

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

itions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

que :

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

ducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

taire :

En cas de prothèses ou de traitement 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.

adie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

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



Déclaration de Maladie

Nº M21- 0059160

72593

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7797 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAMI Abd... Dhs

Date de naissance : 18/04/1965

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

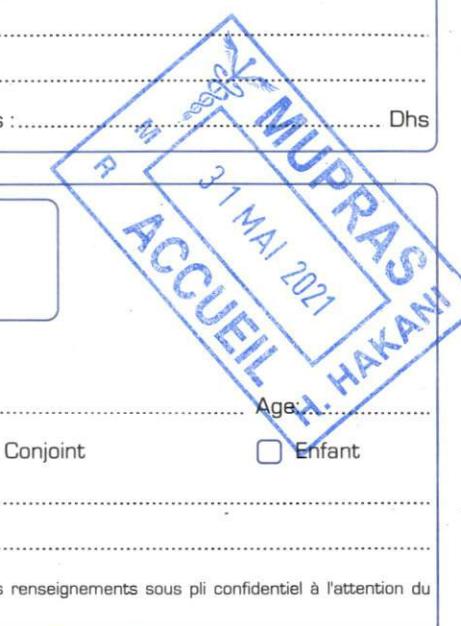
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

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

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

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

| | |
|--|--|
| توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence | خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO |
|--|--|

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier: _____

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، ...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشرطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية. ماعدا في حالة العلاج المستمر في هذه الحالة. يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يطلب رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لتحقيق هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة. سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

تعليمات يجب اتباعها

| | | | |
|---|--|------------------------|--|
|  CNSS Le devoir de vous protéger | ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie موافقة مسبقة * Entente préalable * | تنفيذ * Exécution * | مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. ANAM : 12.01.01 مرجع رقم : 610-1-02 |
|---|--|------------------------|--|

نº Dossier : **0661975731**

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : _____

رقم التسجيل :

Nº Immatriculation : **14121712140140**

Nº CIN : **BK 15570**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) * **موئل même**

Conjoint نوح Enfant ابن

Adresse : **72 Rés Al Hoda, Appt 18, 4ème étage, Rue de la**

Montant des frais : **2777.9 درهم**

عدد الوثائق المرفقة :

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإيداع :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس :

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفق :

INPE et code à barres **

| | |
|---|---|
| مедيцин traitant الطبيب المعالج Dr. Youness K. El Nabouti 235, Bd Anfa, Casablanca, 2095 Tel: 0524 41 Anfa | Etablissement de soins المؤسسة العلاجية INPE et code à barres 0661975731 |
|---|---|

نوع العلاجات :

| |
|---|
| Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> حادثة <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> مرض |
|---|

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

أشهر بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à : _____

Le : **21/01/2014**

في : **12/01/2014**

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré(e)

الطبقة المناسبة

- * Cocher la mention utile pour chaque case

- ** Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء ص- 2186 - الدار البيضاء - الهاتف : 060 203 3333

CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP 2186 Casa Gare Téléphone : 060 203 3333

| Description des actes effectués | | | | | وصف العمليات المجرأة |
|---------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------------|---|-----------------------|
| نوع العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP | الملبغ المفوت Montant facturé | توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant | |
| 29/04/2021 | K40 OP | | 2600,- | | |
| INPE et code à Barres | | | | | P_0920168415141 |
| 29/04/2021 | C | | gstat | | |
| INPE et code à Barres | | | | | 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1 |

CIM-10

| Actes Paramédicaux | | | | | | عمليات المساعدين الطبيين |
|--------------------------------|--------------------------------|---|------------------------------|----------------------------------|---|--------------------------|
| نوع العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP | عدد العمليات Nbre d'actes | الملبغ المفوت Montant facturé | توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical | |
| INPE et code à Barres | | | | | | 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1 |
| | | | | | | |
| INPE et code à Barres | | | | | | 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1 |

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

| Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie | | | | | العمليات الإشعاعية والتصوير |
|---|--------------------------------|--|----------------------------------|--|-----------------------------|
| نوع العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM | الملبغ المفوت Montant facturé | توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste | |
| INPE et code à Barres | | | | | 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1 |
| | | | | | |
| INPE et code à Barres | | | | | 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1 |

| جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة | | | |
|---|------------------------------|--|----------------------------|
| Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis | | | |
| نوع التغليف Date d'exécution | الثمن المفوت Prix facturé | Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux | |
| 29.04.21 | 177,90 | PHARMACIE AL WOURoud 67 Rue des Rosas A Côté de Masjid Annour Beausejour Tél: 0522 36 84 36 Casablanca Patente: 34808192 | |
| INPE et code à Barres | | | INPE_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1 |
| | | | |
| INPE et code à Barres | | | 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1 |

| Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire | | | |
|---|---------------|----------|------------|
| Nature de la prestation | Prix Unitaire | Quantité | Prix Total |
| | | | |

**بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري**

**RELEVE DES PRESTATIONS
AMO**



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Référence structurée : 210504868942161

Emis à Casablanca le : 00/00/00

Page : 1

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

N° d'immatriculation : 142704040
Règlement du mois : 05/2021
Mode de paiement : Virement

OUMLIL LATIFA
72 RUE EL OUROUD APPT 28 HAYERRAHA
CASABLANCA 2020

Informations :

معلومات :

| مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception | تاريخ العلاج Date de soins | العمليات Actes | مهنبو الصحة Prestataires de soins | مبلغ المصارييف Montant de la dépense | التعريفة المرجعية Tarif de référence | المعلم Coeff. | الكمية Quantité | أساس التعويض Base de remboursement | نسبة التعويض Taux de remboursement% | مبلغ التعويض Montant remboursé |
|---|-------------------------------|-------------------|--------------------------------------|---|--|------------------|--------------------|--|---|-----------------------------------|
| OUMLIL LATIFA | | | | | | | | | | |
| 086523286 | 29/04/2021 | KC | CLINIQUE DE L OEIL | 2 600,00 | 2 600,00 | 1,00 | 1,00 | 2 600,00 | 70 | 1 820,00 |
| 086523286 | 29/04/2021 | PHN | | 57,20 | 57,20 | 1,00 | 1,00 | 57,20 | 00 | 0,00 |
| 086523286 | 29/04/2021 | PH | | 120,70 | 102,30 | 1,00 | 1,00 | 102,30 | 70 | 71,61 |
| Total remboursé pour LATIFA | | | | | | | | | | 1 891,61 |
| Total général remboursé | | | | | | | | | | 1 891,61 |

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Commentaire LE 29/4/2021

Date : mercredi 5 mai 2021 التاریخ:
Heure : 09 h 25 WET الساعۃ:

Destinataire :

المرسل إلیه:

OUMLIL LATIFA
72 RUE EL OROUD APPT 28 HAYERRAHA
20200
CASABLANCA



86523286

| | | |
|---|--------------------------|---------------------------------------|
| N° CNSS | 142704040 | رقم ص.و.ض.ج. |
| N° de la Carte Nationale d'Identité | BK15570 | رقم البطاقة الوطنية للتعرف |
| Type dossier | Dossier de remboursement | نوع الملف |
| Valeur du dossier | 2777.9 Dhs | قيمة الملف |
| Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins) | 2 Pièces | عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات) |
| Bénéficiaire | OUMLIL LATIFA | المستفيد |

Madame, Monsieur,

Nous avons bien reçu votre demande et elle sera transmise au service compétent.

لقد توصلنا بطلبکم و سيتم إحالتھ على المصلحة المختصة.

تم معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي

للمزيد من المعلومات :

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم أو طريق الهاتف أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/
Ma CNSS
080 20 30 100
080 203 3333 / 080 200 7200

| | | | |
|----------------|--------------------|---|-----------------|
| الफ़क़س | الهَّاتِفُ | الْمَدِينَةُ | الْعَوْنَانُ |
| 05 22 41 80 68 | Fax 05 22 43 38 60 | Tél CASABLANCA Ville Rue Bir Jdid et angle Bd Ziraoui Bourgogne | Adresse ZIRAOUI |

رئاسة
Agence

ORDONNANCE

Casablanca le 29/04/2021

NOM : MON

PRENOM : AYO

1°) CHIBROCADRON (collyre)

1 goutte x3/j pdt 07 jours

1 goutte x2/j pdt 07 jours

1 goutte x1/j pdt 07 jours

S.V



2°) CILOXAN (collyre)

1 goutte x3/j pdt 15 jours

45,90

3°) SPECTRUM 500 MG (comprimés)

