

## 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.

### 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-764955

131773

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 10452

Matricule : 10452 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : SEITY

Nom & Prenom : ELAMRAOUI


Date de naissance : 26/07/1975

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : .....

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 : CASA

Le : 03/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : 

INVIK



## QUELQUES CONSEILS POUR REMPLIR LA FEUILLE DE SOIN

- 1- Établir une feuille de soins par personne et par événement.
- 2- La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire) ...
- 3- Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux-mêmes sur chaque feuille de soins.
- 4- Les ordonnances sur lesquelles doivent être collées les codes - barres de produits pharmaceutiques (à défaut joindre la partie de l'emballage portant le prix du produit et les prospectus des produits pharmaceutiques).
- 5- La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les trois mois qui suivent le dernier acte médical.
- 6- Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.
- 7- 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.
- 8- L'obligation de remboursement prise par la CMIM est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

## NOTE D'INFORMATION RELATIVE A LA LOI 09-08

Les données collectées par la CMIM sont nécessaires à la Gestion des remboursements des dossiers Maladie / Maternité.

Peuvent seuls, dans la limite de leurs attributions respectives, être destinataires de ces informations : le personnel de la CMIM, les médecins conseils, les affiliés, le souscripteur, les praticiens conventionnés, le dispositif de contrôle externe et les organes de règlement du secteur en cas de besoin.

Conformément à la loi n°09-08, vous pouvez accéder aux informations vous concernant, les rectifier ou vous opposer au traitement de vos données pour motif légitime, par courrier avec accusé de réception à l'adresse suivante : CMIM, service audit interne, 35 Bd d'Anfa, 20000 - CASABLANCA.

Ce traitement a reçu récépissé de la commission nationale de contrôle la protection des données à caractère personnel, sous le numéro A-161/2013 en date du 28/02/2014



REFERENCE DOSSIER



## DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

(Réservée à la CMIM)

D:

T:

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E) (1)

Nom et Prénom :

MATRICULE ASSURE :

N° CIN :

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE (1)

Nom et Prénom :

MATRICULE BENEFICIAIRE :

Date de naissance :

Montant des frais (DHS) :

Nombre de pièces jointes :

(1) L'exactitude et l'exhaustivité des informations remplies, vous garantissent le bon traitement de votre demande de remboursement.

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau : .....	
CACHET	

SIEGE SOCIAL : 36, Boulevard d'anfa - CASABLANCA Tél : 05 22 20 24 20 / 21 Fax : 05 22 26 24 51

Cette feuille est téléchargeable sur votre extranet : [www.cmim.ma](http://www.cmim.ma)



## PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénom du malade : F. Rodriguez Hernandez

Nature de la maladie (4): Leptospirose

CIM-10

(a) À fournir formulaire de maladie de longue durée si ALD non déclarée (voir site CMIM)

## NATURE DES PRÉSTATIONS

Praticien	Date début et fin de soin	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Médecin traitant *** Nature d'acte à préciser	20/06/21	C			
	23/06/21	C			
Radiographie *** Demande d'accord préalable à fournir si radiologie lourde (Scanner, IRM, plus de 3 radios...) *** Déclaration des circonstances du traumatisme si c'est le cas					
Analyses *** Demande d'accord préalable est obligatoire pour tout bilan lourd et spécifique					

Praticien	Date début et fin de soins (*)	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					

(a)<sup>1</sup> - La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, psychothérapie ...)  
- Accord préalable obligatoire

## FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE: 992930849

Date (1) début Traitement	Date (2) fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
20/0/2022		Augmenter 1/6	01	126,30	126,30
		Relax	02	101,00	202,00
		Xe 1/50g	01	46,60	46,60
		<b>TOTAL</b>	04	116,80	374,90

(a)<sup>2</sup> Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

## OPTIQUE (1)

Code INPE: | | | | | | | | | |

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(\*)<sup>3</sup>- La prescription et la facture des verres sont obligatoires.

