

## 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 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 |

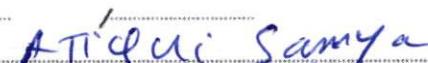
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-786074

Λ 49871

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	10327	Société :	RAN
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AZZABO Mohamed			
Date de naissance : 06/11/1974			
Adresse : BD HACHINI FILALI Res Les Jardins Le Babi 2 Emr 4 Apt 8 Casablanca 20420			
Tél. : 06 66 99 38 619 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 :	ATI'ELUI Samya
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
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 : 17/02/2013

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 des Actes
				INP : <input type="text"/>

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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.																				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
				INP : <input type="text"/>																
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
				<b>OD.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>																
					<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: 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></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000000	00000000	B	35533411	11433553
					H	25533412	21433552													
					D	00000000	00000000													
						00000000	00000000													
B	35533411	11433553																		
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																				

 الضمان الاجتماعي CNSS	<b>البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Relevé périodique des prestations AMO</b>	<b>مديرية التأمين الصحي الإجباري</b> Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-2-06 مرجع رقم :
	Emis à : CASABLANCA Le : 02/02/2023	أصدر ب : بتاريخ :
		Page 1 / 1
<b>المرسل إليه</b>		
Nº d'immatriculation : 187211878 Règlements de la période : du : 16/12/2022 au : 16/12/2022	رقم التسجيل : أداءات الفترة : من : إلى :	<b>Destinataire</b> <b>ATIQUI SAMYA</b>

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

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

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة 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 remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
<b>ATIQUI SAMYA</b>											
81962290	07/11/2022	PH	PHARMACIES D OFFICINES GASTRO-ENTEROLOGIE	154,00	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	16/12/2022	107,80
81962290	07/11/2022	ECHO	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 OFFICINES UROLOGIE	286,00	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00	16/12/2022	144,34
81962289	29/11/2022	CS	UROLOGIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	16/12/2022	105,00
<b>Total remboursé</b>						<b>مجموع مبلغ التعويض</b>					
<b>Total général remboursé</b>						<b>مبلغ التعويض الاجمالي</b>					

- 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

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

Réf. : 610-1-02

Ret/ANAM: 2.01-01

## ons à suivre

feuille de soins par personnel et par événement.

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

prénom de la personne soignée doivent être indiqués sur chaque feuille de

tus et les PPM concernant les médicaments sont joints aux ordonnances transmises.

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

lement des frais engagés sera effectué sur la classification nationale de référence.

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

éable de la CNSS pour les prothèses et la faciale est nécessaire.

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

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

## تعليمات بحسب اتبعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.  
يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

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

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتغطية.

الموافقة المسبقة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بالنسبة للبدل السنوية والتقويم السنوي الوجه ضرورة 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 وله باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع الوكالة  
Cachet et signature de l'Agence

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMO

de l'agent :

1 dossier : [ ]

Date d'arrivée [ ]

تاريخ الاستئلام



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. : 610-1-02

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)

Conjoint     ذو ا بن

Enfant     ابن

العنوان :

Adress : *figui Sanya*

مبلغ المصارييف :

Montant des frais : *50000* درهم Dhs.

عدد الوثائق المرفقة :

Nombre de pièces jointes : *4*

## تصريح الطبيب المعالج Declaration du Médecin traitant

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإيداد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس : \*

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : *ATIQUI Sanya*Date de naissance : *1978*N° de la carte d'Identité Nationale : *1111111111111111*Sexe\* :  M ذكر     F أنثى

## تصريح الطبيب المعالج Identification du Médecin traitant

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

نوع العلاجات :

تم تقديم الظرف المغلق :

تاريخ الحمل :

النارخ المرتفق للولادة :

نارخ الإستشفاء :

نارخ الحادث :

أسباب الحادث :

أشهر بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les Informations ci-dessus sincères et véritables.

N° INP

*1919376418*

## Type de soins

Maladie\* Pour les enfants de moins de 12 ans 

مرض: \* للأطفال أقل من 12 سنة

Pli confidentiel remis\* :

Oui

Non

نارخ الحمل :

Maternité\* أمومة: \* 

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement

Hospitalisation\* استشارة: \* 

Date d'hospitalisation :

Accident\* حادث: \* 

Date d'accident :

Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

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

Fait à : *Casablanca*Le : *21/01/2014*ب: *ATIQUI Sanya*في: *ATIQUI Sanya*

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré(e)

Fait à :

Le :

ب:

في:

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

\* INP : Identification Nationale du Praticien

\* Cocher la mention utile pour chaque case

\* اشطب الخانة المناسبة

\* إللا في حالات استثنائية (أكمل...) الدار البيضاء المحطة - 2106 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 05 22 54 88 73 - المfax: 05 22 94 86 07

\* www.cnss.ma

## Description des actes effectués

## وصف العمليات المجرأة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	معامل المعامل Valeur clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet de Médecin traitant
29/11/22				3000	N

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 المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

INP : | | | | | |

INP : | | | | | |

INP : | | | | | |

## Actes de Biologie, Radiologie et imagerie

## طبيب الأشعة أو الإيجياني

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب أو الإيجياني Signature et Cachet du F ou Biologiste

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis ، التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية  
Signature et Cachet du Pharmacien et/ou  
Fournisseurs des dispositifs médicaux

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix Facturé	
29/11/22	286.40	N
INPE	092040443	
INP :		
INP :		

## CLINIQUE LA SOURCE - S.C.P

Docteur MEZIANE EL MAHDI

Docteur MEZIANE MUSTAPHA

Docteur MEZIANE ANAS

Docteur MEZIANE AMINE

Chirurgiens Urologues



## مصحة المربع

الدكتور مزيان المهدى

الدكتور مزيان مصطفى

الدكتور مزيان أناس

الدكتور مزيان أمين

جراحة المسالك البولية التناصية

## ORDONNANCE

29/11/2022

Casablanca, le:

Mme ATIQUI Samya

جراحة المسالك البولية التناصية

UROLOGIE

endo-urologie      العلاج المطاري  
lithotritie            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

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

Tél. : 05 22 20 14 40 / 41 - GSM / WhatsApp : 06 02 10 10 85 - Fax : 05 22 20 13 99

[www.cliniquelasource.ma](http://www.cliniquelasource.ma) - E-mail: [contact@cliniquelasource.ma](mailto:contact@cliniquelasource.ma)

RCV de consultation d'Urologie 1er Etage - Tel. : 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 trihydrate)

**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) trihydrate, 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) trihydrate, 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 notable : 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 aigües,
- 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 aigües.

**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 :**

À titre indicatif, la posologie usuelle est de 2 comprimés de 200 mg par jour. Pour être efficace, cet antibiotique doit être pris régulièrement pendant au moins aussi longtemps que votre médecin. La disparition de la fièvre, ou de tout autre symptôme, n'indique pas nécessairement la guérison. L'éventuelle imprécision de l'infection peut entraîner une récidive. Le traitement sera alors poursuivi jusqu'à complète guérison.

**CEFICO 100 mg/5ml, poudre pour sus-**

La présentation CEFICO 100 mg/5 ml, est à titre indicatif, la posologie de CEFICO est de 100 mg par kilo et par jour, en deux prises, à 12 h. La suspension buvable est à reconstruire pour l'obtention du volume total (30 ml ou 60 ml).

La dose par prise est indiquée, en fonction de la masse corporelle 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 a 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 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'examens 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 notable :

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 :**

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 traitement et consultez rapidement votre médecin.

**10. Les effets possibles du traitement sur la santé et sur l'enfant :**

Ce médicament peut avoir une influence importante sur certains organes ou sur l'enfant. Il peut entraîner des convulsions, une confusion, des troubles de la conscience, ou encore des mouvements anormaux. Si de tels troubles apparaissent, consultez immédiatement votre médecin.

**11. Symptômes et conduite à tenir en cas de surdosage :**

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 votre médecin.

LOT 220786  
EXP 03 24  
PPV 170.00 DH  
**CEFICO**  
Céfixime trihydrate



