

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.

armacie :

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.

tique :

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.

76551

Déclaration de Maladie : N° P19-0021155

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 11042

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHLAFA MOHAMED Date de naissance : 18.08.1971

Adresse : 1, RUE TERMINI ANG. ABON TAOUR MAARIF

Tél. : 066 471 5445 Total des frais engagés : 510,32 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR ZEMMAMA OLOTFI
45 Bd Bir Anzarane
C: 05 22 25 03 73
GSM: 06 61 14 99 86
Fax: 0522251300
Email: zol2@live.fr
ICE: 0034634177895

Date de consultation : 28 JUIN 2021

Nom et prénom du malade : Dr KHLAFA Mohamed

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Vertiges, Palpitation

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 BLANCA

Le : 29/06/2021

Signature de l'adhérent(e) : Am.7

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
28 JUN 2021	✓		15000	DR ZEMMAMA OUAID 45 Bd Bir Anziane 0-05-22-25-03-73 GSM : 06-65-14-99-86 Fax : 0522251300 Email : z912@live.fr E : 0034634177895

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 RC : 245000 P.B. 35873067 IF : 40436642	29/06/21	380,30

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
		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 canalaires, ainsi que le bilan de

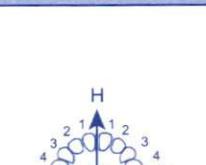
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

$$\begin{array}{c|cc}
 & H \\
 \text{D} & \begin{array}{l|l}
 25533412 & 21433552 \\
 00000000 & 00000000 \\
 \hline
 00000000 & 00000000
 \end{array}
 \end{array}$$

(Création, remont, adjonction)

<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> 	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p>
H	G											
25533412 00000000	21433552 00000000											
D	G											
00000000 35533411	00000000 11433553											
B												

Dr. Zemmama Omar Lotfi
LAUREAT DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE CASABLANCA



الدكتور زمامنة عمر لطفي
خريج كلية الطب
بالدار البيضاء

Casablanca, Le 29 JUIN 2021

الدار البيضاء في

Dr KHALIFA Mohamed

~~1) 80x2
Lipanthyl 160 mg pd 2 fois app~~
~~2) 90x3 Vitamine D BON~~
~~3) 80x1 B3 (mois pd 3m)~~
~~4) 80x1 Feeflex Fol
et glacon (i le matin ap rep)~~

maphar O
Zenata Ain Sébâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
PP.V.: 116,80 DH
6 118001 181636

DR ZEMMAMA O LOTFI
45 Bd Bir Anzarane
C : 05 22 25 03 73
GSM : 06 61 14 99 86
Fax : 05 22 25 13 00
Email : zol2@live.fr
ICE : 0934634177895

maphar O
Zenata Ain Sébâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL R30
PP.V.: 116,80 DH
6 118001 181636

45, Bd. Bir Anzarane - Casablanca
Tél : 05 22 25 03 73
Fax : 05 22 25 13 00
GSM : 06 61 14 99 86
E-mail : zol2@live.fr

RAPPORTER L'ORDONNANCE

45. شارع بئر أنزاران الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 25 03 73
الفاكس : 05 22 25 13 00
المحمول : 06 61 14 99 86
البريد الإلكتروني : zol2@live.fr

VITAMINE D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

Cholécalciférol
Solution injectable IM en ampoule

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

Cholécalciférol (vitamine D3) 200 000 UI

Excipient : triglycérides à chaîne moyenne q.s. pour 1 ampoule.

FORME PHARMACEUTIQUE

Solution injectable en ampoule de 1 ml.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE : VITAMINE D.

NOM ET ADRESSE DU TITULAIRE

DE LA DÉCISION D'ENREGISTREMENT

BOUCHARA-RECORDATI

70, avenue du Général de Gaulle
92800 PUTEAUX - FRANCE

NOM ET ADRESSE DU FABRICANT

HAUPT PHARMA

1, Rue Comte de Sinard
26250 LIVRON SUR DRÔME - FRANCE

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament contient de la vitamine D qui permet la fixation osseuse du calcium. Il est indiqué dans la prévention et le traitement des carences en vitamine D.

ATTENTION !

GROSSESSE - ALLAITEMENT

Si vous êtes enceinte ou si vous pensez être enceinte ou si vous allaitez, consultez votre médecin avant d'utiliser ce médicament. En effet, il peut être prescrit pendant la grossesse ou l'allaitement.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

POSOLOGIE

Dans tous les cas, prendre la posologie recommandée par le médecin.

En prévention :

Chez le nourrisson recevant un lait enrichi en vitamine D : 1/2 ampoule (soit 100 000 UI) tous les 6 mois.

Chez le nourrisson allaité ou ne recevant pas de lait enrichi en Vitamine D et chez l'enfant jeune jusqu'à 5 ans : 1 ampoule (soit 200 000 UI) tous les 6 mois.

