

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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.



U2072
CP

Déclaration de Maladie : N° P19-0021118

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11.042

Société : 2 A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHLAFA MOHAMED Date de naissance : 18-09-1971

Adresse : 4, Rue Termani Ang Abou Zkoune Marjif

Tél. : 066 H 71 54 45 Total des frais engagés : 848,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/05/2020

Nom et prénom du malade : ICHLAFIA DOUTAIGD Age : 49

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Arthrose de genou droit

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 : Casab

Le : 09/09/2020

Signature de l'adhérent(e) : M. J.

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
05/01/16	S	G		
05/03/16	Infection	200		

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
Mme BENNOUNA PHARMACIE YACOUBI B3 - 65 Bd Yaacoubi Z1 Maroc 11.05.22.25.52.04 - Casablanca	09/09/2020	48.-40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

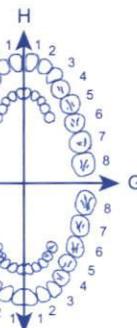
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	05/09/10		Ruchir			607,

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

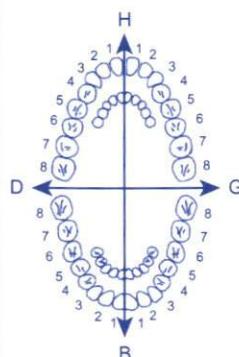
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصيل

CLINIQUE ZERKOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr .Abderrazak HEFTI

- Dr .Mohamed LEMSEFFER

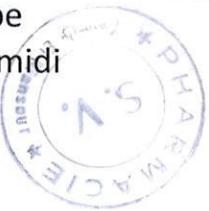
Casablanca, le : ٢٥/٠٩/٢٠١٥

M KHALIFA Noureddine

10,20
Cetamyl 500 : 1 Boite
1 Cp x 3 par jour



38,20
48,40
Difal Gel : 1 tube
1 App matin et midi



Mme BENNIS Lineb
PHARMACIE YACOUB EL MANSOUR
83 - 65 Bd Yacoub El Mansour
Tel : 05 22 26 12 14 - Casablanca

Dr. Abderrazak HEFTI
Chirurgien Orthopédiste
Clinique Zerkouni - Casablanca
Angle Bd. 9 Avril et Md. Abdou



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام و المفاصل
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr .Abderrazak HEFTI

- Dr .Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

09/09/2020

Facture n° 3817/20

Mr KHLAFA MOHAMED

Consultation	Gratuite
Ponction K 20	600 DH
Infiltration	200 DH

Total 800 DH

Arrêtée la présente facture à la somme

//Huit Cent Dirhams//

Dr. Abderrazak HEFTI
Chirurgien Orthopédiste
Clinique Zerkouni - Casablanca
Angle Bd. 9 Avril et Med. Abdou

CETAMYL® 500 mg

Boîte de 20 comprimés

Lot N° Date Per. :

ECT061V1

CETAMYL® 500 mg

Paracétamol

Formes orales

Comprimés sécables boîte de 20
omprimés effervescents boîte de 16

suspension buvable en sachets boîte de 12

Cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.

-Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.

-Adressez vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.

-Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice.

-Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 3 jours en cas de fièvre ou 5 jours en cas de douleurs.

Que contient cette notice :

1. QU'EST-CE QUE CETAMYL® 500 mg , ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE CETAMYL® 500 mg ?
3. COMMENT PRENDRE CETAMYL® 500 mg ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER CETAMYL® 500 mg ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES.

1. Qu'est ce que CETAMYL 500 mg® et dans quel cas est-il utilisé ?

CETAMYL 500mg® à base de paracétamol est un antalgique (calme la douleur) et un antipyrrétique (fait baisser la fièvre).

CETAMYL 500mg® n'exerce aucune action agressive au niveau de la muqueuse gastrique et peut être utilisé chez les ulcéreux.

CETAMYL 500mg® est indiqué dans le traitement symptomatique des douleurs d'intensité légère à modérée et/ou des états fébriles.

2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre CETAMYL 500mg®

Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament :

Ne prenez jamais CETAMYL 500mg® en cas de :

- Allergie au paracétamol ou à l'un des autres composants.

- Insuffisance hépatocellulaire ou maladie grave du foie.

Faites attention, CETAMYL 500mg® comprimés est contre indiqué chez l'enfant de moins de 6 ans, en raison du risque de fausse-route.

En raison de la présence d'aspartam, CETAMYL 500mg® sachets est contre-indiqué en cas de phénylcétoneurie. Pour éviter un risque de surdosage :

- Vérifier l'absence de paracétamol dans la composition d'autres médicaments en cas de traitement simultané.
- Respecter les doses maximales recommandées.

