

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

iologie 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.

ique :

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

ducation :

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.

taire :

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.

ladie 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.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Couplé et/ou conjoint Déclaration de Maladie

Nº M21- 0054411

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1673

Société : 72235

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENBIRI T YOUSSEF

Date de naissance : 13-03-1946

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Age:

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

Le :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

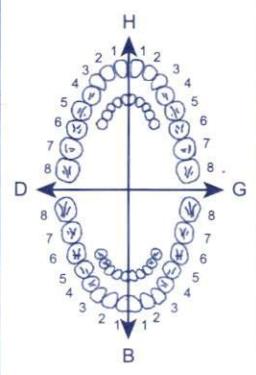
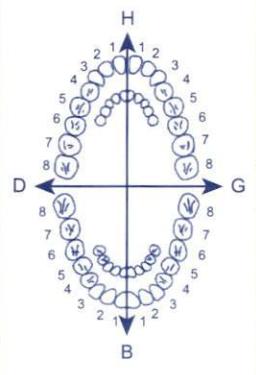
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.
Important :
 Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d'état.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX						
										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				CCEFFICIENT DES TRAVAUX					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">H 25533412 00000000</td> <td style="width: 50%;">G 21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>B 00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000	B 00000000	35533411	11433553	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		
H 25533412 00000000	G 21433552 00000000									
D 00000000	B 00000000									
35533411	11433553									
MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS				DATE DE L'EXECUTION					

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.

Radiologie 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.

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.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.



Complémentaire Déclaration de Maladie

N° W19-451056

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 7673 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENBIBI YOUSSEF

Date de naissance : 13-03-1946

Adresse : BP 213 S 1000 El Hefz

Tél. : 0661316261 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : Le 05/05/2021 Le : 05/05/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-451056

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 7673

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
				INP :

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'IRP.

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

mentre, una spettacolare recessione a la professoressa

The diagram shows a circle divided into four quadrants by a vertical axis labeled 'H' at the top and a horizontal axis labeled 'D' on the left. The numbers 1 through 12 are arranged in a clockwise sequence around the circle. The numbers are grouped as follows: Top-left quadrant (H+, D+): 1, 2, 3; Top-right quadrant (H+, D-): 4, 5, 6; Bottom-right quadrant (H-, D-): 7, 8, 9; Bottom-left quadrant (H-, D+): 10, 11, 12.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

1994 年 9 月 2 日至 1995 年 8 月 31 日

Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent :	Date d'arrivée :
Date de dépôt du dossier :	Date d'arrivée :

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.
 يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، ...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في طرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر، في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصرفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهنًا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
Feuille de Soins Maladie	* موافقة مسبقة *	* تنفيذ *
	Entente préalable *	Exécution *
	Réf. - 610-1-02	Ref. ANAM : 12.01.01

خاص بالمؤمن له (لها)
الاسم العائلي والشخصي :
رقم التسجيل :
رقم بطاقة التعريف الوطنية :
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

N° Dossier :
N° Immatriculation :
N° CIN :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *
Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : العنوان :
Montant des frais : درهم Dhs
Mبلغ المصارييف :

عدد الوثائق المرفقة :
تصريح الطبيب المعالج
المستفيد من العلاجات
الاسم العائلي والشخصي
تارikh الازدياد :
رقم بطاقة التعريف الوطنية :
الجنس :
الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفى :

Nombre de pièces jointes :
Déclaration du médecin traitant
Bénéficiaire de soins
Nom et prénom :
Date de naissance :
N° CIN:
Sexe : ذكر M أنثى F

INPE et code à barres **
Médecin traitant
الطبيب المعالج
Etablissement de soins
المؤسسة العلاجية
10 Dec 2020

Type de soins*
Hospitalisation استئناء Maternité أمومة Accident حادثة Maladie مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
Fait à :
Le : في :
توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
أشهر بصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Fait à :
Le : في :
Doctor Talbi Ahmet
Cachet MERCIER AFROUZ Médecin traitant de l'Etablissement de soins
36, Av. Hassan II EL HAJEB
05 35 84 36
أشطب أداة التأشية
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء من 2186 - الهاتف: 080 203 3333 - CNSS_Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

* Cocher la mention utile pour chaque case
** Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء من 2186 - الهاتف: 080 203 3333 - CNSS_Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

Date des actes	Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
10 Dec 2020			110,00	الدكتور طالبي احمد MEDICIN GENERALISTE 36, Av. Hassan II El HAJEB 05 35 54 30 38 : INPE et code à Barres

CIM-10

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

Date des actes	Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

Date des actes	Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

جريدة الوصفات التي تتنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et C. du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
	807,00	Pharmacie Nouvelle Mme DOUNYA MCHATTANI 42, Avenue Hassan II El Hajeb Tél. : 05 35 54 30 38

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable.