- En cas de changement d'acuité visuelle, un certificat du médecin traitant mentionnant l'ancienne et la nouvelle acuité est obligatoire.



<b>RELEVÉ DES PRESTATIONS</b>			<b>الصندوق التفاضلي المهني المغربي</b> Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine
Date de paiement : 08/08/2022 Num Paiement : 1454346 Assuré : EL RHODAIBI HASSAN N° d'immatriculation : 10054129 Mode de règlement : Virement		EL RHODAIBI HASSAN (BANK OF AFRICA) AUC EL OULFA MAROC	
Emis à Casablanca le : 09/09/2022			Page : 1

Nous avons le plaisir de vous informer ci-dessous des règlements effectués en votre faveur.

N° dossier	Date de soins	Actes	Qte	Coef	Taux de Remboursement	Dépenses	Base de remboursement	Remboursement autre mutuelle ou assurance	Montant rembourse	Motif rejet
Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129 \001CMIM0240M20220804003692										
ML3106765	08/07/2022	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1,00	85.00	250,00	300,00	0,00	212,50	
ML3106765	08/07/2022	JARDIANCE 10 MG (550 DH)	6	1,00	85.00	3 300,00	3 300,00	0,00	2 805,00	
ML3106765	08/07/2022	GLUCOPHAGE 850 850 MG (Prix : 45,2 dhs)	3	1,00	85.00	135,60	135,60	0,00	115,26	
Total remboursé pour HASSAN						3 685,60			3 132,76	
Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129 \001CMIM0275M20220804003988										
ML3255187	20/06/2022	PHARMACIE	1	1,00	85.00	416,80	416,80	0,00	354,28	
Total remboursé pour HASSAN						416,80			354,28	
Total général remboursé									3 487,04	



Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE-METABOLISME

Lauréate de la Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جوويل

إختصاصية في أمراض الغدد والتغذية

خريجة كلية الطب بباريس

M' EL RHODAIBI Hamza

Casablanca, le : 09/07/22

50<sup>mg</sup> X 6 JARDIANE 10 1 le matin -  
glucophage 850 1 à midi

45<sup>mg</sup> X 3 D. Gimon

343563

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle  
Maarif - CASABLANCA

PHARMACIE EL LOTF  
Mme. BENJELLOUN NEAMA  
313, Bd. Oued Tensift El Oulfa  
Casablanca - Tél. 05 22 98 14 67

119, شارع بئر انزران - إقامة رمزي, باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 98 14 67 - 05 22 23 84 84 - 05 22 99 26 53

119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maarif - 20100 CASABLANCA  
Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr - ICE : 001634169000021



6 118001 041077  
Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)  
30 comprimés pelliculés  
PPV: 550 DH 00  
BOTTU S.A.

6 118001 041077  
Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)  
30 comprimés pelliculés  
ROTTU S.A. PPV: 550 DH 00

6 118001 041077  
Jardance 10 mg  
(Empagliflozine)  
30 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A. PPV: 530 DH 00

ॐ नमो भगवते वासुदेवाय  
॥ श्रीकृष्णाय नमः ॥  
१० ज्ञानं विद्यां च धर्मं च  
२५ अथ कुरुक्षेत्रे

**Jardiance®**  
Empagliflozine  
**10 mg comprimés pelliculés**  
**25 mg comprimés pelliculés**

313745-06



**Boehringer  
Ingelheim**

GLUCOPHAGE 500 mg comprimés pelliculés  
GLUCOPHAGE 350 mg comprimés pelliculés  
GLUCOPHAGE 1000 mg comprimés pelliculés

Chlorhydrate de mephormine

4. 2011-12-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1

GLUCOPHAGE - 30 mg, comprimé pellicule  
GLUCOPHAGE 150 mg, comprimé pellicule  
GLUCOPHAGE 120 mg, comprimé pellicule

Chlorhydrate de melformine

6 118001 041077  
Jardiance 10 mg  
Empagliflozine  
30 comprimés pelliculés  
USA DDP: 550 07 00

6 118001 041077  
Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)  
30 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A PPV: 550 DH 00  
313899-02

**Jardiance®**  
Empagliflozine  
**10 mg comprimés pelliculés**  
**25 mg comprimés pelliculés**

313745-06



**Boehringer  
Ingelheim**



Norm et prénom du malade : LYRHO DAISE, Hajar  
 Nature de la maladie (N) : Diabète  
 CIM-10 : B

## NATURE DES PRESTATIONS

Praticien	Date début et fin de soins (4)	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					_____
					_____

FRAIS PHARMACUTIQUE

Code INP 092025014

(a) Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

## OPTIQUE (7)

Code INPE: | | | | | | | | | |

(\*)<sup>3</sup>- La prescription et la facture des verres sont obligatoires.

- En cas de changement d'acuité visuelle, un certificat du médecin traitant mentionnant l'ancienne et la nouvelle acuité est obligatoire pour le remboursement des verres avant délai.



## QUELQUES CONSEILS POUR REMPLIR LA FEUILLE DE SOIN

- 1- Établir une feuille de soins par personne et par événement.
- 2- La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire) ...
- 3- Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux-mêmes sur chaque feuille de soins.
- 4- Les ordonnances sur lesquelles doivent être collées les codes - barres de produits pharmaceutiques (à défaut joindre la partie de l'emballage portant le prix du produit et les prospectus des produits pharmaceutiques).
- 5- La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les trois mois qui suivent le dernier acte médical.
- 6- Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.
- 7- 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.
- 8- L'obligation de remboursement prise par la CMIM est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

## NOTE D'INFORMATION RELATIVE A LA LOI 09-08

Les données collectées par la CMIM sont nécessaires à la Gestion des remboursements des dossiers Maladie / Maternité.

Peuvent seuls, dans la limite de leurs attributions respectives, être destinataires de ces informations : le personnel de la CMIM, les médecins conseils, les affiliés, le souscripteur, les praticiens conventionnés, le dispositif de contrôle externe et les organes de règlement du secteur en cas de besoin.

Conformément à la loi n°09-08, vous pouvez accéder aux informations vous concernant, les rectifier ou vous opposer au traitement de vos données pour motif légitime, par courrier avec accusé de réception à l'adresse suivante : CMIM, service audit interne, 35 Bd d'Anfa, 20000 - CASABLANCA.

Ce traitement a reçu récépissé de la commission nationale de contrôle la protection des données à caractère personnel, sous le numéro A-161/2013 en date du 28/02/2014



## DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

REFERENCE DOSSIER



(Réservée à la CMIM)

D: \_\_\_\_\_  
T: \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E) (1)

Nom et Prénom : EL RHODAN Hassan  
MATRICULE ASSURE : 110054129 N° CIN : BE84943

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE (1)

Nom et Prénom : EL RHODAN Hassan Lien de parenté : Fils  
MATRICULE BENEFICIAIRE : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Montant des frais (DHS): 3685,60 Nombre de pièces jointes : 10

(1) L'exactitude et l'exhaustivité des informations remplies, vous garantissent le bon traitement de votre demande de remboursement.

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau : .....	
CACHET	

SIEGE SOCIAL : 36, Boulevard d'anfa - CASABLANCA Tél : 05 22 20 24 20 / 21 Fax : 05 22 26 24 51

Cette feuille est téléchargeable sur votre extranet : [www.cmim.ma](http://www.cmim.ma)



**XENID** est un médicament à effet notoire :

- Suppositoires
- XENID 25 mg : Etui de 10 suppositoires
- XENID 100 mg : Etui de 10 suppositoires.
- Solution injectable I.M.
- XENID 75 mg / 3 ml : Etui de 2 et 6 ampoules.

