

# 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.

## **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.

## **Education :**

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 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.

## **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.

AN 31881

## **Déclaration de Maladie : No P19- 0013507**

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7297

Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : QUADI ABDELKADER Date de naissance : 17-03-67

Adresse : FOREST PARK N°18 MILLE VERTÉ

Tél. : 0661335681 Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11 / 03 / 2020

Nom et prénom du malade : QUADI TINA Age : 54 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Bonne santé

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 : 11 / 03 / 2020

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
11/03/2020	CS		250,00 Dhs	Dr ALAMI AADOU Bd. Hassan II n° 403 El Moudawana Signature : 

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien du Marquisseur AIN CHICK - CASABLANCA 225065 01/06/2021 02:18	Date	Montant de la Facture
	11/03/2020	182,50

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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 de l'ORL.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

The diagram illustrates the H-D plane with a horizontal D-axis pointing left and a vertical H-axis pointing up. Eight points are plotted in a roughly circular pattern centered at the origin:

- Point 1**: Located at approximately (0.5, 0.5).
- Point 2**: Located at approximately (-0.5, 0.5).
- Point 3**: Located at approximately (-0.5, -0.5).
- Point 4**: Located at approximately (0.5, -0.5).
- Point 5**: Located at approximately (-0.2, 0.2).
- Point 6**: Located at approximately (-0.2, -0.2).
- Point 7**: Located at approximately (0.2, -0.2).
- Point 8**: Located at approximately (0.2, 0.2).

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS



Dr. Mariame ALAMI LAAROUSSI  
PÉDIATRE - ALLERGOLOGUE

Spécialiste des maladies de l'enfant, nourrisson et nouveau-né  
Vaccination  
Allergologie Pédiatrique  
Asthme de l'enfant et du nourrisson

الدكتورة علمي العروصي مريم  
طبيبة أطفال - الحساسية

اختصاصية في أمراض الأطفال و الرضع و حديثي الولادة  
تلقيح الأطفال و الرضع  
أمراض الحساسية  
الربو(الضيقية) عند الأطفال

Casablanca, le... ١١/٥/٢٠٢٠

ouvrir une

80,00

x 1) Azix 1500 mg

23,00 1 dose (16) / J polt 3 Jn

2) Kopred 20 mg cp eff

49,50 1 cp 1/2 J polv 3 Jn

3) Arixol 500 ml

100 ml x 1 pnt v



MARIAME

hygiène nasale

3 J

Bvd Al Qods, Essakane El anik, Résidence Safaa, Immeuble 403, 3ème étage n°12 (près de patisserie les 4 Cerises), Hay Chrifa, Ain Chok, Casablanca  
Tél./Fax 05 22 52 15 82 - Urgences : 06 61 07 42 18 - E-mail : dr.alamilaaroussi@gmail.com

# Kopred®

Prednisolone

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser 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 pharmacien.

## PRÉSENTATION

KOPRED 5 mg comprimé effervescent, Boite de 1 flacon contenant 30 comprimés effervescents.

KOPRED 20 mg comprimé effervescent, Boite de 1 flacon contenant 20 comprimés effervescents.

## COMPOSITION

Substance active : Prednisolone

KOPRED 5 mg comprimé effervescent, contient 5 mg de prednisolone (sous forme de mésasulfobenzate de sodium).

KOPRED 20 mg comprimé effervescent, contient 20 mg de prednisolone (sous forme de mésasulfobenzate de sodium).

## Excipients :

KOPRED 5 mg comprimé effervescent, q.s.p 1 comprimé effervescent.

KOPRED 20 mg comprimé effervescent, q.s.p 1 comprimé effervescent.

## CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

GLUCOCORTICOÏDES - USAGE SYSTEMIQUE.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies, où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

(exceptionnelle). Prévenir votre médecin en cas d'apparition de douleur tendineuse.

## Précautions d'emploi

Pendant le traitement, votre médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, pauvre en sel, en sucre et riche en protéines.

Ce médicament contient du sodium. A prendre en compte chez les patients contrôlant leur apport alimentaire en sodium.

En cas de traitement prolongé, un apport en calcium et vitamine D vous sera prescrit.

KOPRED 5 mg comprimé effervescent contient 8 mg de sodium.

KOPRED 20 mg comprimé effervescent contient 32 mg de sodium.

Ce médicament contient du lactose. Son utilisation est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase de lapp ou un syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose (maladies héréditaires rares).

## EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MÉDICAMENTS

Ce médicament DOIT ETRE EVITE en association avec un vaccin vivant atténue ou avec des doses anti-inflammatoires d'acide acétysalicylique ( $\geq 1$  g par prise et/ou  $\geq 3$  g par jour).

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## INTERACTIONS AVEC LES ALIMENTS ET LES BOISSONS

Sans objet.

## INTERACTIONS AVEC LES PRODUITS DE PHYTOTHERAPIE OU THERAPIES ALTERNATIVES

Sans objet.

## GROSSESSE ET ALLAITEMENT

### Grossesse

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre ce traitement.

### Allaitemt

En général, dissoudre les comprimés dans un verre d'eau ou

une p

Duré

Elle e

En cas

traite

méde

SURD

Sans c

INSTI

PLUS

Pour é

régu

dose,

RISQ

Sans c

EFFET

Comm

efferves

bien que

Ce médicam

lorsque l'on su

régime. Il pi

du traiteme

Les plus fré

- Modificati

potassium)

complément

- Apparition

- Élévation

pouvant e

- Troubles

sommeil,

- Syndrom

manifesté, par une p

rougeur du visage, une poussée excessive des poils.

- Fragilité osseuse: ostéoporose, fractu

- Atteintes douloureuses des os au n

iveau de l'articulation de

la hanche (ostéonécrose).

D'autres effets beaucoup plus rares, ont

été observés:

Diarrhoe, affa

PHARMAS

LOT : 3367

UT.AV : 05-22

PPV : 23DH00



Durée	Matin	Midi	Soir
-------	-------	------	------

AMM : 374/16 DMP/21/NCN

Kopred® 5 mg  
Boîte de 30 comprimés



6 11800 094876

# Apixol

## FORMES ET PRESENTATIONS :

Apixol® Adultes - Solution buvable-flacon 200ml.

Apixol® Enfants - Solution buvable-flacon 200ml.

## PROPRIETES :

Apixol®, à base d'extraits de propolis, d'échinacée aide à dégager et apaiser les voies respiratoires et à améliorer le confort global (Poumons, gorge, nez...) tout en renforçant l'organisme.

## UTILISATIONS :

- Voies respiratoires encombrées.
- Gorge irritée.
- Enrouement.

## CONSEILS D'UTILISATION :

Apixol® Adultes : 1 cuillère à soupe 3 à 4 fois par jour.

Apixol® Enfants : Moins de 4 ans : 1 cuillère à café 3 à 4 fois par jour.





40 mg/ml Azithro

Poudre pour suspension

## AZIX® 1500 mg

Azithromycine 40mg/ml

Poudre pour suspension buvable



6 118000 041245

PPV:80DH00

PER:01/23

LOT:J158

### IDENTIFICATION DU MEDICAMENT :

Dénomination commerciale: AZIX®

Principe actif : azithromycine dihydrate.

### COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :

Azithromycine dihydrate correspondant à 40 mg par ml

Excipients : saccharose, phosphate trisodique anhydron xanthane, arôme cerise, arôme vanille et arôme banane.

### FORME PHARMACEUTIQUE :

- AZIX® 40 mg/ml Nourrisson: poudre pour suspension buvable

- AZIX® 40 mg/ml Enfant: poudre pour suspension buvable, fl.

### CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE ou type d'activité :

Antibiotique Antibactérien : macrolide.

### INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament est préconisé dans le traitement des bactérienne à germes sensibles.

### CONTRE-INDICATIONS :

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants

- hypersensibilité connue à l'azithromycine ou à tout autre macrolide.
- association avec la dihydroergotamine et l'ergotamine.
- association avec le cisapride.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Signaler immédiatement à votre médecin toute réaction allergique en cours de traitement.

Avant de prendre ce médicament, prévenez votre médecin si à l'occasion d'un traitement antibiotique antérieur, vous avez présenté une réaction allergique.

Prévenez votre médecin en cas de :

- maladie rénale
- maladie du foie sévère

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, en particulier en cas de traitement par la dihydroergotamine, le cisapride et l'ergotamine, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

### GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

D'UNE FAÇON GENERALE, IL CONVIENT TOUJOURS DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN EN CAS DE GROSSESSE OU D'ALLAITEMENT.

### LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE :

Saccharose, sodium, glucose (contenu dans l'arôme vanille).