

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Pathologie 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.

## 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.

## 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.

## Pathologie 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.



## Déclaration de Maladie

N° P19- 062466

ND: 46703

Optique

Autres

### Maladie

### Dentaire

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1392

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraité

Nom & Prénom : Hassan Ksima

ANAJIA EP THAHR

Date de naissance : 15.07.51

Adresse : 83, Rue Mansour Bouam Naceur

Tél. 0661623101

Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17 SEPT 2020

Nom et prénom du malade : TAHRI

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

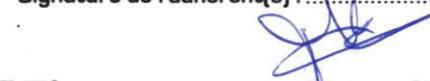
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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.

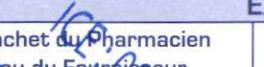
Fait à : CMRA

Le : 24/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
05/09/2020	05		05	RECEIVED Dr. ABDULKHALIQ MOUAD 1187294 10/09/2020

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Pharmacie IDEAL</b> N. ALIMA Dr. en Pharmacie de l' 21, Rue Jules Ferry BP: 05222011	17/09/2022	147,40

ANALYSES - RADIOPHARIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</i>	<i>12-12-2012</i>		

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l' <b>SOINS DENTAIRES</b>																			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <b>MONTANTS DES SOINS</b> <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <b>FIN D'EXECUTION</b>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<b>H</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td><b>D</b></td><td><b>G</b></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <td><b>B</b></td><td></td></table>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		<b>D</b>	<b>G</b>	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		<b>B</b>	
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	<hr/>																		
	<b>D</b>	<b>G</b>																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	<hr/>																		

 **COEFFICIENT DES TRAVAUX**  **MONTANTS DES SOINS**  **DATE DU DEVIS**  **DATE DE L'EXECUTION** ||  |  |  |
**[Création, remont, adjonction]**   Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

# Dr Houda Zine EL Abidine

Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie

Maladies et Chirurgie de :

Oreille et Audition, Nez et Larynx

Vertige et Ronflement

Cou et Thyroïde



دة. هدى زين العابدين

طبيبة اختصاصية الأذن - الأنف - الحنجرة

أمراض و جراحة :

الأذن و السمع، الأنف و جيوب الأنف

الحلق و الحنجرة الدوحة و الشخير

العنق و الغدة الدرقية

Casablanca le : 17/03/2020 الدار البيضاء في :

Dr Houda Zine EL Abidine



- Nanig 24 140 21% (x 1 ml),

99,70 Cabixten (S.V.)

- Béthascre 140 14% le soir (x 1 ml),

78,00 Béthascre (S.V.) 140 21% (x 1 ml),

Dr H. Zine EL Abidine

Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico Facial

100, Boulevard Oum Rabii, Résidence AL OFOQ

Oulfa, Mazola - Casablanca

Tel. : 0522 690 690 - Urgences : 0663 69 10 10

E-mail : zeahouda@gmail.com - INPE : 00170334200008

Pharmacie IDEAL  
N. NIIMA  
Dr. en Pharmacie de Paris V  
21, Rue Jaâfer Ibno Attia Bourguogne  
Tél. : 0522.20.14.86 - Casablanca  
ICE: 00170334200008

100 شارع أم الربيع إقامة الأفق - مازولا - الدار البيضاء

100, Boulevard Oum Rabii, Résidence Al Ofoq - Mazola - Casablanca

Tél. : 05 22 690 690 - Urgences : 0663 69 10 10 - E-mail : zeahouda@gmail.com

## NOTICE: INFORMATION POUR L'UTILISATEUR

LABIXTEN® 20 mg comprimés

DCI: bilastine

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament.  
Gardez cette notice.

LOT: 14520001

PER: 03/2025

PPU: 99,70 DH

Si vous avez des questions dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Voir rubrique 4.

### Sommaire notice :

1. Qu'est ce que LABIXTEN® 20 mg comprimés et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre LABIXTEN® 20 mg comprimés ?
3. Comment prendre LABIXTEN® 20 mg comprimés ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver LABIXTEN® 20 mg comprimés ?
6. Informations supplémentaires.

### 1. QU'EST CE QUE LABIXTEN® 20 mg COMPRIMÉS ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

LABIXTEN® 20 mg comprimés contient de la bilastine qui est un antihistaminique. LABIXTEN® 20 mg comprimés est indiqué pour soulager les symptômes de la rhino-conjonctivite allergique (détremuement, démangeaison nasale, écoulement nasal, congestion nasale ainsi que rougeur et larmoiement oculaires) et autres symptômes d'origine allergique.

LABIXTEN® 20 mg comprimés peut également être utilisé pour traiter les éruptions cutanées accompagnées de démangeaisons (urticaire).

### 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE LABIXTEN® 20 MG COMPRIMÉS ?

• Ne prenez jamais LABIXTEN® 20 mg comprimés :

Si vous êtes allergique (hypersensible) à la bilastine ou à l'un des autres composants du LABIXTEN® 20 mg comprimés.

• Mises en garde spéciales et précautions d'emploi :

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre LABIXTEN® 20 mg si vous avez une insuffisance rénale modérée à sévère ou si vous prenez d'autres médicaments (voir « Autres médicaments et LABIXTEN® 20 mg comprimé »).

Ne pas dépasser la dose prescrite. Si les symptômes persistent, consultez votre médecin.

### Enfants et adolescents :

Ce médicament ne doit pas être administré aux enfants de moins de 12 ans.

• Autres médicaments et LABIXTEN® 20 mg comprimé :

Veuillez indiquer à votre médecin ou à votre pharmacien si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, même s'il s'agit d'un médicament obtenu sans ordonnance.

En particulier, veuillez informer votre médecin si vous prenez l'un des médicaments suivants pouvant interagir avec LABIXTEN® 20 mg comprimés: Ketoconazole (antifongique utilisé pour le traitement des mycoses). Erythromycine (antibiotique).

que vous n'auriez dû, contactez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

• Si vous avez oublié de prendre LABIXTEN® 20 mg comprimés : Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre.

Si vous oubliez de prendre votre l se à l'heure prévue, prenez la dose oubliée dès que possible, puis continuer selon le rythme habituel.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce produit, demandez à votre médecin ou votre pharmacien.

### 4. QUELS SONT LES EVENTUELS EFFETS INDESIRABLES ?

comme tous les médicaments, LABIXTEN® 20 mg comprimés est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien qu'ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Les effets indésirables sont :

• Fréquents : peuvent concerner plus de 1 personne sur 10.

- Maux de tête.

- somnolence

Peu fréquents : peuvent concerner plus de 1 personne sur 100 à 100 utilisateurs sur 1000.

- Anomalie de l'électrocardiogramme (ECG : enregistrement graphique des battements du cœur).

- Modification du bilan sanguin hépatique.

- Sensations vertigineuses.

- Douleur au niveau de l'estomac.

- Sensation de fatigue.

- Augmentation de l'appétit.

- Battements cardiaques irréguliers.

- Prise de poids.

- Nausées.

- Anxiété.

- Sécheresse ou inconfort nasal.

- Douleur abdominale (au niveau du ventre).

- Diarrhées.

- Gastroïte (inflammation de la paroi de l'estomac).

- Vertiges.

- Sensation de faiblesse générale.

- Soif.

- Dyspnée (difficulté à respirer).

- Sécheresse buccale.

- Indigestion.

- Démangeaisons.

- Herpès labial.

- Fièvre.

- Acouphènes (bourdonnements dans les oreilles).

- Trouble du sommeil.

- Modification du bilan sanguin rénal.

- Augmentation des taux de lipides (graisses) mesurés dans le sang.

Fréquence inconnue: la fréquence de survenue ne peut être estimée sur la base des données disponibles.

- Palpitations (perception des battements du cœur).

- Tachycardie (accélération des battements du cœur).

- Des réactions allergiques dont les signes peuvent comporter une difficulté à respirer, un vertige, un évanouissement ou perte de connaissance, un