

# ECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Généralités :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

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



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 0035934

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 14249 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FAKIR ABIB

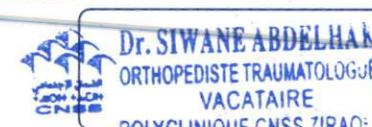
Date de naissance : 11/1970

Adresse : 13 Mohamed Abdar Bougarni

Tél. : 0665 17 98 27 Total des frais engagés : 100 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/03/2022

Nom et prénom du malade : F. KIR A.BIB Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Pied droit abîmé ⇒ Amputation G. Atte

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

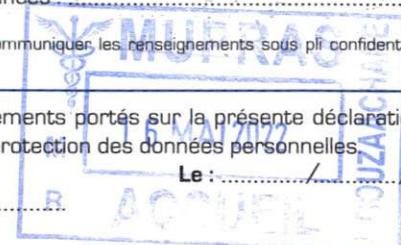
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 1/4/2022

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
28/03/2022	CAISSE DE LA CONSULTATION POLYCLINIQUE ZIRAOUI	1	150.00	Dr. SIWANE ADDAMAN ORTHOPÉDISTE TRAUMATOLOGUE VACATAIRE POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI
30/03/2022	ZIRAOUI	1	150.00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'AVENIR Mme ZIRAOUI 100, Bd Med El Mekrassi Boulogne Casablanca - Tel: 05 22 32 23 11	30/03/2022	174.00

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28/03/2022		
	28/03/2022		

## AUXILIAIRES MEDICAUX

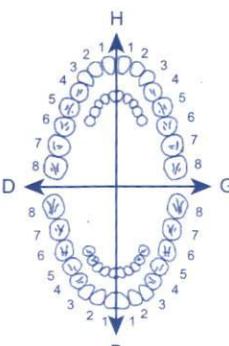
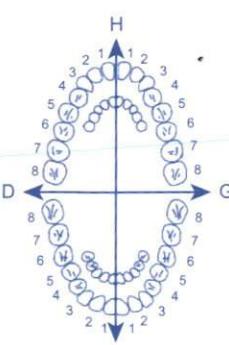
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux												
																
																
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>				<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>												
<table border="1" style="width: 100px; margin: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				<b>Coefficient des Travaux</b>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b>												
				<b>DATE DU DEVIS</b>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة  
ORDONNANCE

le ..... 30/03/2021

n° RAICIN AZIZA



1<sup>o</sup> Vibi. 8007

29/03

24

PHARMACIE DE L'AVENUE  
Mme DIAZZA  
100, Bd Med El Zaytoun - Casablanca - Tel. 05 22 27 22 31

11200

gen

1607

1mg IN } , 66

27300 3)

Dr. SIWANE ABDELHAK  
ORTHOPÉDISTE TRAUMATOLOGUE  
VACATAIRE  
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI



47400



PHARMACIE DE L'AVENUE  
Mme DIAZZA  
100, Bd Med El Zaytoun - Casablanca - Tel. 05 22 27 22 31

**Nervax® 75 mg, 150 mg Gélules**  
**DCI: Prégabaliné**

**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 toute autre question, 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.
- 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.

1. Qu'est-ce que **Nervax**, gélules et dans quels cas est-il utilisé?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre **Nervax**, gélules?
3. Comment prendre **Nervax**, gélules?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels?
5. Comment conserver **Nervax**, gélules?
6. Informations supplémentaires.

**1. QU'EST-CE QUE NERVAX, GELULES ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ?**

**Classe pharmacothérapeutique:**

Antiépileptiques, autres antiepileptiques (Code ATC: N03AX16).

**Indications thérapeutiques:**

**Douleurs neuropathiques**

**Nervax** est indiqué dans le traitement des douleurs neuropathiques périphériques et centrales chez l'adulte.

**Épilepsie**

**Nervax** est indiqué chez l'adulte en association dans le traitement des crises épileptiques partielles avec ou sans généralisation secondaire.

**Trouble Anxieux Généralisé**

**Nervax** est indiqué dans le traitement du Trouble Anxieux Généralisé (TAG) chez l'adulte.

**2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE NERVAX, GELULES?**

**Contre-indications:**

Si vous êtes allergique (hypersensible) à la prégabaline ou à l'un des autres composants contenus dans **Nervax**.

**Précautions d'emploi; mises en garde spéciales:**

**Faites attention avec Nervax**

La sécurité d'emploi et l'efficacité n'ont pas été établies chez les enfants et les adolescents (de moins de 18 ans) et pour cette raison, la prégabaline ne doit pas être utilisée dans cette tranche d'âge.