La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

توقيع وطابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier: _____

تاريخ الإيداع: _____

Date d'arrivée: _____

تاريخ الاستلام: _____

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، ...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في طرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية. ماعدا في حالة العلاج المستمر في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصریح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة. سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

 توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	 خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : _____	
Date de dépôt du dossier: _____	
 تاريخ الإيداع: _____	
Date d'arrivée: _____	
 تاريخ الاستلام: _____	

 الصندوق الاجتماعي لضمان康復 CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. ANAM - 610-1-02
<input type="checkbox"/> موافقة مسبقة * Entente préalable *	<input type="checkbox"/> تنفيذ * Exécution *	رقم فرم Réf. ANAM : 1.2.01.01

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : **NAIMA Nouria (ef BEN BIH)**

N° Immatriculation : **11413164112117**

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

Conjoint

زوج

Enfant

ابن

العنوان :

Adresse : **BP 213 51 000 EL HAJEB**

Drhms

Dhs

مبلغ المصاريق :

عدد الوثائق المرفقة :

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي

تاريخ الإيداع :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس :

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفق ..

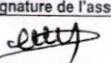
INPE et code à barres ..

131132987

Etablissement de soins
المؤسسة العلاجية

Type de soins*

Hospitalisation Maternité Amoëme Accident حادثة Maladie مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous. Fait à : _____	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : _____
Le : _____	في : _____
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e) 	
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية Cachet du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins MEDECIN GENERALISTE 36, AV. HASSAN II شارع الحسن الثاني 36, شارع الحسن الثاني 36, شارع الحسن الثاني 36, شارع الحسن الثاني	

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et établissements de soins) ainsi que le code à barres

Description des actes effectués				وصف العمليات المجرأة
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
1 NOV 2020		C	170,00	الدكتور طالب احمد احمد طالب احمد MDÉCIN GENERALISTE لراني، المعاشر 36, Avenue Hassan II El Hajeb 05 35 54 30 38
INPE et code à Barres				

CIM-10

Actes Paramédicaux				عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres					

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					العمليات الإحياء، الأشعة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres					

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
11/11/2020	179,20	Pharmacie Nouvelle Mme DOUNYA MOHATTANE 42, Avenue Hassan II El Hajeb Tél. : 05 35 54 30 38
INPE et code à Barres	INPE 13204533	
INPE et code à Barres		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

Si vous pensez être éventuellement allergique, demandez conseil à votre médecin.

During le traitement par Voltarène, il est possible de voir apparaître des ulcères au niveau de la muqueuse du tractus gastro-intestinal supérieur, rarement des hémorragies ou, dans des cas isolés, des perforations (gastriques ou intestinales). Ces complications peuvent survenir n'importe quand durant le traitement, sans aucun signe d'avertissement. Afin de réduire ce risque au maximum, votre médecin vous prescrira donc un traitement par Voltarène à la dose de traitement la plus courte possible. Adressez-vous à votre médecin si vous avez des douleurs gastriques que vous supposez être en relation avec la prise du médicament.

Il convient de faire preuve de prudence si vous souffrez d'une maladie du cœur ou des vaisseaux sanguins (maladies artérielles cardiovasculaires, notamment tension artérielle élevée non contrôlée, insuffisance cardiaque, maladie cardiaque ischémique ou maladie artérielle périphérique), car le traitement par Voltarène n'a généralement pas recours à ces personnes.

Si vous souffrez d'une maladie cardiovasculaire (voir ci-dessus) ou présentez des facteurs de risque importants comme une tension artérielle élevée, des taux de graisses sanguines anormalement élevés (cholésterol, triglycérides), un diabète ou si vous fumez, et que votre médecin décide de vous prescrire Voltarène, il convient de prendre une dose de 100 mg par jour si votre traitement dure plus de 4 semaines.

En général, il est important d'utiliser la dose minimale efficace de Voltarène permettant de soulager vos douleurs et/ou d'atténuer le gonflement, et le moins longtemps possible, pour réduire autant que possible vos risques d'effets secondaires et de complications.

Pour certains médicaments contre la douleur, les inhibiteurs COX-2, on a constaté, sous traitement à doses élevées et/ou à longue durée, une augmentation du risque d'infarctus du myocarde et d'accident vasculaire cérébral. Si cette situation se présente, informez immédiatement votre médecin.

Voltarène. Si vous avez déjà souffert d'un infarctus du myocarde, d'un accident vasculaire cérébral ou d'une thrombose veineuse ou si vous présentez des facteurs de risque comme de la tension artérielle élevée, du diabète sucré, des valeurs lipidiques élevées, du tabagisme, votre médecin décidera, si vous pouvez, d'arrêter de prendre Voltarène. Dans tous les cas, informez-en votre médecin.

La prise de Voltarène peut altérer la fonction rénale qui peut conduire à une élévation de la tension artérielle, et/ou à des accumulations de liquide (œdème). Informez immédiatement votre médecin si vous avez des difficultés rénales, si vous prenez des médicaments anti-hypertenseurs (par ex. des diurétiques, inhibiteurs de l'ECA) ou lors de la prise d'une grande quantité de liquide, comme par exemple lors de fortes transpirations.

Dans de très rares cas, après plusieurs semaines, y compris le Voltarène, peuvent apparaître de graves réactions au niveau de la peau (par ex. éruption cutanée).

Le traitement par Voltarène doit être interrompu dès l'apparition des premiers signes d'une réaction de la peau, et votre médecin doit en être informé.

Il existe une pratique courante qui est d'indiquer que vous prenez Voltarène en même temps qu'un autre anti-inflammatoire, comme un acétylsalicylate (des corticoïstéroïdes), des « fluidifiants du sang » (anticoagulants) ou des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) (antidépresseurs).

Ils sont ésthésique ou souffrez du rhume des foins, (rhinite allergique saisonnière), ou si vous souffrez d'arthrite, de goutte ou de rhumatismes, ou des troubles de la coagulation sanguine ou si vous avez d'autres problèmes de sang, y compris un problème hépatique rare connu sous le nom de porphyrie. Si l'une de ces situations correspond à votre cas, informez votre médecin avant de prendre Voltarène.

Si pendant l'utilisation de Voltarène, vous constatez des signes ou symptômes de problèmes du cœur ou des vaisseaux sanguins, par exemple douleurs thoraciques, souffre court, faiblesse ou troubles de l'élocution, contactez immédiatement votre médecin.

Informez immédiatement votre pharmacien, si vous souffrez d'autres maladies,

si vous êtes allergique ou si

vous prenez d'autres médicaments par voie interne ou externe (même en automédication).

Particulièrement si vous prenez des médicaments suivants:

lithium ou inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) (pour le traitement de la dépression), digoxine (contre les problèmes cardiaques), diurétiques (destinés à augmenter le volume des urines), inhibiteurs de l'ECA ou bêtabloquants (contre l'hypertension artérielle et les palpitations).

autres anti-inflammatoires comme l'acétylsalicylate (ou l'ibuprofène), corticoïstéroïdes, médicamenteusement destinés à fluidifier le sang (anticoagulants) médicaments (p. ex. mésomorphine) utilisés pour le traitement du diabète, contre l'insuline, contre l'arthrite et de cancer, ciclosporine ou tacrolimus (cas de transplantation d'organes), ou d'autres médicaments utilisés pour le traitement d'infections des voies urinaires), antibiotiques du groupe des quinolones (médicaments employés en cas d'infections), ou voriconazole (un médicament utilisé pour le traitement d'infections fongiques), phénytoïne (un médicament utilisé pour le traitement des crises épileptiques) ou rifampicine

La prise ou l'utilisation de Voltarène peut provoquer les effets secondaires suivants:

Sont fréquents: maux de tête, lenteur, vertiges, nausées, vomissements, nausées, maux de ventre et d'estomac, flatulences, diminution de l'appétit, éruption cutanée, accumulation de liquide, œdèmes, modifications de la tension artérielle, irritation locale (suppositoires), modifications de la fonction hépatique (par ex. élévation du taux d'enzymes hépatiques dans le sang).

On observe également des effets secondaires rares: douleur dos (dans une personne élevée (150 mg) sur une période prolongée, douleurs soudaines et oppressives thoraciques (signes d'infarctus du muscle cardiaque et d'attaque cardiaque), dyspnée, difficultés à respirer en position couchée, gonflement des pieds ou des jambes (épigastrique), douleur dans la cuisse, douleur dans la hanche.

Sont rares: réactions d'hypersensibilité avec gonflement du visage, de la bouche, des membres (pouvant aller jusqu'à la chute de tension et le choc), asthme, somnolence, inflammations et ulcères du tube digestif, vomissements de sang, diarrhées, saignements rectaux, troubles de la fonction hépatique et/ou à une fréquence inconnue, apparition soudaine de douleurs thoraciques et de réactions allergiques (signes d'un syndrome de Kounis).

