

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-786074

149871

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10327 Société : RAN  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AZZAB Mohamed  
Date de naissance : 06/11/1974  
Adresse : BD HACHIMI FILALI Res Les Jardins  
à Bab 2 Imm 4 Apt 8 Casablanca 20420  
Tél. : 06 66 99 38 49 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : ATIQI Samya 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 : Casablanca Le : 17 / 02 / 2023  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible][illegible]

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

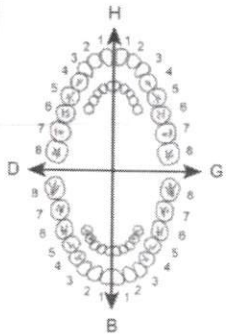
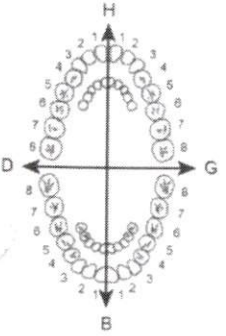
[illegible]

# 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											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 : 02/02/2023 : بتاريخ :

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 187211878 رقم التسجيل  
Règlements de la période : من :  
du : 16/12/2022 : إلى :  
au : 16/12/2022 : أداءات الفترة

المرسل إليه Destinataire

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	الفرعية المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	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											
81962290	07/11/2022	PH	PHARMACIES D	154,00	0,00	1.00	3,00	0,00	0,00	16/12/2022	107,80
81962290	07/11/2022	ECHO	OFFICINES GASTRO-ENTEROLOGIE	550,00	200,00	1.00	1,00	200,00	70,00	16/12/2022	140,00
81962290	07/11/2022	CS	GASTRO-ENTEROLOGIE	250,00	150,00	1.00	1,00	150,00	70,00	16/12/2022	105,00
81962289	29/11/2022	PH	PHARMACIES D	286,00	0,00	1.00	2,00	0,00	0,00	16/12/2022	144,34
81962289	29/11/2022	CS	OFFICINES UROLOGIE	300,00	150,00	1.00	1,00	150,00	70,00	16/12/2022	105,00
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											602,14
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											602,14

- 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](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://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

0671787234

REF: ANAV: 1.201-01

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie  
Obligatoireورقة العلاجات المتعلقة بالمرض  
Feuille de Soins Maladieموافقة مسبقة\*  
Entente préalable\*تنفيذ\*  
Exécution\*

مرجع رقم: 610-1-02



N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : ATIQUA Sanyaرقم التسجيل : 1187211878رقم بطاقة التعريف الوطنية : 33348741

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) \*

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \* Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابنالعنوان : 109, 19374418مبلغ المصاريف : 586 Dhs.عدد الوثائق المرفقة : 4

Déclaration du Médecin traitant نصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : ATIQUA Sanyaتاريخ الإزدياد : 11/11/11رقم بطاقة التعريف الوطنية : 1187211878الجنس : \* M ☐ ذكر F ☐ أنثى

Identification du Médecin traitant نصريح الطبيب المعالج

الرقم الوطني الإستدلالي للممارس : 109, 19374418

N° INP

نوع العلاجات : 109, 19374418تم تقديم الطرف المعلق : 109, 19374418Pli confidentiel remis\* : 109, 19374418تاريخ الحمل : 109, 19374418التاريخ المرتقب للولادة : 109, 19374418تاريخ الإستشفاء : 109, 19374418تاريخ الحادث : 109, 19374418أسباب الحادث : 109, 19374418

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à : 109, 19374418Le : 109, 19374418

توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré(e)

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

\* اشطب الخانة المناسبة

www.cnss.ma - الموقع على الانترنت 05 22 54 60 73 - الهاتف 05 22 54 60 73 - الفاكس 05 22 54 60 73

تعليمات يجب اتباعها

ons à suivre

feuille de soins par personne et par événement.

le soins doit être accompagnée de toutes les justificatives originales (ordonnances médicales, résultats des examens de radiologie et/ou de).

prénom de la personne soignée doivent être es praticiens eux mêmes sur chaque feuille de

us et les PPM concernant les médicaments ent être joints aux ordonnances transmises.

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

sement des frais engagés sera effectué sur la rification nationale de référence.

liés aux accidents du travail et maladies lles ne sont pas couverts.