- Quelques patients prenant **Nervax** ont fait état de symptômes évocateurs d'une réaction allergique. Il s'agissait d'un gonflement du visage, des lèvres, de la langue et de la gorge ainsi que d'un rash cutané diffus. Contactez immédiatement votre médecin si vous présentez l'une de ces réactions.
- **Nervax** a été associé à des étourdissements et de la somnolence pouvant entraîner une perte de coordination et de force.

service des urgences de l'hôpital le plus proche. Prenez votre boîte de gélules ou votre flacon de **Nervax** avec vous. Vous pouvez ressentir somnolence, confusion, agitation ou nervosité si vous avez pris plus de **Nervax** que vous n'auriez dû.

**Si vous oubliez de prendre Nervax**

Il est important de prendre vos gélules de **Nervax** de façon régulière aux mêmes heures chaque jour.

Si vous avez oublié de prendre une dose, prenez-la dès que vous vous en rendez compte, à moins que ce ne soit le moment de prendre la dose suivante. Dans ce cas, prenez simplement la dose suivante comme convenu. Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre.

**Si vous arrêtez de prendre Nervax**

N'i

int

1 s

ce

vot

Voi

cor

une

pse

con

tran

Il n

fréq

adfr

AMM N°: 160/16 DMP/21/NNP

4. Q

Corr

effet

tout

Très

• éta

Fréq

• aug

• sei

la

troi

mén

eng

anon

vision

1PK127

03/2021

P.P.V 273.00 MAD (Dhs)

Per:

03/2023

# Gentamycine® Llorente

Gentamicine

## COMPOSITIONS

- |   |                |                     |
|---|----------------|---------------------|
| • Gentamicine (DCI) sulfate exprimé en base ..... | 2 ml           | Par ampoule de 3 ml |
|   | 40 mg ou 80 mg | 120 mg              |

Par ampoule de	3 ml	4 ml
	120 mg	160 mg

- Excipients q.s.

## FORMES ET PRESENTATIONS

### Soluté injectable :

- Ampoule de 2 ml (40 mg) : Boîte unitaire.
- Ampoule de 2 ml (80 mg) : Boîte unitaire et boîte de 6.
- Ampoule de 3 ml (120 mg) : Boîte unitaire et boîte de 6.
- Ampoule de 4 ml (160 mg) : Boîte unitaire et boîte de 6

## CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Antibiotique bactéricide de la famille des aminoglycosides.

## NOM ET ADRESSE DE L'EXPLOITANT

Zone industrielle, Ouest Ain Harrouda, Route Régionale N° 322  
(ex R.S 111) Km 12.400 Ain Harrouda 28630 Mohammedia - Maroc

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Les indications sont limitées aux infections à bactéries Gram négatif sensibles, notamment dans leurs localisations rénales et urinaires. La gentamicine, associée à un autre antibiotique, pourra être prescrite dans certaines infections à germes sensibles, en se basant sur les données bactériologiques. En particulier :

- infections rénales, urologiques et génitales ;
- infections cutanées et, en particulier, staphylococcies malignes de la face ;
- infections articulaires ;
- infections respiratoires ;
- septicémies et endocardites.

## CONTRE - INDICATIONS

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

- Allergie aux antibiotiques de la famille des aminoglycosides,
- Myasthénie,
- Aminosides (administration simultanée).

## Pour la gentamycine 160 mg :

- Insuffisance rénale sévère ;
- Hypoacusie préexistante ;
- Malade pesant moins de 50 Kg.

## MISE EN GARDE

Ce produit contient des sulfites qui peuvent éventuellement entraîner ou aggraver des réactions de type anaphylactique.

## PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Utiliser ce médicament avec précaution en cas de :

- Gentamycine devra être utilisée avec prudence chez les sujets porteurs d'une lésion vestibulaire ou cochléaire.
- La néphrotoxicité et l'ototoxicité de la gentamycine imposent les précautions suivantes : chez le sujet insuffisant rénal, n'utiliser Gentamycine qu'en cas de stricte nécessité et adapter la posologie en fonction de la créatininémie. Une surveillance médicale portant sur les fonctions rénale et auditive est nécessaire. Les taux sériques de l'antibiotique seront contrôlés dans toute la mesure du possible, afin d'éviter de dépasser, de façon prolongée, le seuil toxique pour l'appareil cochléovestibulaire que l'on situe à 10-12 µg/ml. De même, des taux sériques résiduels supérieurs à 2 µg/ml sont à éviter ;
- éviter d'associer la gentamycine aux diurétiques très actifs,
- éviter les traitements itératifs et/ou prolongés, surtout chez les sujets âgés.
- En cas d'intervention chirurgicale, informer l'anesthésiste réanimateur.