Sont très rares: altérations de la formule sanguine, saignements inhabituels, éruption cutanée, gonflement des yeux, gonflement des canaux lacrymaux, irritabilité, troubles de la sensibilité, troubles de la mémoire, crampes, anxiété, tremblements, altération du goût, troubles ou diminution de la vue, acouphènes, diminution de l'ouïe, raideur de nuque, inflammation des vaisseaux, des poumons et du colon, aggravation des hémorroïdes (suppositoires), gonflement des glandes salivaires, gonflement des mamelons, gonflement de la peau, éczéma, démangeaisons, rougeur inflammatoire de la peau, chute des cheveux, saignement de la peau, problèmes rénaux aigus, sang dans l'urine, saignement provenant d'hémorroïdes (suppositoires).

Il convient de faire attention lorsque vous prenez Voltarène au basculement du traitement par Voltarène, contactez votre médecin. Un examen ophtalmologique peut être envisagé pour exclure d'autres causes.

Informez votre médecin si vous observez un de ces effets indésirables.

Si vous remarquez d'autres effets secondaires qui ne sont pas décrits ici, veuillez communiquer notre pharmacien ou votre pharmacien.

5. Comment conserver VOLTAREN®?

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Le médicament ne doit pas être utilisé au-delà de la date figurant après la mention « EX » sur le réceptacle.

Comprimés enrobés à 25 mg: conserver à l'abri de l'humidité et pas au-dessus de 30°C.

Suppositoires: pas conserver au-dessus de 30°C.

Ne jetez aucun médicament au tout-à-l'égoût « ni avec les ordures ménagères ».

Demandez à votre pharmacien d'éliminer les médicaments que vous ne prenez plus. Ces médicaments contribuent à polluer l'environnement. Pour de plus amples renseignements, consultez votre médecin ou votre pharmacien, qui disposent d'une information détaillée destinée aux professionnels.

6. Informations supplémentaires

Que contient Voltarène?

• 1 comprimé enrobé contient 25 mg ou 50 mg de diclofénac sodique.

Excipients : Amidon de maïs, glycolate d'amidon sodique, lactose monohydrate; cellulose microcristalline, silice colloïdale anhydre, povidone, stearate de magnésium, hypromélose, talc, dioxyde de titane, crémaphor RH 40, oxyde de fer jaune.

• 1 suppositoire contient 100 mg de diclofénac sodique.

Excipient : Mélange de triglycerides d'acides gras saturés.

Nom et adresse de l'établissement pharmaceutique titulaire de l'AMM au Maroc:

Novartis Pharma Maroc S.A. 82, Bd Chefchaouni, Q.I Ain Sébaâ 20590 Casablanca –Maroc.

Nom et adresse du Fabricant :

Novartis Pharma Maroc S.A. 82, Bd Chefchaouni, Q.I Ain Sébaâ 20590 Casablanca –Maroc.

Présentations disponibles sur le marché

• Voltarène® 25 mg & 50 mg. Comprimés enrobés, Boîte de 30

• Voltarène® 100 mg suppositoires. Boîte de 5 & 10

La dernière fois à laquelle cette notice a été révisée : Février 2019 (2017-PSB/GL-C-0907-s).

Conditions de prescription et de livraison : Tableau C. Liste II.

Informations réservées aux professionnels de santé : Voir Résumé des Caractéristiques du Produit.

Dénomination du médicament :

Voltarène® 25 mg, Voltarène®
Comprimés enrôbés. Boîte de 100
Diclofénac sodio
Voltarène® 100
Suppositoires. Boîte de 100
Diclofénac sodio

U NOVA



Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.
Gardez cette notice. Vous pourrez avoir besoin de la re lire.
Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou votre pharmacien.
Ce médicament vous a été initialement prescrit. Ne le donnez jamais à d'autres personnes. Il pourrait leur faire mal, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
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 à votre pharmacien.

- Qu'est-ce que cette notice ?
Qu'est-ce que VOLTAREN® et dans quel cas est-il utilisé ?
Comment utiliser VOLTAREN® ?
Quels sont les effets indésirables éventuels ?
Comment conserver VOLTAREN® ?
Informations supplémentaires

1. Qu'est-ce que VOLTAREN® et dans quel cas est-il utilisé ?
Voltarène® est un anti-inflammatoire non stéroïdien ayant des propriétés anti-inflammatoires et analgésiques. Il soulage les symptômes de l'inflammation, comme la douleur et l'enflure, en bloquant la synthèse des molécules (prostaglandines) qui sont responsables de l'inflammation, de la douleur et de la fièvre. Mais il ne peut pas empêcher l'apparition de l'inflammation.