**Excipient à effet notoire :** Mannitol, Alcool benzyle, Propylène glycol.

**Indications :**

- Chez l'enfant, elles sont limitées au traitement des rhumatismes inflammatoires (compromis et suppositoires).
- Chez l'adulte, elles sont limitées au :
- Traitement symptomatique au long cours : des rhumatismes inflammatoires (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante ou syndrome de Flessinger-Leroy-Reiter et rhumatisme psoriasique) ; de certaines formes de la goutte ;
- Traitement symptomatique de courte durée des poussées aiguës de polyarthrite rhumatoïde, de spondylarthrite ankylosante, de certaines lombalgies douloureuses aiguës, tendinites...) des arthrites aiguës ;
- Dysménorrhées essentielles (Xénid 50 mg comprimés uniquement).

**Contre-indications :**

- Ulcère gastrique ou duodénal en évolution.
- Hypersensibilité au Diclôfénac.
- Insuffisance rénale ou hépatique sévère.
- Grossesse et allaitement :

Il est recommandé de ne pas administrer XENID lors de l'allaitement.

**Les AINS passant dans le lait maternel, par mesure de précaution, il est déconseillé d'allaiter.**

**Précautions d'emploi :**

- Une surveillance médicale étroite est indispensable chez les patients atteints de troubles gastro-intestinaux, des acidités, des écoulements d'ulcères, des troubles du cœur, ou encore une atteinte de la fonction hépatique.
- **Ne pas utiliser de XENID pendant l'allaitement.**
- **Ne pas utiliser de XENID pendant l'allaitement.**

[illegible]

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

W200877-0

1

PPU: 168,20 DM  
LOT: 647989  
SER: 08/23

**QUINOLOX<sup>®</sup> 20**

Ofloxacin

**Vole orale**

LOT : 3432

LOT 3433  
UT. AM. 72.31

01. AV: 09-24

**P.P.V :101 DH 00**

**Le spectre antibactérien naturel de l'oxitetracycline**

**QUINOLOX<sup>®</sup> 20**

Ofloxacin

En

Form  
Com

Comp LC

Comp 5

Ofloxa P

Excipiej

Excipiet  
Honorat

- L'ofloxacin

### Le spectre antibactérien naturel de l'ofloxacine

- espèces habituellement sensibles : *Escherichia*

*indole* +, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Serratia*, *Salmonella*, *Campylobacter*, *Gardnerella*, *Corynebacterium*, *Lactobacillus*.

Campylobacter jejuni, Campylobacter coli, Aelion  
influenzae et para-influenzae. Haemophilus ducre

*Branhamella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*

*Clostridium perfringens*, *Mycoplasma*, *Chlamydia*

- espèces habituellement résistantes : *Bacteroid*  
*Neisseria*

Les *Staphylococcus aureus* résistants à la méticilline

des fluoroquinolones.

**Indications :**

Elles sont limitées chez l'adulte au traitement d

oestéoarticulaires, bronchiques et ORL et interventions

sévères dans les manifestations prostatiques.

**Contre-indications :**  
 A l'usage des médicaments du groupe des quin

- Allergie aux médicaments du groupe des quinolones

- Déficit en glucose-6-phosphate-déshydrogénase

- Enfants et adolescents en période de croissance

- Antécédents de tendinopathie avec une fluoro

- Femme enceinte ou qui allaite.

**Effets indésirables :**

\_\_\_\_\_





MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT  
HAY HASSANI  
CHP HAY HASSANI

## Ordonnance

Casablanca, 20/06/22

EL Rhodoubi Hassan

① Augmentin 1g  
168,20 1 x 2/1 p 7  
② Quinolax 2g  
101,00 x 2 1 p 7  
③ Xel 50  
46,60 1 x 2/1 p 7

Docteur EL ONK El Mostafa  
Délégation Hay Hassani  
INPE: 111052916  
Casablanca

110, Bd. BOUCHAIB REDDAD et Bd. OUED SEBBOU - Casablanca  
Tél.: 05 22 90 76 56. Fax : 05 22 89 05 54