En cas de doute, ne pas hésiter à demander l'avis de votre médecin.

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Afin d'éviter d'éventuelles interactions entre plusieurs médicaments autre traitement en cours à votre médecin ou à votre pharmacien.

## GROSSESSE ET ALLAITEMENT

**Grossesse** : l'innocuité du produit au cours de la grossesse n'a pas été établie. Il n'existe pas de donnée sur l'effet sur le cochléovestibulaire du fœtus.

**Allaitement** : le passage dans le lait maternel est négligeable.

## POSOLOGIES

Les posologies seront adaptées à la sévérité de l'infection, à l'état et à l'âge du malade.





# Madécassol®

## Onguent et poudre

### COMPOSITION :

#### Onguent

Extrait titré de Centella asiatica\* ..... 1g  
Excipient : ..... qsp ..... 100g

Conserver à l'abri de la chaleur.

#### Poudre

Extrait titré de Centella asiatica\* ..... 2g  
Excipient : ..... qsp ..... 100g

\* Acides madécassique et asiatique, asiaticoside.

### INDICATIONS : utilisé :

- En traitement local d'appoint des ulcères des jambes d'origine veineuse, au stade de bourgeonnement, après détersion et antisepsie ;
- En massage dans les cicatrices fibreuses et hypertrophiques ;
- A titre d'appoint dans les plaies chirurgicales et brûlures légère à petite étendue.

### CONTRE-INDICATIONS :

Hypersensibilité aux composants

### PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

Formes non adaptées à l'usage ophtalmique ;

**Onguent** : Eviter l'utilisation sur des lésions qui ont tendance à macérer.

**Poudre** :

- Réservee aux lésions suintantes ;
- Ne pas utiliser sur des plaies profondes.

### EFFETS INDESIRABLES :

Possibilités de réactions cutanées de sensibilis-

### MODE D'EMPLOI ET POSOLOGIE :

Détersion et désinfection de la plaie avant appli-

Application d'onguent ou de poudre selon les b-

#### Présentation :

-Onguent à 1% : Tubes de 10g et 30g.

-Poudre à 2% : Flacon de 10g.

58119230  
C21005



# Madécassol®

## Onguent et poudre

### COMPOSITION :

#### Onguent

Extrait titré de Centella asiatica\* ..... 1g  
Excipient : ..... qsp ..... 100g

Conserver à l'abri de la chaleur.

#### Poudre

Extrait titré de Centella asiatica\* ..... 2g  
Excipient : ..... qsp ..... 100g

\* Acides madécassique et asiatique, asiaticoside.

### INDICATIONS : utilisé :

- En traitement local d'appoint des ulcères des jambes d'origine veineuse, au stade de bourgeonnement, après détersion et antisepsie ;
- En massage dans les cicatrices fibreuses et hypertrophiques ;
- A titre d'appoint dans les plaies chirurgicales et brûlures légère à petite étendue.

### CONTRE-INDICATIONS :

Hypersensibilité aux composants

### PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

Formes non adaptées à l'usage ophtalmique ;

**Onguent** : Eviter l'utilisation sur des lésions qui ont tendance à macérer.

**Poudre** :

- Réservee aux lésions suintantes ;
- Ne pas utiliser sur des plaies profondes.

### EFFETS INDESIRABLES :

Possibilités de réactions cutanées de sensibilis-

### MODE D'EMPLOI ET POSOLOGIE :

Détersion et désinfection de la plaie avant appli-

Application d'onguent ou de poudre selon les b-

#### Présentation :

-Onguent à 1% : Tubes de 10g et 30g.

-Poudre à 2% : Flacon de 10g.

58119230  
C21005



وصفة  
ORDONNANCE

le ..... 28/03/2022

N° PACSIN ABID

prescription du phys.

→ une dose

→ autre

→ ...

CAISSE DE LA CONSULTATION  
POLYCLINIQUE ADDAMAN  
ZIRAOUI

Dr. SIWANE ABDELHAK  
ORTHOPÉDISTE TRAUMATOLOGUE  
VACATAIRE  
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI



POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI  
 Boulevard ZIRAOUI 20000 CASABLANCA  
 Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91  
 INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



الجهاز الاجتماعي  
C.N.S.S.