Voltarène est utilisé sur prescription médicale dans les affections rhumatismales, par exemple arthroses, les inflammations et douleurs lors de crises de goutte, les états douloureux du dos et de la colonne cervicale, les rhumatismes, les tissus mous, les inflammations et douleurs après une blessure (p.ex. entorse, élongation), les infections cutanées, ou encore une intervention chirurgicale orthopédique ou dentaire, les douleurs et inflammations en gynécologie, les crises de migraine (suppositoires seulement), les douleurs et inflammations articulaires et musculaires, etc.

Il ne faut pas empêcher Voltarène uniquement pour faire baisser la fièvre.

Si vous souffrez d'une maladie cardiaque ou avec des risques importants de maladie cardiaque, votre médecin réévaluera à intervalles réguliers la poursuite du traitement par Voltarène, en particulier si votre traitement dure plus de 4 semaines.

2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser VOLTAREN® ?

Ne prenez jamais Voltarène

Voltarène® ne convient pas à tout le monde. Si vous êtes allergique à l'un de ses composants ou si vous avez déjà développé une défense respiratoire ou des réactions de la peau de type allergique, par exemple un gonflement du visage, des lèvres, de la langue, du cou ou des yeux, ou une éruption (érythème ou urticaire), après la prise d'acide acétylsalicylique ou d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, alors il ne faut pas empêcher Voltarène uniquement pour faire baisser la fièvre. Si vous souffrez d'une maladie cardiaque ou avec des risques importants de maladie cardiaque, votre médecin réévaluera à intervalles réguliers la poursuite du traitement par Voltarène, en particulier si votre traitement dure plus de 4 semaines.

3. Comment utiliser VOLTAREN® ?

Le médecin prescrit la quantité nécessaire pour la posologie et le mode d'administration en fonction d'indication, de l'âge et de la gravité des troubles. Veiller toujours scrupuleusement les instructions du médecin. Ne dépasser pas la dose journalière recommandée ou la durée du traitement prescrite par votre médecin.

Si vous prenez Voltarène pendant plus de quelques semaines, vous devierez régulièrement votre maladie pour pouvoir continuer à prendre ce médicament sans que vous n'aurez pas remarqué.

La dose journalière en début de traitement est généralement de 75-150 mg. Si l'efficacité est moindre, la dose journalière peut être augmentée

répartie en 2-3 prises. Ne dépasser pas une dose maximale de 150 mg par jour.

Pour éviter les douleurs nocturnes, effacez la raideur matinale, on peut aussi prendre la dose journalière en deux prises, une au lever et une au coucher.

En cas de règles douloureuses commencez par une dose unique de 50-100 mg dans les premiers symptômes. Continuez avec 50 mg trois fois par jour.

Prendre les comprimés enrobés de la boîte avec beaucoup de liquide (préférence avant les repas; ne doivent pas être partagées ou masticées).

En cas de migraine, vous pouvez utiliser les suppositoires Voltarène conformément à la prescription de votre médecin. En règle générale l'efficacité de la migraine peut être obtenue à 100 mg dès les premiers signes de la crise migraineuse, est suffisante.

Vous devez enlever la feuille qui entoure le suppositoire et enfoncez ce dernièrement dans le rectum (après avoir été à la selle). Si la douleur persiste vous pouvez également prendre un comprimé de 50 mg.

Si vous devez continuer le traitement les jours suivants, vous ne devrez pas dépasser une dose maximale de 150 mg par jour (p.ex. 3 suppositoires à 50 mg).

4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?

Si l'un des effets indésirables s'applique à votre cas, veuillez le signaler à votre médecin et ne prenez pas Voltarène. Votre médecin décidera si ce médicament vous convient.

En raison de leur teneur élevée en principe actif, les comprimés à 50 mg et les suppositoires à 50 ou 100 mg ne conviennent pas aux enfants de moins de 14 ans.

ment d'infections bactériennes),
mes d'une infection (par ex. les céphalées ou une grippe, une infection urinaire et l'infection. Dans de très rares cas, de gravité, une éruption) peuvent survenir chez les patient
généralement par d'autres médicaments anti-inflamm
immédiatement votre médecin si une telle réacti

olongé par Voltarène (plus de 2-3 semaines), il e

es contrôlés prévus par votre médecin.

chez les patients âgés, notamment chez les patient
plus sensibles à l'effet des médicaments de réagir de mani
que la dose minimale efficace.

Grossesse et allaitement
grossesse.
Si vous êtes enceinte ou si vous envisagez une grossesse, vous ne pou
prendre du diclofénac qu'après en avoir discuté avec votre médecin. Voltaré
ne doit pas être pris pendant le dernier trimestre de la grossesse.

Voltarène ne doit pas être pris pendant la période d'allaitement sauf en c
d'autorisation explicite par votre médecin.

Evitez l'aptitude à conduire un véhicule ou à utiliser des machines

Ce médicament peut entraîner des réactions, l'aptitude à la conduite et l'aptitude à utiliser des outils ou des machines. De plus, lors d'apparition de vertiges, troubles visuels ou d'autres troub
nervieux centraux, vous devez tout particulièrement renoncer à conduire i
voiture et à utiliser des machines et vous devez contacter immédiateme
votre médecin.

Excipient à effet noto :

Comprimés enrôbés : Lactose Monohydrate

3. Comment utiliser VOLTAREN® ?

Le médecin prescrit la quantité nécessaire pour la posologie et le mode d'administ
ion en fonction d'indication, de l'âge et de la gravité des troubles. Veiller tou
jours scrupuleusement les instructions du médecin. Ne dépasser pas la dose journalière recommandée ou la durée du traitement prescrite par votre médecin.

Si vous prenez Voltarène pendant plus de quelques semaines, vous devi
rez régulièrement votre maladie pour pouvoir continuer à prendre ce médic
ment sans que vous n'aurez pas remarqué.

La dose journalière en début de traitement est généralement de 75-150 mg. Si l'efficacité est moindre, la dose journalière peut être augmentée

répartie en 2-3 prises. Ne dépasser pas une dose maximale de 150 mg par jour.

Pour éviter les douleurs nocturnes, effacez la raideur matinale, on peut aussi

prendre la dose journalière en deux prises, une au lever et une au coucher.

En cas de règles douloureuses commencez par une dose unique de 50-100 mg dans les premiers symptômes. Continuez avec 50 mg trois fois par jour.

Prendre les comprimés enrobés de la boîte avec beaucoup de liquide (préférence avant les repas; ne doivent pas être partagées ou masticées).

En cas de migraine, vous pouvez utiliser les suppositoires Voltarène conformément à la prescription de votre médecin. En règle générale l'efficacité de la migraine peut être obtenue à 100 mg dès les premiers signes de la crise migraineuse, est suffisante.

Vous devez enlever la feuille qui entoure le suppositoire et enfoncez ce dernièrement dans le rectum (après avoir été à la selle). Si la douleur persiste vous pouvez également prendre un comprimé de 50 mg.

Si vous devez continuer le traitement les jours suivants, vous ne devrez pas dépasser une dose maximale de 150 mg par jour (p.ex. 3 suppositoires à 50 mg).

Enfants: Il existe des suppositoires destinés aux enfants.

Ne changez pas le dosage prescrit de votre propre chef. Adressez-vous à vot

meilleur ou à votre pharmacien si vous estimatez que l'efficacité de vot

medicament est trop faible ou au contraire trop forte.

- après le premier trimestre : cet analgésique non anti-inflammatoire ne paraît pas faire courir de risque fœtal lors de prises au cours des 2^e et 3^e trimestres.
- En conséquence, le paracétamol (dans les conditions normales d'emploi) peut être prescrit pendant la grossesse.
- Allaitement : A dose thérapeutique , l'administration de ce médicament est possible pendant l'allaitement.

POSOLOGIE

Enfants :

- 7 à 11 ans : 1/2 comprimé, 1 à 3 fois par jour.
 - 12 à 15 ans : 1 comprimé, 1 à 3 fois par jour.
- Ne pas dépasser la dose maximale de 50 mg/kg/jour.

Adultes :

1 à 2 comprimés, 1 à 3 fois par jour

Les prises peuvent être espacées de 4 heures au minimum.

Ne pas dépasser 6 comprimés par jour, soit 3 g de paracétamol par jour.

Eviter l'administration prolongée.

En cas d'insuffisance rénale sévère, l'intervalle entre 2 prises sera au minimum de 8 heures.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Administration par voie orale

Avaler les comprimés avec de l'eau.

DUREE DU TRAITEMENT

La durée du traitement sera aussi brève que possible (maximum 10 jours) et n'excédera pas la période symptomatique.

CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURDOSAGE

Lié au paracétamol :

Symptômes : nausées, vomissements, anorexie, pâleur, douleurs abdominales, apparaissent généralement dans les 24 premières heures.

