

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

**Informations 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.

**Maladie :**  
Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.  
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

**Biologie 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.

**Accident :**  
En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

**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° M21- 081713

☒ Maladie    ☐ Dentaire    ☐ Optique    ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **BAGHDADI Boule**

Matricule : **0685**    Société : **R.A.M.**

☒ Actif    ☐ Pensionné(e)    ☐ Autre

Nom & Prénom : **BAGHDADI Badia Fp Benmoussa**

Date de naissance : **01/07/44**

Adresse : **Residence AL Firdous RTE Aguelal**  
**Maison n° 6**

Tél. : **0614 510444**    Total des frais engagés : **300x**    Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **M 3 2019**

Nom et prénom du malade : **BAGHDADI Benmoussa Badia**

Lien de parenté : ☒ Lui-même    ☐ Conjoint    ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Diaète**

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 : **MSA**    Le : **16/03/22**

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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 11-3-2022       |                   | 9                     | 30000                           | Docteur Zineb SLAH DENTISTE<br>ENDOCRINOLOGIE - DIABÉTOLOGIE<br>NUTRITIONNISTE<br>45, Angle Rue des Hôpitaux - Rue Dubreuil, Casablanca<br>Tél : 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75<br>IMF : 09 13 83 93 - ICF : 09 13 97 43 30 00 00 83 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE SUP ANFA<br>Moune CHABACH PHA<br>Boulevard d'Azzemour, Casablanca<br>Tél: 05 22 05 01 16<br>ICE: 00 12 35 98 00 00 083 | 11/03/22 | 52.47.40              |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

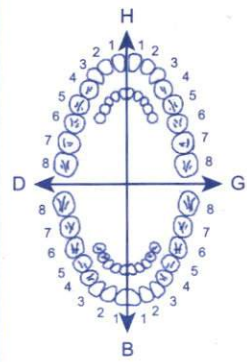
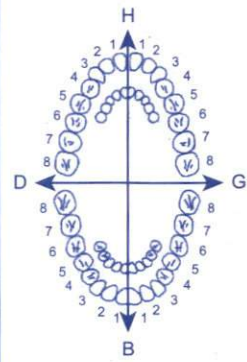
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

| 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> |                  | H                   |                         | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|   | H  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|   | 25533412   | 21433552         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|   | 00000000   | 00000000         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|   | D  | G                |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|   | 00000000   | 00000000         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|   | 35533411   | 11433553         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|   | B  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|   |  |                  |                     | MONTANTS DES SOINS      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|   | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |                     | DATE DU DEVIS           |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|   |  |                  | DATE DE L'EXECUTION |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Zineb SLAOUI DIOURI

ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE

Ex. Enseignante à la Faculté de  
Médecine de Casablanca  
Sur Rendez-vous



الدكتورة زينب السلاوي الديوري

اختصاصية في أمراض الغدد والسكري  
أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء  
بالموعد

Casablanca, le : 11.3.2022 : الدار البيضاء, في :

Mr BAGHDADI DERMOUHA  
02878.70  
157.40  
BADIA

Diamiclon Gouge

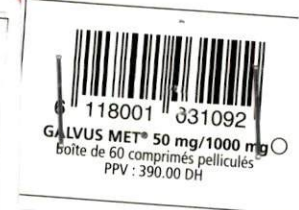
03x330,00  
2039,00  
matin  
soir



06x390,00  
2340,00  
matin  
soir



GALVUS  
5247,40  
au  
matin  
soir



Docteur Zineb SLAOUI DIOURI  
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE  
40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, Casa  
Tél : 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75  
INPE : 001132003 - ICE : 001697433000063



40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, 3ème étage - Q

avillon 28) - CASABLANCA

Tél.: 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75 - E-mail : zinebslaoudiouri@gmail.com - ICE : 001697433000063



# DIAMICRON® 60 mg

Gliciazide

Comprimés sécables à Libération Modifiée

**Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.**

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice, voir rubrique 4.

## Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que DIAMICRON 60 mg, comprimé sécable à libération modifiée et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les indications ?
3. Comment prendre DIAMICRON 60 mg, comprimé sécable à libération modifiée ?
4. Quels sont les effets indésirables ?
5. Comment conserver DIAMICRON 60 mg, comprimé sécable à libération modifiée ?
6. Contenu de l'emballage

## 1. QU'EST-CE QUE DIAMICRON 60 mg, COMPRIMÉ SÉCABLE À LIBÉRATION MODIFIÉE ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

DIAMICRON 60 mg, comprimé sécable à libération modifiée est un médicament appartenant à la classe pharmacologique des sulfonylurées. Il agit en réduisant le taux de sucre dans le sang (la glycémie) et la perte de poids chez les personnes atteintes de diabète de type 2 non insulino-dépendant chez l'adulte, lorsqu'elles suivent un régime alimentaire approprié et qu'elles exercent une activité physique normale.

## 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE DIAMICRON 60 mg, COMPRIMÉ SÉCABLE À LIBÉRATION MODIFIÉE ?

- Ne prenez jamais DIAMICRON 60 mg, comprimé sécable à libération modifiée :
  - si vous êtes allergique au gliciazide ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament mentionnés dans la rubrique 6, ou à d'autres médicaments appartenant à la même classe (sulfonylurées), ou à d'autres médicaments apparentés (sulfa-médicaments) ;
  - si vous avez un diabète insulino-dépendant (diabète de type 1) ;
  - si vous avez une insuffisance rénale grave.



# DIAMICRON® 60 mg

Gliciazide

Comprimés sécables à Libération Modifiée

**Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.**

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice, voir rubrique 4.

## Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que DIAMICRON 60 mg, comprimé sécable à libération modifiée et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les indications ?
3. Comment prendre le médicament ?
4. Quels sont les effets indésirables ?
5. Comment conserver le médicament ?
6. Contenu de l'emballage

## 1. QU'EST-CE QUE DIAMICRON 60 mg, COMPRIMÉ SÉCABLE À LIBÉRATION MODIFIÉE ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

DIAMICRON 60 mg, comprimé sécable à libération modifiée est un médicament appartenant à la classe pharmacologique des sulfonylurées. Il agit en réduisant le taux de sucre dans le sang (la glycémie) et la perte de poids chez les personnes souffrant de diabète de type 2 non insulino-dépendant chez l'adulte, lorsque le régime alimentaire, l'exercice physique et la perte de poids seuls ne sont pas suffisants pour obtenir une glycémie (taux de sucre dans le sang) normale.

## 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE DIAMICRON 60 mg, COMPRIMÉ SÉCABLE À LIBÉRATION MODIFIÉE ?

- Ne prenez jamais DIAMICRON 60 mg, comprimé sécable à libération modifiée :
  - si vous êtes allergique au gliciazide ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament mentionnés dans la rubrique 6, ou à d'autres médicaments appartenant à la même classe (sulfonylurées), ou à d'autres médicaments apparentés (sulfa-



**Jardiance®**

Empagliflozine

**10 mg comprimés pelliculés**

**25 mg comprimés pelliculés**

313745-02



**Boehringer  
Ingelheim**

6 118001 041077  
Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)  
30 comprimés pelliculés  
PPV: 550 DH 00  
BOTTU S.A.

313839-02



**Jardiance®**

Empagliflozine

**10 mg comprimés pelliculés**

**25 mg comprimés pelliculés**

313745-02



**Boehringer  
Ingelheim**

6 118001 041077  
Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)  
30 comprimés pelliculés  
PPV: 550 DH 00  
BOTTU S.A.

313839-02



**Jardiance®**

Empagliflozine

**10 mg comprimés pelliculés**

**25 mg comprimés pelliculés**

313745-02



**Boehringer  
Ingelheim**

6 118001 041077  
Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)  
30 comprimés pelliculés  
PPV: 550 DH 00  
BOTTU S.A.

313839-02



**Jardiance®**

Empagliflozine

**10 mg comprimés pelliculés**

**25 mg comprimés pelliculés**

313745-02



**Boehringer  
Ingelheim**

6 118001 041077  
Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)  
30 comprimés pelliculés  
PPV: 550 DH 00  
BOTTU S.A.

313839-02



**Jardiance®**

Empagliflozine

**10 mg comprimés pelliculés**

**25 mg comprimés pelliculés**

313745-02



**Boehringer  
Ingelheim**

6 118001 041077  
Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)  
30 comprimés pelliculés  
PPV: 550 DH 00  
BOTTU S.A.

313839-02