièvre.
- Les états grippaux avec céphalées, courbatures.
- Rhinopharyngites.
- Règles douloureuses.
- Douleurs dentaires.

5- POSOLOGIE

Ce médicament est réservé à l'adulte et à l'adolescent. Prendre 1 comprimé 4 fois par jour en respectant un intervalle de 6 heures.

Les comprimés sont à dissoudre dans 1/2 verre d'eau.

6- CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Maladie grave du foie.
- Allergie connue au paracétamol ou aux autres constituants.
- Lithiase urinaire quand la dose d'acide ascorbique doit dépasser 1 g/24 h.

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

7- EFFETS INDESIRABLES

Comme tous les médicaments, PARANTAL C 1000® est susceptible d'avoir des effets indésirables :

- dans certains cas rares, il est possible que survienne une éruption ou une rougeur cutanée ou une réaction allergique pouvant se manifester par un brusque gonflement du visage et du cou ou par un malaise brutal avec chute de la pression artérielle. Il faut immédiatement arrêter le traitement, avertir votre médecin et ne plus jamais reprendre de médicaments contenant du paracétamol ;

- exceptionnellement, des modifications biologiques nécessitent un contrôle du bilan sanguin ont pu être observées : trouble du fonctionnement du foie, taux anormalement bas de certains éléments du sang (plaquettes) pouvant se traduire par des saignements de nez ou des gencives. Dans ce cas, consultez un médecin ;

- des doses élevées de vitamine C (supérieures à 1 g) favorisent chez certains sujets l'apparition de calculs rénaux et peuvent accroître l'hémolyse (destruction des globules rouges) chez les sujets déficients en G6PD.

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

8- MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES D'EMPLOI

Prendre des précautions particulières avec PARANTAL C 1000®, comprimé effervescent :

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 et de la vitamine C. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée.

PPU 10DH60
EXP 1/2025
LOT 250238

à renouveler en cas de besoin une