Chez l'adolescent : 1 ampoule (soit 200 000 UI) tous les 6 mois en période hivernale.

Chez la femme enceinte : 1/2 ampoule (soit 100 000 UI) au 6^{ème} ou 7^{ème} mois de grossesse.

Chez le sujet âgé : 1/2 ampoule (soit 100 000 UI) tous les 3 mois.

En cas de pathologie digestive, de traitement anticonvulsivant ou autres conditions particulières décrites ci-dessus : se conformer à la prescription médicale.

Traitement de la carence en vitamine D :

1 ampoule (soit 200 000 UI) éventuellement répétée une fois après 1 à 6 mois.

CE MEDICAMENT VOUS A ETE PERSONNELLEMENT
DELIVRE DANS UNE SITUATION PRECISE :

بصريح فقط بموجب وصفة طبية
List II - List II - II

زنجة

ZENITH Pharma

AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



6 1180(11) 272228

PPV : 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /
MA holder / صاحب مقرر التسجيل

VITAMINE D3 B.O.N.®

200 000 UI/1 ml

Cholécalciférol

Solution injectable IM en ampoule

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

Cholécalciférol (vitamine D3) 200 000 UI

Excipient : triglycérides à chaîne moyenne q.s. pour 1 ampoule.

FORME PHARMACEUTIQUE

Solution injectable en ampoule de 1 ml.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE : VITAMINE D.

NOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DE LA DÉCISION D'ENREGISTREMENT

BOUCHARA-RECORDATI
70, avenue du Général de Gaulle
92800 PUTEAUX - FRANCE

NOM ET ADRESSE DU FABRICANT

HAUPT PHARMA
1, Rue Comte de Sinard
26250 LIVRON SUR DRÔME - FRANCE

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament contient de la vitamine D qui permet la fixation osseuse du calcium. Il est indiqué dans la prévention et le traitement des carences en vitamine D.

ATTENTION !

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?
NE PAS ETRE UTILISE dans les cas

Uniquement sur ordonnance Only upon prescription/
ج ب وصفة طبية
بصريح فقط

Liste II - List II - II

ZENITH Pharma

AMM N° 171 18 DMF/21/NNPR



6 118001 272228
PPV : 20.90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement

Chez le nourrisson recevant un lait enrichi en vitamine D : 1/2 ampoule (soit 100 000 UI) tous les 6 mois.

Chez le nourrisson allaité ou ne recevant pas de lait enrichi en Vitamine D et chez l'enfant jeune jusqu'à 5 ans : 1 ampoule (soit 200 000 UI) tous les 6 mois.

Chez l'adolescent : 1 ampoule (soit 200 000 UI) tous les 6 mois en période hivernale.

Chez la femme enceinte : 1/2 ampoule (soit 100 000 UI) au 6^{ème} ou 7^{ème} mois de grossesse.

Chez le sujet âgé : 1/2 ampoule (soit 100 000 UI) tous les 3 mois.

En cas de pathologie digestive, de traitement anticonvulsivant ou autres conditions particulières décrites ci-dessus : se conformer à la prescription médicale.

Traitemen de la carence en vitamine D :

1 ampoule (soit 200 000 UI) éventuellement répétée une fois après 1 à 6 mois.

CE MEDICAMENT VOUS A ETE PERSONNELLEMENT DELIVRE DANS UNE SITUATION PRECISE :

- IL PEUT NE PAS ETRE ADAPTE A UN AUTRE CAS.

- NE PAS LE CONSEILLER A UNE AUTRE PERSONNE.

VITAMINE D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

Cholécalciférol

Solution injectable IM en ampoule

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

Cholécalciférol (vitamine D3) 200 000 UI

Excipient : triglycérides à chaîne moyenne q.s. pour 1
ampoule.

FORME PHARMACEUTIQUE

Solution injectable en ampoule de 1 ml.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE : VITAMINE D.

NOM ET ADRESSE DU TITULAIRE

DE LA DÉCISION D'ENREGISTREMENT

BOUCHARA-RECORDATI

70, avenue du Général de Gaulle

92800 PUTEAUX - FRANCE

NOM ET ADRESSE DU FABRICANT

HAUPT PHARMA

1, Rue Comte de Sinard

26250 LIVRON SUR DRÔME - FRANCE

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament contient de la vitamine D qui permet la fixation osseuse du calcium. Il est indiqué dans la prévention et le traitement des carences en vitamine D.

GRC

Si vous
être
à vi
méd
pres

CON

POS

Dan

Les posologies usuelles sont les suivantes :

En prévention :

Chez le nourrisson recevant un lait enrichi en vitamine D : 1/2 ampoule (soit 100 000 UI) tous les 6 mois.

Chez le nourrisson allaité ou ne recevant pas de lait enrichi en Vitamine D et chez l'enfant jeune jusqu'à 5 ans : 1 ampoule (soit 200 000 UI) tous les 6 mois.

Chez l'adolescent : 1 ampoule (soit 200 000 UI) tous les 6 mois en période hivernale.

Chez la femme enceinte : 1/2 ampoule (soit 100 000 UI) au 6^{ème} ou 7^{ème} mois de grossesse.

Chez le sujet âgé : 1/2 ampoule (soit 100 000 UI) tous les 3 mois.

En cas de pathologie digestive, de traitement anticonvulsivant ou autres conditions particulières décrites ci-dessus : se conformer à la prescription médicale.

Traitemen de la carence en vitamine D :

1 ampoule (soit 200 000 UI) éventuellement répétée une fois après 1 à 6 mois.

CE MEDICAMENT VOUS A ETE PERSONNELLEMENT

بصحراف فقط بموجب وصفة طبية

Liste II - List II - II

ZENTRA Pharma

AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



6 1180(1) 272228

PPV : 20.90 DH

vous pensez
andez conseil
prendre ce
ent peut être

re médecins.

6 118001 440047

40 ملخ/15 مل + 0.185 ملخ/15 مل محلول للشرب.

تسمية عالية مشتركة حديد بروتين سيسينيلات +
كالسيوم فولينيك.

الرجاء قراءة هذه النشرة بعناية قبل اخذ هذا الدواء.

حافظ على هذه النشرة، قد تحتاج لقرأتها مرة أخرى.

إذا كان لديك أي أستئنة أخرى، أو أي شك، اطلب المزيد من المعلومات من طبيبك أو صيدلانيك.

هذا الدواء تم وصفه إليك شخصياً. لا تناول شخصاً آخر أبداً ولو في وجود أعراض مماثلة، قد يضره ذلك.

2. التعريف بالمنتج:

كل قناع من جرعة واحدة تحتوي على:

العنصر الفعال (محلول)

بروتين سيسينيلات الحديد 800 ملخ (ما يعادل 40 ملخ)

سواغات:

سوربيتول 420 E، بروبيلين غليكول، ميتيل باراهيدروكسى بنزوات ملح الصوديوم، بروبيل باراهيدروكسى ملح الصوديوم، نكهة مورال، سكرين الصوديوم والماء المقلى.

العنصر الفعال (غطاء المخزون)

كالسيوم فولينيك خماسي التبيه 0.235 ملخ (ما يعادل 0.185 ملخ حمض الفولينيك).

سواغ:

مايتيل 420 E

سواغات ذات تأثير ملحوظ:

ميتييل باراهيدروكسى بنزوات ملح الصوديوم، بروبيل باراهيدروكسى ملح الصوديوم.

3. المجموعة الصيدلانية العلاجية:

- الأطفال: يأخذ 1.5 مل/كجم/ يوم حسب وصفة طبيب مقسمة في جرعتين، ويفضل اخذه قبل وجبة الطعام.
- انزع حلقة السلامة لمخزن الغطا، اضغط على غطاء المخزن بشدة حتى يصعد المسحوق بال محلول.
- حرك جيداً، انزع غطاء المخزن ثم اشرب محلول مباشرة او مخفقاً مع الماء.



مدة العلاج:

يجب الحفاظ على مدة العلاج بفيريبلكس فول حتى استعادة احتياطي الجسم من الحديد العادي، وبالتالي فمدة العلاج ستستغرق شهرين او ثلاثة أشهر.

6. مواعيذ الاستعمال:

- فرط الحساسية للمواد الفعالة او أحد السواغات.
- هيوموسيريفي، داء ترسيب الألaciبة الدموية، فقر الدم اللاتسجي، فقر الدم الإنحلالي او فقر الدم الناتج عن تعدد إستعمال الحديد.
- إنهاب فقر الدم الضخم للأدوية نتيجة نقص فيتامين B12 (على الأقل فيريبلكس فول لا يمكن إستعماله بالإشتراك مع فيتامين B12)
- إنهاب البكتيريا المزن، تشمـع الألaciبة الدموية.

7. التأثيرات الغير مرغوب فيها:

- نادرًا ما تحدث اضطرابات الجهاز الهضمي مثل الإسهال، الإمساك، الغثيان وال嘔吐 وخصوصاً عند تناول جرعات عالية جداً.
- يمكن تقليل هذه التأثيرات الغير مرغوب فيها بخفض الجرعة او وقف العلاج. المنتجات التي تحتوي على الحديد يمكن أن تكون البراز بالأسود او الرمادي الداكن.
- إذا لاحظت اي تأثيرات الغير مرغوب فيها غير مدرجة في هذه النشرة، اخبر طبيبك او الصيدلاني.

8. إحتياطات الاستعمال و إحتياطات خاصة: