

# 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.

## 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.

## Prothèse 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.



## Déclaration de Maladie

N° P19- 058194

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2125 Société : RAM 62846  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : retraite  
Nom & Prénom : TOUIL Abderrahim  
Date de naissance : 25.5.1953  
Adresse : Hay El Masja (B) N. 331 Casablanca  
Tél. : 0675248174 Total des frais engagés : 337,00 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Dr. NAJIB TELEGANI  
MEDECINE GENERALE  
271, Bd. Reda GHEDIRA  
(Ex. Nil) - Cité DJEMAA  
Casablanca - Tél: 022 38 72 21  
Date de consultation : 03 MARS 2021  
Nom et prénom du malade : TOUIL YANNA Age: 1977  
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
Nature de la maladie : Affection Respiratoire  
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 : Casa Le : 03/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

### RELEVÉ 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
	✓	-	200/02	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

3/3/21      494,80

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

AM      PC      IM      IV

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

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

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"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR NAJIB TLEMCANI

Médecine Générale

271, Bd Reda Ghedira  
(Ex. NIL) - Cite Djemaa  
Casablanca  
Tél: 05 22 38 72 21



الدكتور نجيب التلمساني  
الطب العام

271، شارع رضى اكديرة  
(النيل سابقا) - قرية الجماعة  
الدار البيضاء  
الهاتف: 05 22 38 72 21

Casablanca le : ..... 03 MARS 2021 ..... : الدار البيضاء في

TOUJEL YADNA

2x 149,00

- Clouh 1g ml



7970

- Azim 50

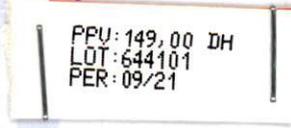
1 ml x 3/18



4880

- Cotyred 2g

1g l<sup>10</sup> 1x 2/16



52,80

- Oeds 200

2x 2/17



Apr

- Decirone 1mg

15,80

1x 2/17



- Dolysane 500

494,80

1x 2/36

Dr. H. ZARROUKI  
Hay El Madi  
Tél: 05 22 28 05 25

Dr. NAJIB TLEMCANI  
MEDECINE GENERALE  
271, Bd. Reda GHEDIRA  
(Ex. Nil) - Cite DJEMAA  
Casablanca - Tél. 05 22 38 72 21

# Doliprane®

500 mg  
PARACÉTAMOL

## COMPOSITION

Paracétamol... 500 mg.  
Excipients : acide citrique, mannitol, saccharine sodique, lauril, bicarbonate de sodium, carbonate de sodium anhydre, effervescent.

## FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé effervescent - boîte de 16.

## CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE / ANTIPYRÉTIQUE (N, Système nerveux central)

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles.

**Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant (soit environ à partir de 8 ans)** Lire attentivement la rubrique "Mises en garde spéciales".

**Pour les enfants pesant moins de 27 kg, il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.**

## DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie.

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

## MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre Posologie).

## PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

En cas de régime sans sel ou pauvre en sel, tenir compte dans la ration journalière de la présence de sodium : 408 mg par comprimé.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

Signalez que vous prenez ce médicament si votre médecin vous prescrit un dosage du taux d'acide urique ou de sucre dans le sang.

**AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, SIGNEZ SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.**

## GROSSESSE - ALLAITEMENT

Le paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.

**D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT, DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MÉDICAMENT.**

**EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE EST NÉCESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS :**

PPV15DH86  
PER 12/23  
LOT J3351

S 2

15,80



**OEDES® 20 mg**  
**Microgranules gastrorésistants en gélule**  
(Oméprazole)

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Elle contient des informations importantes sur votre traitement et votre maladie.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

**1. Identification du médicament :**

**Forme pharmaceutique et présentation :**

OEDES® 20 mg. Microgranules gastro-résistants en gélules, boîtes de 7, 14, 28 et 56

**2. Composition du médicament :**

**Principe actifs :**

Oméprazole ..... 20 mg

**EXCIPIENTS :** q.s.p une gélule.

**Excipient à effet notoire :** Saccharose.

**3. Classe pharmaco-thérapeutique :**

OEDES® 20 mg contient la substance active Oméprazole. Il appartient à la classe des médicaments appelée inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la quantité d'acide produite par votre estomac.

**4. Indications thérapeutiques**

OEDES® 20 mg est utilisé pour traiter les affections suivantes :

**Chez les adultes :**

- le reflux gastro-œsophagien (RGO). L'acide de l'estomac remonte au niveau de l'œsophage (le tube qui relie la gorge à l'estomac) entraînant douleur, inflammation et brûlures.

- les ulcères de la partie haute de votre intestin (ulcère duodénal) ou de votre estomac (ulcère gastrique).

- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, votre médecin peut également vous prescrire des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

- les ulcères de l'estomac associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). OEDES® 20 mg peut aussi être utilisé pour la prévention de ceux-ci si vous prenez des AINS.

- un excès d'acide dans l'estomac dû à une grosseur au niveau du pancréas (syndrome de Zollinger-Ellison)

**Chez les enfants :**

**Enfants âgés de plus d'un an et avec un poids corporel  $\geq 10$  kg :**

- le reflux gastro-œsophagien (RGO). L'acide de l'estomac remonte

gazeuse, un jus de fruit légèrement ananas) ou dans de la compote

- Toujours remuer juste avant sera pas homogène). Puis boire les 30 minutes.

- Pour s'assurer que vous avez le verre avec un demi-verre d'eau, le verre doit contenir le médicament, n

**6. Contre-indications :**

**Ne prenez jamais OEDES® 20 mg, gélule :**

- si vous êtes allergique à l'oméprazole ou à l'un des autres composants contenus dans OEDES® 20 mg.

- si vous êtes allergique à un autre inhibiteur de la pompe à protons (par exemple pantoprazole, lansoprazole, rabeprazole, ésomeprazole).

- Si vous prenez un médicament contenant du nelfinavir (utilisé pour traiter l'infection par le VIH).

- Si vous êtes dans une des situations décrites ci-dessus, ne prenez pas OEDES® 20 mg, gélule gastro-résistante. Si vous avez des doutes, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre OEDES® 20 mg.

**7. Effets indésirables :**

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

**Si vous remarquez un des effets indésirables suivants, ceux-ci étant rares mais sérieux, arrêtez de prendre OEDES® 20 mg et contactez immédiatement un médecin :**

- Apparition soudaine d'une respiration sifflante, gonflement des lèvres, de la langue et de la gorge ou du corps, éruptions cutanées, perte de connaissance ou difficultés à avaler (réactions allergiques graves).

- Rougeurs de la peau avec des bulles ou une desquamation. Parfois, les bulles peuvent être importantes et s'accompagner d'un saignement au niveau des lèvres, des yeux, de la bouche, du nez et des parties génitales. Ceci peut correspondre à un syndrome de Stevens-Johnson ou à une nécrolyse épidermique toxique.

- Jaunisse, urines foncées et fatigue peuvent être des symptômes d'une maladie du foie.

Les autres effets indésirables sont :

**Effets indésirables fréquents (peuvent affecter jusqu'à 1 personne sur 10)**

- Maux de tête.

- Effets sur l'estomac ou l'intestin : diarrhée, douleurs à l'estomac, constipation, flatulence.

- Nausées ou vomissements.

LOT 200711  
EXP 01/2023  
PPV 52.80DH

Si vous prenez OEDES® 20 mg, gélule gastro-résistante pendant un an, votre médecin vous surveillera probablement de façon régulière. Vous devez définir précisément tous les symptômes et événements nouveaux ou exceptionnels quand vous voyez votre médecin.

La prise d'un inhibiteur de la pompe à protons tel que OEDES® 20 mg, gélule gastro-résistante, en particulier sur une période supérieure à un an, peut légèrement augmenter le risque de fracture de la hanche, du poignet ou des vertèbres. Prévenez votre médecin si vous souffrez d'ostéoporose ou si vous prenez des corticoïdes (qui peuvent augmenter le risque d'ostéoporose).

Si vous avez une éruption sur la peau, en particulier au niveau des zones exposées au soleil, prévenez votre médecin dès que possible, car vous devrez peut-être arrêter votre traitement avec OEDES® 20 mg. N'oubliez pas de mentionner également tout autre effet indésirable tel que des douleurs dans vos articulations.

**Enfants :**

Certains enfants atteints d'une maladie chronique peuvent nécessiter un traitement à long terme bien que celui-ci ne soit pas recommandé. Ne donner pas ce médicament aux enfants de moins de 1 an ou < 10 kg.

**Mentions relatives aux excipients à effet notoire :**

En raison de la présence de Saccharose, ce médicament est déconseillé chez les patients présentant une intolérance au fructose, un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou un déficit en sucrose/isomaltase (maladies héréditaires rares).

**9. Interactions avec d'autres médicaments :**

**Prise d'autres médicaments :**

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou pharmacien. OEDES® 20 mg peut interagir sur le fonctionnement d'autres médicaments et certains médicaments peuvent avoir un effet sur OEDES® 20 mg.

Vous ne devez pas prendre OEDES® 20 mg si vous prenez un médicament contenant du nelfinavir (utilisé pour traiter l'infection par le VIH).

Vous devez informer votre médecin ou pharmacien si vous prenez

# Cotipred<sup>®</sup> 20 mg

Prednisolone

## COMPOSITION :

Prednisolone (Sous forme métrasulfobenzate sodique) exprimé

Excipient q.s.p.....

Excipients à effet notoire : lactose, sorbitol (contenu dans l'arôme)

## PRESENTATION :

Boîte de 20 comprimés solubles effervescents avec barre de

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies où il est utilisé pour son

## CONTRE-INDICATIONS :

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suiv

- la plupart des infections, - certaines maladies virales en év

varicelle, zona), - certains troubles mentaux non traités, - vac

- allergie à l'un des constituants.

Ce médicament **NE DOIT GENELEMENT PAS ETRE UTILI**

médecin, en association avec des médicaments pouvant don

cardiaque (cf. Interactions médicamenteuses et autres interactio

**EN CAS DE DOUTE IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER**

**DE VOTRE PHARMACIEN.**

## MISES EN GARDE SPECIALES :

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

## AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'ulcère digestif, de maladie du côlon,

d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle,

d'infection (notamment antécédents de tuberculose), d'insuffisance hépatique, d'insuffisance

rénale, d'ostéoporose et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire).

Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicales, subtropicales ou le sud de

l'Europe, en raison de maladies parasitaires.

## PENDANT LE TRAITEMENT :

**Eviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou de rougeole.**

**En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brutalement le traitement mais suivre les**

**recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.**

Sous traitement et au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement, prévenir le médecin de la prise

de corticoïde, en cas d'intervention chirurgicale ou de situation de stress (fièvre, maladie).

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Pendant le traitement, votre médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, en particulier

pauvre en sel. Tenir compte de la teneur en sodium (51 mg par comprimé).

**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 IL

FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE

MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN et notamment des médicaments pouvant donner certains

troubles du rythme cardiaque : astémizole, bépridil, erythromycine en injection intra-veineuse,

halofantrine, pentamidine, sparfloxacine, sultopride, vincamine.

## GROSSESSE - 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 :** L'allaitement est à éviter pendant le traitement en raison du passage dans le lait

maternel.

## Formule :

Prednisolone ..... 20 mg (sous forme

de métrasulfobenzate sodique)

Excipients ..... q.s.p. 1 comprimé

effervescent séchage

Ce conditionnement contient au total

quatre cents milligrammes de

prednisolone (sous forme de

métrasulfobenzate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications,

contre indications, excipients à effet

notoire : voir notice

PPV : 48DH60

PER : 01-24

LOT : J2688

b

bottu s.a

RZ, Allée des Capucines - Ain Sebba - Casablanca  
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

# AZIX<sup>®</sup>

Azithromycine

## COMPOSITION ET PRESENTATION

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 3

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Traitement des infections dues aux germes suivants :

- infections respiratoires hautes :  
pharyngite;
- infections respiratoires basses (y compris bronchite aiguë);
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- urétrites et cervicites non gonococciques (*Chlamydia trachomatis*).

## CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.
- Insuffisance hépatique sévère.

## MISES EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison ...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestation allergique survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :  
Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

## EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.
- Manifestations allergiques; prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

## POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

## MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

## TABLEAU A (LISTE I).

PPV: 79DH70

PER: 10/23

LOT: J3041



bottu sa

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaï - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable