

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.

Diagnostique 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.

Educations :

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.

Prothèses :

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.



31881

Déclaration de Maladie : N° P19- 0013507

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7297 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : OUADI ABDELKADIR Date de naissance : 17-03-67
Adresse : FOREST PARK N°18 C.VILLE VERTE
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 : OUADI LINA Age : 53 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Bouchite
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) :

[illegible]

Notes	Asses	Comments	Signature	Date
11/03/2020	Cg	250, no 02		11/03/2020

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien du Prescripteur AMCHOCK - CASABLANCA 01/06/22 21:02:18	Date 11/03/2022	Montant de la Facture 182,50

22 50 65 01/06 22 21 02 18 AIN CHOCK - CISABLANCA CHEIKH SARA AMRABAY AL QOD	11/03/2020 182,50		
--	----------------------	--	--

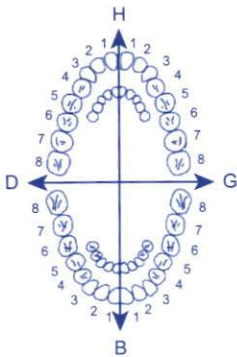
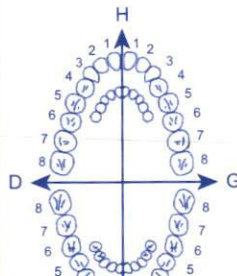
[illegible][illegible][illegible]

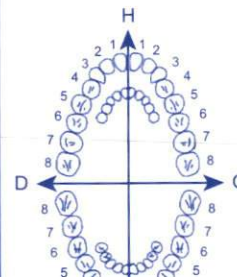
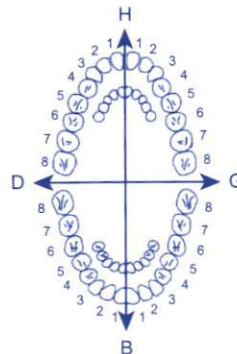
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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'odontologie.

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'odontologie.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient		
						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				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
		<div><div><div>H</div><div>25533412</div><div>00000000</div><div>D</div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div><div>00000000</div><div>35533411</div><div>B</div></div><div><div>G</div><div>11433553</div></div></div>					
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
						DATE DU DEVIS <input type="text"/>	





Dr. Mariame ALAMI LAAROUSHI

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

إختصاصية في أمراض الأطفال و الرضع و حديثي الولادة
تلقيح الأطفال و الرضع
أمراض الحساسية
الربو (الضيق) عند الأطفال

Casablanca, le... 11/03/2020

AMALI LINA

80,00

x 1) Azix 1500 mg



1 dose (16) / J

polv 3 Jn

23,00

e) Kopned 20 mg cp

eff



79,50 x cp 1/2 15 polv 3 Jn

e) Apixel 200 mg



5 ml

serimar

1 pulv

hygiène nasale

x 3 J

182 52 15 82
PHARMACIE CHAMCHAM
N° 600 LOTS HAMRA 2 AV. ALAMI
AIN CHOK CASABLANCA
Tél: 05 22 22 21 02

Bvd Al Qods, Essakane El anik, Résidence Safaa, Immeuble 403, 3ème étage n°12 (près de
pâtisserie les 4 Cerises), Hay Chrifta, 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, ne mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou pharmacien.

PRESENTATION

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

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

COMPOSITION

Substance active : Prednisolone

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

KOPRED 20 mg comprimé effervescent, contient 20 mg de prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate 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
GLUCOCORTICOIDES - 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 l'adulte 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 MEDICAMENTS

Ce médicament DOIT ETRE EVITE en association avec un vaccin vivant atténué ou avec des doses anti-inflammatoires d'acide acétylsalicylique (≥ 1 g par prise et/ou ≥ 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.

Allaitement

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

Durée

Elle est...

En cas...

traitement...

médicament...

SURDOSAGE

Sans...

INSTITUT

PLUS

Pour...

réguler...

dose,

RISQUE

Sans...

EFFET

Commence...

effervescent...

bien que...

Ce médicament...

lorsque l'on suit...

régime. Il peut...

Les plus fréquents...

Modifications...

complémentaires...

Apparition...

Élévation...

pouvant entraîner...

Troubles...

sommeil,

Syndromes...

manifestés par une prise de poids...

rougeur du visage, une poussée excessive des poils.

Frailité osseuse: ostéoporose, fractures.

Atteintes douloureuses des os au niveau de l'articulation de la hanche (ostéonécrose).

D'autres effets beaucoup plus rares, ont été observés:

...

PHARMA5

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



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 ai
à dégager et apaiser les voies respiratoires et à ac
confort global (Poumons, gorge, nez...) tout en ren
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.

Lot: 190894
À consommer
avant le: 12/2022

Azi

40 mg/ml Azithro
Poudre pour suspension

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 anhydre, xanthane, arôme cerise, arôme vanille et arôme banane.

FORME PHARMACEUTIQUE :

- AZIX® 40 mg/ml Nourrison: 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).

Azix® 1500 mg

Azithromycine 40mg/ml
Poudre pour suspension buvable



6 118000 041245

PPV:80DH00
PER:01/23
LOT:J158