Un surdosage massif (supérieur à 10 g de paracétamol, 150 mg/kg de poids corporel chez l'enfant) peut provoquer une cytolysé hépatique susceptible d'aboutir à une nécrose complète et irréversible, se traduisant par des anomalies du métabolisme glucidique, une acidose métabolique, une encéphalopathie pouvant aller jusqu'au coma et à la mort. Simultanément, on observe une augmentation des transaminases hépatiques, de la lacticodehydrogénase, de la bilirubine et une diminution du taux de prothrombine pouvant apparaître 12 à 48 heures après l'ingestion.

Conduite d'urgence :

- transfert immédiat en milieu hospitalier,
- évacuation rapide du produit ingéré par lavage gastrique,
- avant de commencer le traitement, prélever un tube de sang pour faire le dosage plasmatique du paracétamol,
- le traitement du surdosage comprend l'administration aussi précoce que possible de l'antidote N-acétylcystéine par voie IV ou voie orale, si possible avant la dixième heure.

EFFETS INDESIRABLES

Paracétamol : Les réactions exceptionnelles d'allergies au paracétamol se manifestent par de simples rashes cutanés avec érythème ou urticaire commandant le simple arrêt du traitement . Exceptionnellement , thrombopénie

Caféine : possibilité d'excitation, d'insomnies et de palpitations.

Signalez à votre médecin ou à votre pharmacien tout effet non souhaité et gênant qui ne serait pas mentionné dans cette notice

CONSERVATION

Ne pas dépasser la date limite d'utilisation figurant sur le conditionnement extérieur.

DATE DE RÉVISION DE LA NOTICE

Novembre 2018

500823e



Zone Industrielle, Ouest Aïn Harouda,

Route Régionale N° 322 (ex R.S 111)

Km 12.400 - Aïn Harouda 28 630 Mohammmedia - Maroc

Docteur TALBI Ahmed

Médecine Générale

DIPLOME DE LA FACULTE

DE MEDECINE DE RABAT

DIPLOME D'UNIVERSITE

D'ASTHMOLOGIE

36, Av. Hassan II - EL-HAJEB

Tél. { C. 05.35.54.30.88
D. 05.35.54.34.26

الدكتور طالبي أحمد

الطب العام

خريج كلية الطب بالرباط

وبليوم جامسي في الريو

36، شارع الحسن الثاني - الحاجب

05.35.54.30.88.ع
05.35.54.34.26.م

EL Hajeb, le 11 Nov 2020

m'm nain naina
ep'sen sene

66,80 ₦ Vol Harcero ss ₦
- 7 ₦ 30 ₦ SV

13,20 ₦ A l'grk ₦
- 7 ₦ 34 ₦ SV

3 churller SV

49,60 ₦ I cure forte Amp suvate
- 2 Amp / mois 16 nos SV

179, ₦ Pharmacie Nouvelle

Mme DOUNYA MOHATTANE

42, Avenue Hassan II

El Hajeb

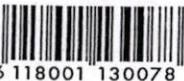
Tél. : 05 35 54 30 38

Doctor Talbi Ahmed

MEDICAL GENERALIST

شارع الحسن الثاني - الحاجب
36, Av. Hassan II - EL HAJEB
05 35 54 30 38

COVERAM® 5mg/5mg
Péridopril arginine / amlodipine
30 comprimés



6 118001 130078

COVERAM® 5mg/5mg
Péridopril arginine / amlodipine
30 comprimés



6 118001 130078

COVERAM® 5mg/5mg
Péridopril arginine / amlodipine
30 comprimés



6 118001 130078

Glucophage® 850mg
60 Comprimés pelliculés



6 118000 080640

Glucophage® 850mg
60 Comprimés pelliculés



6 118000 080640

Glucophage® 850mg
60 Comprimés pelliculés



6 118000 080640

Doliprane® 1000 mg
PARACETAMOL
8 comprimés effervescents sécables



6 118000 040361

Doliprane® 1000 mg
PARACETAMOL
8 comprimés effervescents sécables



6 118000 040361

Doliprane® 1000 mg
PARACETAMOL
8 comprimés effervescents sécables



6 118000 040361

V2

V2

Docteur TALBI Ahmed

Médecine Générale
 DIPLOME DE LA FACULTÉ
 DE MEDECINE DE RABAT
 DIPLOME D'UNIVERSITE
 D'ASTHMOLOGIE

36, Av. Hassan II - EL-HAJEB

Tél. { C. 05.35.54.30.88
 D. 05.35.54.34.26

الدكتور طالبي أحمد

الطب العام

خريج كلية الطب بالرباط
 ويلزم جامعي في الرباط

36، شارع الحسن الثاني - الحاجب

05.35.54.30.88. ع
 05.35.54.34.26. م

EL Hajeb, le 10 Dec 2020

m = nain naine et bavard

$208,00 \times 3$ Cveray g 80mg (364) 

$46,20 \times 3$ Clorophase g 800 (364) 

$15,80 \times 3$ Doliprane 1000 g eff (502) 

807,00 

Pharmacie Nouvelle
 Mme DOUNYA MOHATTANE
 42, Avenue Hassan II
 El Hajeb
 Tél. : 05 35 54 30 38

الدكتور طالبي أحمد
 الطبيب العام
 36 شارع الحسن الثاني - EL-HAJEB
 05 35 54 30 88 - 05 35 54 34 26

Fabriqué par : **SMB**

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.



Fabriqué par : **SMB**

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.



	<p>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري</p> <p>RELEVE DES PRESTATIONS AMO</p>	 الضمان الاجتماعي C.N.S.S	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>REF : 610-2-06 : مرجع رقم</p>
	Référence structurée : 210101307509421	Emis à Casablanca le : 05/01/2021	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation: 143641217 Règlement du mois : 01/2021 Mode de paiement : Virement	NAIMA NAIM BP 213 EL HAJEB 51000 EL HAJEB 5100	
	Informations : معلومات :		

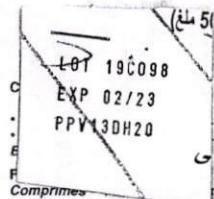
مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعريفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
NAIMA NAIM										
055173373	11/11/2020	C	MEDECIN GENERALISTE	150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70	56,00
055173373	11/11/2020	PH	PHARMACIE	179,00	99,20	1,00	1,00	99,20	70	69,44
055173374	10/12/2020	C	MEDECIN GENERALISTE	150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70	56,00
055173374	10/12/2020	PH	PHARMACIE	807,00	622,20	1,00	1,00	622,20	70	435,54
Total remboursé pour NAIM										616,98
Total général remboursé										616,98

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

ALGIK®

Paracétamol + Caféine
Comprimés



par comprimé
500 mg
50 mg

par étui
8,0 g
0,8 g

CLASSE PHARMACO - THERAPEUTIQUE

- Paracétamol : antalgique et antipyrrétique.
- Caféine : stimulante du système central.

NOM ET ADRESSE DE L'EXPLOITANT

Laboratoires AFRIC - PHAR

Zone Industrielle, Ouest Ain Harrouda,
Route Régionale N° 322 (ex R.S 111)
Km 12.400 - Ain Harrouda 28 630 Mohammedia - Maroc.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Traitemment symptomatique des :

- affections dououreuses : céphalées, migraines, douleurs dentaires, névralgies, douleurs musculaires, douleurs postopératoires et traumatiques, dysménorrhée.
- états fébriles (en cas de grippe).

CONTRE - INDICATIONS

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Hypersensibilité au paracétamol.
- Insuffisance hépatocellulaire grave.

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

MISES EN GARDE

L'attention des sportifs est attirée sur le fait que cette spécialité contient un principe actif (Caféine) pouvant induire une réaction positive lors des contrôles antidopage.

Cependant, la dose de caféine reconnue comme dopante de 12 µg/ml d'urine, ne peut être atteinte par la prise d'ALGIK 500 mg aux posologies recommandées.

Seule, l'absorption simultanée de médicaments ou de boissons (café, thé, en quantités relativement importantes) contenant également de la caféine , pourrait induire un test positif.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Utiliser ce médicament avec précaution en cas de :

- Insuffisance hépatique légère, d'alcoolisme chronique.
- Administration concomitante de médicaments hépatotoxiques.
- Atteinte rénale sévère (risques d'effets secondaires rénaux lors de l'usage chronique de doses élevées).

En cas de doute, ne pas hésiter à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Lié au paracétamol

La prise de paracétamol peut fausser le dosage de l'acide urique sanguin par la méthode de l'acide phosphotungstique et le dosage de la glycémie par la méthode à la glucose-oxydase-peroxydase.

Afin d'éviter d'éventuelles interactions entre plusieurs médicaments, il faut signaler systématiquement tout autre traitement en cours à votre médecin ou à votre pharmacien.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Chez l'animal :

Chez l'animal : Il n'existe pas d'étude de tératogénése.

Chez la femme :

- premier trimestre : une étude épidémiologique prospective, portant sur quelques centaines de femmes n'a pas mis en évidence d'effet tératogène.

500c23e