éalable de la CNSS pour les prothèses et ie faciale est nécessaire.

onne coupable de fraude ou de fausse pour obtenir des prestations qui ne sont pas sible des sanctions légales et réglementaires.

de remboursement prise par la CNSS est : au respect des conditions réglementaires et de e.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

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

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفية الوطنية المرجعية

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

الموافقة المسبقة للصندوق الوطني للضمان الإجتماعي بالنسبة للبدلة السنوية والتفويض السنوي الوجهي ضرورية.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

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

توقيع وطابع الوكالة  
Cachet et signature de l'Agence

Date d'arrivée

تاريخ الإيداع

تاريخ الإيداع

تاريخ الإيداع

تاريخ الإيداع

تاريخ الإيداع

تاريخ الإيداع

تاريخ الإيداع

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرة
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 الطبيب المعالج Signature et Cachet de Médecin traitant
29/11/22				3000	

CIM-10

Actes Paramédicales					عمليات المساعدين الطبيين
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 المساعد المعالج Signature et Cachet du Paramédical
INP : [ ]					
INP : [ ]					
INP : [ ]					

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					جاء 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	طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du F ou Biologiste
INP : [ ]					
INP : [ ]					
INP : [ ]					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix Facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مهن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	
29/11/22	286.40		
INPE			
INP : [ ]			
INP : [ ]			
INP : [ ]			

## CLINIQUE LA SOURCE - S.C.P



Docteur MEZIANE EL MAHDI  
Docteur MEZIANE MUSTAPHA  
Docteur MEZIANE ANAS  
Docteur MEZIANE AMINE

Chirurgiens Urologues

## مصحة المنبع

الدكتور مزيان المهدي  
الدكتور مزيان مصطفى  
الدكتور مزيان أناس  
الدكتور مزيان أمين

جراحة المسالك البولية التناسلية

### ORDONNANCE

29/11/2022

Casablanca, le :

جراحة المسالك البولية التناسلية

UROLOGIE

endo-urologie

lithotritie

العلاج المنطاري  
تفتيت الحصى

الجراحة العامة والمنظارية

CHIRURGIE GENERALE  
COELIO-CHIRURGIE

جراحة الأطفال

CHIRURGIE PEDIATRIQUE

جراحة النساء

CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

الإنعاش وجميع  
الاختصاصات الطبية

REANIMATION ET TOUTES  
SPECIALITES MEDICALES

مركز تفتيت الحصى

CENTRE DE LITHOTRIPSIE  
EXTRACORPORELLE

مركز الفحص بالأشعة

CENTRE DE RADIOLOGIE

SCANNER

RADIOLOGIE STANDARD

Mme ATIQUI Samya

MOBIC 7,5 mg

1 cp x 2 / jour x 7 jours

CEFICO 200 MG

1 cp x 2 / jour x 8 jours

Dr. MEZIANE ANAS  
Urologue  
Clinique La Source

14, Rue Taki Eddine (Ex.Berne) Quartier des Hôpitaux - Casablanca - الدار البيضاء 20 000 المستشفيات حي (برن سابقا) 14, زقة تقي الدين

Tél. : 05 22 20 14 40 / 41 - GSM / WhatsApp : 06 62 05 10 35 - Fax : 05 22 20 13 99

www.cliniquelasource.ma - E-mail: contact@cliniquelasource.ma

40v de Consultation d'Urologie 1er Etage - Tél: 05 22 20 14 42 / 43

S.A.R.L - I.F.:14415714 - C.N.S.S.:9428120 - T.P.:36335867

**CEFICO® 200 mg,**  
comprimé pelliculé - boîtes de 8 et de 16  
(Céfixime trihydraté)

**CEFICO® 100 mg/5 ml,**  
poudre pour suspension buvable en flacon avec  
une seringue mesure en poids de l'enfant  
Boîte d'un flacon de 30 ml et Boîte d'un flacon de 60 ml.

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'information 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. Composition du médicament

##### **CEFICO 200 mg, comprimés pelliculés :**

Céfixime (DCI) trihydraté, quantité correspondant à céfixime anhydre.....200,00 mg  
Excipients : Cellulose microcristalline, Amidon de maïs, Stéarate de magnésium, OPADRAY Y-1-7000 (Hydroxypropylméthylcellulose, dioxyde de titane et polyéthylène glycol 400).....q.s.p.1 comprimé pelliculé.

##### **CEFICO 100 mg/5ml, poudre pour suspension buvable en flacon :**

Céfixime (DCI) trihydraté, quantité correspondant à céfixime anhydre.....100,00 mg  
Excipients : Saccharose, Gomme arabique, Arôme strawberry, Benzoate de sodium.....q.s.p.5 ml de suspension reconstituée.  
Excipients à effet notoire : Saccharose

#### 2. Classe pharmaco-thérapeutique ou le type d'activité :

- Ce médicament est un antibiotique de la famille des bêta-lactamines, du groupe des céphalosporines de 3ème génération, groupe proche de celui des pénicillines.

#### 3. Indications thérapeutiques :

##### **• CEFICO 200 mg, comprimés pelliculés :**

Ce médicament est indiqué dans le traitement de :

- o Certaines infections urogénitales,
- o Otites et sinusites aiguës,
- o Infections bronchiques et pulmonaires.