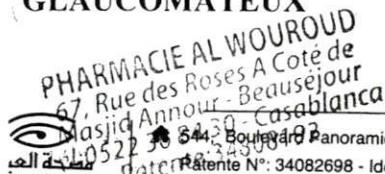
1 cp x2/j pdt 05 jours

74,80

177,90

TRAITEMENT A PARTIR DE CE JOURS

**NB ; NON ARRET DU TRAITEMENT SI VOUS ETES
GLAUCOMATEUX**

QUE DE L'OEIL
Californie

ICE N°: 00228119400046 - RC N°: 434621 - CNSS: 1563901
Dattent N°: 34082698 - Identifiant Fiscal N°: 37521862

+212 522 29 66 00 / 60
+212 522 86 46 18
+212 522 86 46 19
+212 522 86 46 20
+212 522 29 66 00 / 60
+212 522 86 46 21
info@clinic-oeil.com
www.clinic-oeil.com



Chibro-Cadron, collyre en flacon

Dexaméthasone / Néomycine

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser 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, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. 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 vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que CHIBRO CADRON, collyre en flacon et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser CHIBRO CADRON, collyre en flacon ?
3. Comment utiliser CHIBRO CADRON, collyre en flacon ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver CHIBRO CADRON, collyre en flacon ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE CHIBRO CADRON, COLLYRE EN FLACON ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : CORTICOIDES ET ANTI-INFECTIEUX EN ASSOCIATION, code ATC : S01CA01.

Ce médicament est un collyre (gouttes oculaires) contenant :

- un antibiotique de la famille des aminosides : la néomycine,
- et un corticoïde : la dexaméthasone.

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines inflammations et infections de l'œil :

- après chirurgie de l'œil,
- dans des infections avec inflammation, dues à des bactéries pouvant être combattues par l'antibiotique contenu dans ce médicament.

Si vous avez utilisé plus de CHIBRO CADRON, collyre en flacon que vous n'auriez dû

Des instillations répétées de façon prolongée du collyre peuvent entraîner un passage systémique non négligeable des principes actifs, une hypertension oculaire, une opacification du cristallin, une kératite superficielle, et un retard de cicatrisation. Si vous pensez avoir pris plus de CHIBRO CADRON, collyre en flacon, qu'il ne fallait et que vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, veuillez contacter votre médecin.

Si vous oubliez d'utiliser CHIBRO CADRON, collyre en flacon

Si vous oubliez de mettre une dose, mettez-la dès que possible, sauf s'il est presque l'heure de la dose suivante. Dans ce cas, reprenez votre traitement comme prescrit par votre médecin.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

- Sensations de brûlure, de larmoiement, gêne, rougeur.
- Risques de réactions allergiques.
- En usage prolongé : augmentation de la tension oculaire, opacification du cristallin, inflammation superficielle de la cornée.

Prévenir immédiatement votre médecin ou votre pharmacien en cas de symptômes inhabituel quel qu'il soit.

Si vous souffrez de dommages sévères de la cornée (couche transparente située à l'avant de l'œil) les phosphates peuvent causer, dans de très rares cas, des troubles de la vision en raison de l'accumulation de calcium pendant le traitement (nuage).

Effets indésirables issus des données obtenues après la mise sur le marché (fréquence non déterminée) :

Les effets indésirables suivants ont été observés après la mise sur le marché :

- Problèmes hormonaux : croissance de poils sur le corps (en particulier chez les femmes), faiblesse et fonte musculaire, vergetures (taches) violacées sur la peau, augmentation de la pression artérielle, règles irrégulières ou absence de règles, changements des niveaux

Chibro-Cadron,
collyre en flacon
Dexaméthasone / Néomycine

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser 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, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. 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 vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que CHIBRO CADRON, collyre en flacon et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser CHIBRO CADRON, collyre en flacon ?
3. Comment utiliser CHIBRO CADRON, collyre en flacon ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver CHIBRO CADRON, collyre en flacon ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE CHIBRO CADRON, COLLYRE EN FLACON ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : CORTICOIDES ET ANTI-INFECTIEUX EN ASSOCIATION, code ATC : S01CA01.

Ce médicament est un collyre (gouttes oculaires) contenant :

- un antibiotique de la famille des aminosides : la néomycine,
- et un corticoïde : la dexaméthasone.

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines inflammations et infections de l'œil :

- après chirurgie de l'œil,
- dans des infections avec inflammation, dues à des bactéries pouvant être combattues par l'antibiotique contenu dans ce médicament.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A

Si vous avez utilisé plus de CHIBRO CADRON, collyre en flacon que vous n'auriez dû

Des instillations répétées de façon prolongée du collyre peuvent entraîner un passage systémique non négligeable des principes actifs, une hypertension oculaire, une opacification du cristallin, une kératite superficielle, et un retard de cicatrisation. Si vous pensez avoir pris plus de CHIBRO CADRON, collyre en flacon, qu'il ne fallait et que vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, veuillez contacter votre médecin.

Si vous oubliez d'utiliser CHIBRO CADRON, collyre en flacon

Si vous oubliez de mettre une dose, mettez-la dès que possible, sauf s'il est presque l'heure de la dose suivante. Dans ce cas, reprenez votre traitement comme prescrit par votre médecin.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

- Sensations de brûlure, de larmoiement, gêne, rougeur.
- Risques de réactions allergiques.
- En usage prolongé : augmentation de la tension oculaire, opacification du cristallin, inflammation superficielle de la cornée.

Prévenir immédiatement votre médecin ou votre pharmacien en cas de symptômes inhabituel quel qu'il soit.

Si vous souffrez de dommages sévères de la cornée (couche transparente située à l'avant de l'œil) les phosphates peuvent causer, dans de très rares cas, des troubles de la vision en raison de l'accumulation de calcium pendant le traitement (nuage).

Effets indésirables issus des données obtenues après la mise sur le marché (fréquence non déterminée) :

Les effets indésirables suivants ont été observés après la mise sur le marché :

- Problèmes hormonaux : croissance de poils sur le corps (en particulier chez les femmes), faiblesse et fonte musculaire, vergetures (taches) violacées sur la peau, augmentation de la pression artérielle, règles irrégulières ou absence de règles, changements des niveaux de protéines et de calcium dans votre corps, croissance ralentie chez les enfants.



NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Dénomination du médicament :

CILOXAN® 0,3 % Collyre Ciprofloxacin

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire. 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, cela pourrait lui 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 à votre médecin, ou à votre pharmacien.

Que contient cette notice :

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

1 QU'EST-CE QUE CILOXAN collyre ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

Le collyre Ciloxan contient le principe actif ciprofloxacine (un antibiotique) qui agit contre de nombreuses bactéries qui peuvent provoquer des infections oculaires. Ciloxan collyre est destiné

au traitement des conjonctivites, des blépharites ainsi que des ulcères cornéens d'origine bactérienne et s'utilise uniquement sur ordonnance médicale

2 QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE OU D'UTILISER CILOXAN collyre

Contre-indications :

Ne pas utiliser CILOXAN 0,3 %, collyre

- si vous êtes allergique à la ciprofloxacine ou à un autre antibiotique similaire (la famille des quinolones),
- si vous êtes allergique à l'un des composants de ce collyre,

Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi :

Consultez immédiatement votre médecin si les irritations oculaires traitées s'aggravent dans les 2 à 3 jours après le début du traitement avec Ciloxan collyre ou si vous observez de nouveaux symptômes. Le traitement par Ciloxan doit être arrêté dès les premiers signes de tendinité.

3 COMMENT PRENDRE OU UTILISER CILOXAN collyre ?

Instructions pour un bon usage:

Ce médicament vous a été prescrit pour le traitement de vos problèmes oculaires actuels. L'antibiotique contenu dans le collyre Ciloxan n'est pas efficace contre tous les micro-organismes provoquant des infections oculaires. L'emploi incorrect d'un antibiotique inadéquat ou mal dosé peut être responsable de complications. N'utilisez donc jamais Ciloxan collyre sans prescription médicale pour le traitement d'une maladie autre que celle dont vous souffrez ou pour d'autres personnes. Même lors d'une nouvelle infection survenant ultérieurement, n'utilisez pas le médicament sans avoir eu recours à une nouvelle consultation chez votre médecin.

Posologie, Mode et/ou voie(s) d'administration, Fréquence d'administration et Durée

Ensuite Installez dans l'oeil atteint 1 à 2 gouttes toutes les 4 heures jusqu'à ce que l'inflammation bactérienne ait disparu.

En cas d'ulcère cornéen:

Adultes et enfants à partir de 1 an: Ciloxan doit être appliquée selon le schéma suivant, également pendant la nuit:

1^{er} jour: Installez dans l'oeil atteint 2 gouttes toutes les 15 minutes pendant les 6 premières heures, puis 2 gouttes toutes les 30 minutes.

2^{er} jour: Instiller 2 gouttes toutes les heures dans l'oeil atteint.

3^e-14^e jour: Instiller 2 gouttes toutes les 4 heures dans l'oeil atteint.

Un traitement antibiotique commencé ne doit pas être arrêté sans l'accord de votre médecin. Les symptômes de la maladie oculaire peuvent disparaître avant que l'infection soit complètement