

# 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.

### 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.

### 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.

### Prothésaire :

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° P19-0013625

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6947      Société : RAM  
 Actif       Pensionné(e)       Autre : Retraite  
Nom & Prénom : KHALABI Abdallah      Date de naissance : 22-2-56  
Adresse : 20 TISSIRT PASSERELLE BERCHID  
Tél : 066281597      Total des frais engagés : 388      Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Docteur : Jebara Nahy**  
Médecine Générale  
Tissirt 2.Bd Abderrahim Bouabir  
N°186. Berchid  
Tel : 05.22.32.88.43  
Date de consultation : 15 NOV. 2019  
Nom et prénom du malade : Bennani Ziatni Amina      Age : 44 ans  
Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant  
Nature de la maladie : infection genitale  
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) : .....

**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
15 NOV. 2019		02	10000F	<i>Dr. Jebara Nahy Saïd</i> Médecine Générale Tissir 2, Bd. Abderrahim Bourabid N°186, Berchid Tél: 05 22 33 38.43

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALAFAD 1.3.3 Rue Ija Abou Mad - BERRYCHID - Tel.: 0520 33 64 01	15.11.19.	288,60.

**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 canaux, ainsi que le bilan de l'

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																	
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D ————— G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D ————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D ————— G																	
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
B																			
[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

# Dr. Jbara Nahy Sara

Médecine Générale

Diplôme universitaire en échocardiographie générale  
de la faculté de médecine Hassan II à Casablanca  
Diplôme Universitaire en Suivi du Diabète  
de l'université Paris 13



الدكتورة أجباري الناهي سارة

الطب العام

شهادة جامعية في الفحص بالصدى بكلية  
الطب الحسن الثاني بالدار البيضاء  
دبلوم جامعي في تتبع السكري باريس 13

## Ordonnance

le : 15/11/2019

BENNA NI ZIATNI. Aminou

90,00

1) Mycoflu 150mg gel (boîte de 4) < <sup>Hori</sup> <sub>Femme</sub>  
1 gel / semaine pdt 2 semaines  
**S.V**

96,40

2) Fluomizin cps vog  
1 cps vog le soir pdt 7 jours  
**S.V**

79,50

3) Conudidox pour toilette intime 288,60  
**S.V S.P**

22,70

4) Boycutène crème  
1 opp x 2 fois / j pdt 3 jours  
puis 1 opp / j pdt 3 jours  
puis 1 opp / 2 j pdt 3 j  
**S.V**



Dr. Jbara Nahy Sara  
Médecine Générale  
Abderahim Bouabid  
Berrechid 33.88.43

186, Passage 16, Bd. Abderahim Bouabid, Environs de (College IBN KHALDOON), Hay Tissir 2 - Berrechid

## Information destinée aux patients

Lisez attentivement la notice d'emballage avant d'utiliser le médicament. Ce médicament vous a été remis sur ordonnance médicale. Ne le remettez donc pas à d'autres personnes, même si elles semblent présenter les mêmes symptômes que vous. En effet, ce médicament pourrait nuire à leur santé. Conservez cette notice d'emballage pour pouvoir la relire plus tard si nécessaire.

## Fluomizin® comprimés vaginaux

### Qu'est-ce que Fluomizin et quand est-il utilisé?

Distribué par: ZENITHPHARM  
96, Zone Industrielle Tassila Ir  
Agadir-Maroc  
Dr. M. EL BOUHMADEI, Pharm  
AMM N°: 24/18DM/21/NRQ  
P.P.V. 96.40 DHS

Fluomizin agit le chlorure de déqualinium, une substance ayant un effet désinfectant). Après avoir été introduit dans le vagin, le comprimé agit la substance active. Le chlorure de déqualinium est efficace contre les - comme par exemple certaines bactéries et champignons (candida) vaginales. Les comprimés vaginaux Fluomizin ont un effet local et limitent le traitement des infections bactériennes et mycosiques. On constate une nette de l'écoulement et de l'inflammation dans les 24 à 72 heures.

### De quoi faut-il tenir compte en dehors du traitement?

Ce médicament vous a été prescrit par votre médecin pour traiter la maladie dont vous souffrez actuellement. La prise d'un médicament mal choisi ou mal dosé peut provoquer des complications. Il est donc très important de ne pas le prendre de votre propre chef pour traiter d'autres maladies ou de le conseiller à d'autres personnes. Même en cas de nouvelle infection par la suite, il est déconseillé de prendre Fluomizin sans en parler auparavant à votre médecin.

### Quand Fluomizin ne doit-il pas être utilisé?

- Fluomizin ne doit pas être utilisé en cas
- D'ulcères de la surface vaginale ou du col de l'utérus;
  - D'hypersensibilité à la substance active ou à un autre composant du médicament



# Baycutène® N

Crème

## Formes et présentations

Baycutène® N crème : tube de

## Composition

Baycutène® N, crème pour ap  
100 g de crème contient 1 g  
dexaméthasone (soit 0,04 g de  
Excipients : Alcool benzylique  
chaîne moyenne, Hostaphat

## Classe Pharmaco-thérapeu

Association d'un corticostéroï  
spectre d'action.  
Anti-eczémateux.

## Indications

Baycutène® N crème est préconisé dans les infections fongiques cutanées à composante anti-inflammatoire importante.

## Contre-indications

Le traitement par Baycutène® N crème est contre-indiqué en cas de :

- Hypersensibilité au clotrimazole,
- Hypersensibilité à l'alcool cétostrylique ou à l'un des autres composants,
- Affections cutanées spécifiques (sypilis, tuberculose),
- Infections cutanées d'origine virale (herpes, rosacée),
- Varicelle
- Réaction à la vaccination antivariolique,
- Dermatite péribuccale,
- Pansement occlusif en cas d'eczéma atopique,
- Durant le premier trimestre de la grossesse.

Pendant le reste de la grossesse ainsi que chez les nourrissons, Baycutène® N ne doit pas être appliqué sur des surfaces cutanées étendues ou pendant une longue durée. Il ne doit pas non plus être appliqué sur le sein allaitant.



n locale.

acétate de

iglycérides à

azolé à large



8 032578 476033

9124

Lot:  
À utiliser de  
préférence avant le: 06/2022  
PPC: 79,50 DH

# Candidax®

SOLUTION LAVANTE

**MYCOFLU 50mg est indiqué dans le traitement :**

**Chez l'adulte :**

- des candidoses oropharyngées chez les patients immunodéprimés, soit en raison d'une affection maligne, soit d'un syndrome de déficience immunitaire acquise (SIDA),
- des candidoses buccales atrophiques.

**Chez l'enfant :**

- Traitement des candidoses oropharyngées chez l'enfant immunodéprimé.
- Traitement des candidoses superficielles et profondes (candidémies, périlésions urinaires).
- Traitement des cryptococcoses du SIDA doit être poursuivi in

**CONTRE-INDICATIONS**

Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'allergie connue au fluconazole, chez l'enfant de moins de 6 ans pendant la grossesse et l'allaitement.

**EN CAS DE DOUTE IL EST INDISPENSABLE DE CONSULTER VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN**

**MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI**

Ce médicament doit être pris avec précaution dans les cas suivants :  
Chez la femme en période d'activité génitale, une contraception efficace est recommandée.  
**Mises en garde spéciales**

En cas de survenue de symptômes évocateurs d'allergie (urticaire, œdème, difficultés respiratoires, nausées persistantes, vomissements, jaunissement de la peau), arrêter immédiatement le traitement et consulter un médecin.  
En cas de survenue de lésions bulleuses, vous devez consulter un médecin rapidement possible.

mg

..... 50 mg  
..... 150 mg  
; Laurylsulfate de sodium.

es.  
et boîte de 7 gélules.  
lification des champignons

**MYCOFLU 150 mg 4 gélules**



6 118000 050391

nées et  
doses  
u cours

VOTRE

LOT: 057  
PER: MAR 2022  
PPV: 90 DH 00

ble.  
e importante,  
un médecin.  
de fluconazole