##### **• CEFICO 100 mg/5ml, poudre pour suspension buvable en flacon :**

Ce médicament est indiqué chez l'enfant de plus de 6 mois dans le traitement des :

- o Certaines infections urinaires,
- o Infections bronchiques et pulmonaires,
- o Otites moyennes aiguës.

#### 4. Posologie :

Mode d'administration : Voie orale.

##### **• CEFICO 200 mg, comprimés pelliculés :**

La présentation CEFICO, comprimé à 200 mg est préconisée chez l'enfant de plus de 12 ans et chez l'adulte.

##### **Chez l'adulte :**

A titre indicatif, la posologie usuelle est :

Pour être efficace, cet antibiotique doit

et aussi longtemps que votre médecin

La disparition de la fièvre, ou de tout

complètement guéri. L'éventuelle impr

antibiotique, mais à l'infection elle-mêm

traitement serait sans effet sur cette imp

**• CEFICO 100 mg/5ml, poudre pour su**

La présentation CEFICO 100 mg/5 ml, es

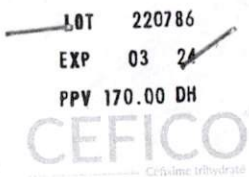
A titre indicatif, la posologie de CEFICO

par kilo et par jour, en deux prises, à 12 h

La suspension buvable est à reconstituer

pour l'obtention du volume total (30 ml ou 6

La dose par prise est indiquée, en fonction du poids de l'enfant, sur le piston de la



importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque des médicaments.

#### 7. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi :

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre CEFICO.

- o Si vous ou votre enfant avez déjà eu une allergie à cause d'un traitement antibiotique. Vous pourriez aussi être allergique à ce traitement.
- o Si vous ou votre enfant avez une maladie des reins. Votre médecin devra adapter la dose quotidienne du traitement.
- o Si vous ou votre enfant avez déjà eu une anémie hémolytique après la prise d'un antibiotique de la famille des céphalosporines y compris CEFICO (diminution des globules rouges, ce qui peut entraîner une pâleur, une faiblesse ou un essoufflement).

Pendant ou après le traitement, vous devez prévenir immédiatement votre médecin :

- o Si vous ou votre enfant avez de la diarrhée. Ne prenez pas de traitement contre la diarrhée sans l'avis de votre médecin.
- o Si vous ou votre enfant avez des boutons ou des démangeaisons.
- o Si vous ou votre enfant avez une réaction cutanée sévère de type éruption de bulles avec décollement de la peau pouvant rapidement s'étendre à tout le corps et vous mettre en danger (Syndrome de Lyell, syndrome de Stevens-Johnson) ou un syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse (DRESS).

o Votre médecin pourra décider d'arrêter le traitement par ce médicament et/ou de prescrire un traitement adapté (voir rubrique 6).

o Comme pour l'ensemble des médicaments appartenant à cette classe d'antibiotiques (les bêta-lactamines), l'administration de ce médicament, peut entraîner un risque de d'encéphalopathie pouvant se traduire par des convulsions, une confusion, des troubles de la conscience, ou encore des mouvements anormaux, particulièrement en cas de surdosage ou en cas d'altération du fonctionnement du rein. Si de tels troubles apparaissent, consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien (voir rubriques 4 et 6).

En cas d'examen de laboratoires :

CEFICO peut fausser :

- o La recherche de cétones dans les urines,
- o La recherche de glucose dans les urines,
- o Les tests de diagnostic de certaines maladies du sang.

- Mention relative aux excipients à effet notoire :

L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au fructose, un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou un déficit en sucrase/isomaltase (maladies héréditaires rares).

#### 8. Interactions :

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

#### 9. Utilisation en cas de grossesse et d'allaitement :

##### **Grossesse :**

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse que sur les conseils de votre médecin.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de le poursuivre.

##### **Allaitement :**

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

L'allaitement est possible en cas de traitement par ce médicament.

Toutefois, si des troubles digestifs (diarrhée, infection par un champignon) ou des boutons apparaissent chez votre enfant, stoppez le médicament et consultez rapidement votre médecin.

#### 10. Les effets possibles du traitement sur la

à utiliser certaines machines :

Ce médicament peut avoir une influence im-  
véhicules ou à utiliser des machines notamm  
vertiges ou d'une encéphalopathie (pouvant  
confusion, des troubles de conscience, ou des  
4 et 6).

#### 11. Symptômes et conduite à tenir en cas d

Comme pour l'ensemble des médicaments appartenant à cette classe d'antibiotiques (les bêta-lactamines), l'administration de ce médicament, en particulier en cas de surdosage, peut entraîner un risque d'encéphalopathie pouvant se traduire par des convulsions, une confusion, des troubles de la conscience, ou encore des mouvements anormaux. Si de tels troubles apparaissent, consultez immédiatement