0 9 0 0 0 1 5 5 3

N° IPP : 734749	N° SEJOUR : 220009830	<b>FACTURE N° 2204000660</b>				DATE D'ENTREE : 28/03/2022		DATE DE SORTIE : 28/03/2022		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		FAKIR,Abid		
MALADE : FAKIR,Abid		UF: 5004 LABORATOIRE								
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
<b>ACTES DE BIOLOGIE</b> Acte de Biologie Médicale	B	60.00	1.10	66.00					0.00	66.00

Intervenant : 106999 EQUIPE LABO DE BIOLOGISTES LABORATOIRE D'ANALYSE DE TOTAUX :				66.00						66.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : SOIXANTE SIX DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
				REMISE :	0.00	REGLE :	66.00		AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 30/03/2022 EDITEE LE : 30/03/2022 PAR: SIBAI				ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA				N° DE POLICE :			DATE AT :			
				Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI						
				BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA						
				N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54						

CAISSE DE LA CONSULTATION  
POLYCLINIQUE ADDAMAN  
ZIRAOUI



POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI  
 Boulevard ZIRAOUI 20000 CASABLANCA  
 Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91  
 INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	734749	N° SEJOUR :	220009830	FACTURE N° 2204000639				DATE D'ENTREE : 28/03/2022		DATE DE SORTIE : 28/03/2022	
ASSURE :								DESTINATAIRE :		FAKIR,Abid	
MALADE : FAKIR,Abid				UF: 5004 LABORATOIRE							
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S :							
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :									
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE		
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	
ACTES DE BIOLOGIE											
Acte de Biologie Médicale	B	90.00	1.10	99.00					0.00	99.00	

Intervenant : 106999 EQUIPE LABO DE BIOLOGISTES LABORATOIRE D'ANALYSE DE TOTAUX :				99.00						99.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :				ACOMPTE:			
QUATRE-VINGT DIX-NEUF DHS											
				REMISE : 0.00 REGLE : 99.00				AVOIR :			
				RESTE DU: 0.00							
DATE FACTURE : 28/03/2022 EDITEE LE : 28/03/2022 PAR: SIBAI				ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA				N° DE POLICE :				DATE AT :			
CAISSE DE LA CONSULTATION POLYCLINIQUE ADDAMAN ZIRAOUI				Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI							
				BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA							
				N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54							



# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

CASABLANCA LE 30/03/2022

NOM ET PRENOM      FAKIR ABID

REF                    9830

SERVICE             EXTERNE

## ANTIBIOTIQUE STAPH

Examen demandé : N°E10 DU 28/03/2022

N°E10

ANTIBIOTIQUES	I / R / S	ANTIBIOTIQUES	I / R / S
<b>B LACTAMINE</b>		<b>DIVERS</b>	
PENICILLINE A	RESISTANT	TEICOPLAMINE	RESISTANT
OXACILLINE	RESISTANT	ACIDE FUSIDIQUE	RESISTANT
OXACILLINE coagulase( -)	RESISTANT	LINEZOLID	RESISTANT
<b>GLYCOPEPTIDES</b>		FOSFOMYCINE	SENSIBLE
Vancomycine	RESISTANT	RIFAMPICINE	RESISTANT
<b>CEPHALOSPORINES</b>		<b>LINCO-SAMIDES</b>	
CEFOXITINE	RESISTANT	LINCOMYCINE	RESISTANT
		CLINDAMYCINE	RESISTANT
<b>MACROLIDES</b>		<b>STREBTOGRAMINES</b>	
ERYTHROMYCINE	RESISTANT	PRISTINAMYCINE	RESISTANT
		QUINUPRISTINE- DALFOPRISINE	RESISTANT
<b>AMINOSIDES</b>		<b>QUINOLONES</b>	
KANAMYCINE	SENSIBLE	Levofloxacine	RESISTANT
Gentamicine	SENSIBLE	Ofloxacine	RESISTANT
Tobramycine	SENSIBLE	<b>SULFAMIDES/ ASSOCIATIONS</b>	
<b>TETRACYCLINE</b>		COTRIMOXAZOLE	RESISTANT
MINOCYCLINE	SENSIBLE	<b>AUTRES</b>	
TETRACYCLINE	SENSIBLE	NITROFURANTIONE	RESISTANT



Polyclinique CNSS Ziraoui  
Service Laboratoire  
Examens Externes