Doses maximales recommandées :

- Enfants de moins de 40 kg : la dose totale de paracétamol ne doit pas dépasser 80 mg/kg/j ;
- Enfants de 41 kg à 50 kg : la dose totale de paracétamol ne doit pas excéder 3 g/j ;
- Adultes et enfants de plus de 50 kg : la dose totale maximale de paracétamol ne doit pas excéder 4 g /j .
- Chez un enfant traité par 60 mg/kg/jour de paracétamol, l'association d'un autre antipyrrétique n'est justifiée qu'en cas d'inefficacité.
- En cas de découverte d'une hépatite virale aiguë, il convient d'arrêter le traitement.
- La poudre orale en sachet contient du saccharose. Son utilisation 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 (maladie héréditaire rare).
- Comprimé effervescent et sachet : tenir compte de la teneur en sodium chez les patients suivant un régime hyposodé strict.
- Le comprimé 500 mg contient du lactose. Son utilisation est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au galactose, ou un syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose (maladies héréditaires rares).
- En cas d'insuffisance hépatocellulaire légère, d'alcoolisme ou de déshydratation et chez l'adulte de moins de 50 kg, la dose journalière ne devra pas dépasser 3 g.
- Cetamyl 500mg® comprimés effervescents contient du mannitol, peut provoquer des troubles digestifs (diarrhée), contient aussi du sodium, en tenir compte chez les personnes suivant un régime pauvre en sel, strict.
- En cas d'insuffisance rénale sévère : l'intervalle entre deux prises devra être au minimum de 8 heures et la dose du paracétamol ne devra pas dépasser 3 g par jour, soit 6 comprimés ou 6 sachets/jour dosés à 500 mg.

En cas de doute, demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

CETAMYL 500mg® est un médicament, ne pas le laisser à la portée des enfants.

Enfants et adolescents : sans objet

Prise d'autres médicaments (nécessitant des précautions d'emploi):

Anticoagulants oraux : risque d'augmentation de l'effet de l'anticoagulant oral et du risque hémorragique en cas

DIFAL®

Diclofenac sodique - Gel 1%

Tube de 20 g

P.P.V. : 38,20 DH

6 118000 191353

DIFAL® 1% Gel

Diclofenac sodique

PRESENTATION :

Gel de

PROPRIETE :

Le diclo-

Sous forme

INDICATIONS :

Traitements locaux de courte durée chez l'adulte (à partir de 15 ans), en cas de traumatologie bénigne, échardes, contusions.

- Tendinites des membres supérieurs et inférieurs.
- Oedèmes post-opératoires et post-traumatiques.
- Traitement symptomatique de l'arthrose douloureuse des doigts et des genoux.

CONTRE-INDICATIONS :

- Allergie au diclofénac ou aux substances d'activité proche, telles qu'autres AINS, aspirine.
- Hypersensibilité à l'un des composants.
- À partir du début du 6ème mois de la grossesse.
- Peau lésée, quelle que soit la lésion : dermatoses suintantes, eczéma, lésion infectée, brûlure ou plaie.

EFFECTS INDESIRABLES :

Cas fréquents :

Réactions cutanées : éruptions, eczéma ; érythèmes, dermatites (incluant les dermatites de contact).

Cas rares :

Réactions cutanées : dermatose bulleuse. Un prurit associé est parfois observé.

Cas très rares et cas isolés :

Réactions cutanées : éruption pustuleuse, urticaire, purpura, ulcérations locales.

Réactions d'hypersensibilité : œdème angioneurotique (œdème de Quincke).

Problèmes respiratoires : la survenue de crise d'asthme peut être liée chez certains sujets à une allergie à l'aspirine ou à un AINS. Dans ce cas, DIFAL 1% Gel est contre-indiqué.

Autres réactions cutanées : cas isolés de photosensibilité.

Autres effets systémiques des AINS :

Ils sont fonction du passage transdermique du principe actif et donc de la quantité de gel appliquée, de la surface traitée, du degré d'intégrité cutanée, de la durée du traitement et de l'utilisation ou non d'un pansement occlusif (effets digestifs, rénaux).

MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Réservez à l'adulte (à partir de 15 ans).

Mises en garde :

- Ne pas appliquer sur les muqueuses ni sur les yeux ; appliquer uniquement sur la région douloureuse.
- L'apparition d'une éruption cutanée après application impose l'arrêt immédiat du traitement.

Précautions d'emploi :

DIFAL® 1% gel ne doit pas être utilisé sous pansement occlusif.

Grossesse :

Le diclofénac est contre-indiqué au cours du troisième trimestre de la grossesse au-delà de 24 semaines d'aménorrhée (5 mois révolus).

Allaitement :

Le diclofénac, comme tous les AINS, passant dans le lait maternel, par mesure de précaution, il convient d'éviter de les administrer chez la femme qui allait. Si la situation impose son utilisation, le diclofénac gel ne doit pas être appliqué sur les seins chez les mères qui allaitent.

EN CAS DE DOUTE : DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU VOTRE PHARMACIEN.

DIFAL® 1% Gel est un médicament : ne pas laisser à la portée des enfants.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Réservez à l'adulte (à partir de 15 ans).

Posologie :

1 application, 3 fois par jour.

Durée de traitement : La durée de traitement est limitée à 4 jours.

Mode d'administration :

Voie locale - Usage externe. A ne pas avaler.

Faire pénétrer le gel par un massage doux et prolongé sur la région douloureuse ou inflammatoire.

Bien se laver les mains après chaque utilisation

EN CAS DE DOUTE : DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES :

En raison du faible passage systémique lors d'un usage normal du gel, les interactions médicamenteuses signalées pour le diclofénac ne sont pas peu probables.

CONSERVATION :

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

Durée de conservation après ouverture = 6 mois.

Délivrance : Libre.

DIFAL® 1% Gel – Tube de 20 g – AMM N° : 03 DMP/21/NNP

DIFAL® 1% Gel – Tube de 50 g – AMM N° : 04 DMP/21/NNP

Edition : Juillet 2017



LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES GALENICA

Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc