

# 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.

**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



# Déclaration de Maladie

N° P19- 069066

Maladie  Dentaire  Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00226 Société : ~~MD-08AB3~~ DN: 28101

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : CHADDAC ABDELLAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : FATIMA 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'avis du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. J'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-069066

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- C** = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien  
**CS** = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)  
**CNPSY** = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  
**V** = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  
**VN** = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  
**VD** = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  
**VD** = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié  
**PC** = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie  
**K** = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF** = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence  
**SFI** = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme  
**AMM** = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute  
**AMI** = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière  
**AP** = Actes pratiqués par un orthophoniste  
**AMY** = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste  
**R-Z** = Electro - Radiologie  
**B** = Analyses

## POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remi sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelonnages dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

Mutuelle de Prevoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 91.26.46/2648/2649/2851  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS N° 438580

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : **GHADDALI ABDELLAH**  
Matricule : **00226** Fonction : Poste :  
Adresse :  
Tél. : Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : **GADALI Fatma** Age :  
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant   
Date de la première visite du médecin : **16 Mars 2020**  
Nature de la maladie : **Diabète 2 HTA**  
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances :  
A ..... le **16 Mars 2020** Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois


### VOLET ADHERENT

DECLARATION  
Matricule N° :  
Nom du patient :  
Date de dépôt :  
Montant engagé  
Nombre de pièces jointes :

N° 438580



### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Des	Natures des actes	Nombre et coefficient	Montant détaillé des honoraires	Cachet et signature du médecin attestant le paiement des actes
Mars 2020			200,00	 Dr. Med BENCHERKOUN OMNIPRATICIEN Diplôme: Echographie Diabetologie Bd Nil N° 70 Bloc 36 CASA

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Net du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	16/03/2020	326,10

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des coefficients	Montant des honoraires
	11/3/20	Bleu + PVT	300,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	

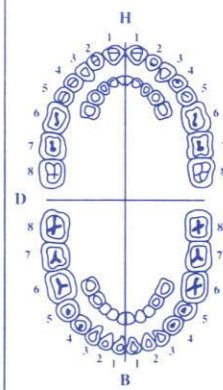
### VOLET ADHERENT

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

### SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les Radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents traitées	Nature des Soins	Coefficient
			

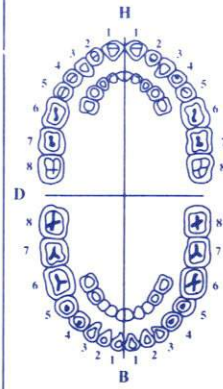
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANT DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td> </td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td> </td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td> </td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td> </td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412		21433552	00000000		00000000	00000000		00000000	35533411		11433553		B		<p>Coefficient des travaux <input type="text"/></p> <p>Montant des soins <input type="text"/></p> <p>Date du devis <input type="text"/></p> <p>Date de l'exécution <input type="text"/></p>
		H																		
	25533412		21433552																	
	00000000		00000000																	
	00000000		00000000																	
	35533411		11433553																	
		B																		
	(Création, remont, adjonction)																			
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Mohamed BENCHEKROUN**

**OMNIPRATICIEN**

Diplôme d'échographie  
Générale (D.U) de Montpellier

Diplôme de Diabétologie  
(D.U) de Montpellier

Membre de la société Francophone  
de Diabétologie S.F.D

Diplôme Universitaire  
de diététique Médicale et Nutrition  
Electrocardiogramme

**الدكتور محمد بنشكرون**

**الطب العام**

دبلوم الفحص بالصدى  
جامعة مونبولىي

دبلوم مرض السكري  
جامعة مونبولىي

عضو الجمعية الفرانكفونية  
لمرض السكري

دبلوم جامعي في الحمية  
وطب التغذية

التخطيط الكهربائي للقلب

Casablanca, le : 16 Mars 2020 في الدار البيضاء،

**Mme Fatna GADALI**

85,00

x2

Insulet mix 30 : 30.....0.....25 ui .

Actrapid : 12 ui

Cotanzaar fort 100/25 : 1 cp le matin

3 mois

Orostim : 1 gelule le matin

Mycoderme crème : 1.....0.....1 application

Codoliprone N2 : 1 - 1 - 1

صيدلية المائع PHARMACIEN  
ESSA - M. PHARMACIEN  
Boulevard du Nil - Casablanca 04  
Tél. 38 - 88 - 74

326.10

# INSULET® RAPIDE 100 UI/ml, solution injectable

## INSULET® MIX 30 100 UI/ml, suspension injectable

### INSULET® NPH 100 UI/ml, suspension injectable

**l'alcool :**  
ne pourront varier. La prise d'alcool a des hypoglycémies.

**Intéragit d'exercice que d'habitude :**  
ne diminuent généralement si vous êtes en bonne santé physique.  
votre médecin des mesures à prendre en cas

**avant de partir en voyage à l'étranger :**  
vous rendre à l'étranger, pensez à en informer votre médecin ou infirmier. Le décalage des heures peut vous obliger à modifier vos heures par rapport à vos heures habituelles.

**TRAITEMENT**  
Si vous prévoyez de l'être, vous devez en informer votre médecin pour discuter de vos besoins de contrôler votre diabète.  
Un traitement par insuline n'expose votre organisme à aucun risque. Il peut cependant être nécessaire d'ajuster votre dose d'insuline ainsi que votre régime.  
votre médecin ou à votre pharmacien pour votre traitement.

**UTILISATEURS DE MACHINES**  
La concentration et vos réflexes peuvent être affectés par l'hypoglycémie. Vous devez y penser dans tous les cas où vous pourriez mettre votre vie en danger ou celle d'autres personnes, comme la conduite de véhicules ou l'utilisation de machines.

Informez votre médecin sur vos capacités à conduire un véhicule.  
Des épisodes d'hypoglycémie, des épisodes de conscience diminuée ou des épisodes de confusion peuvent être des signes de hypoglycémie.

#### MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES

**Autres médicaments :**  
L'insuline peut être augmentée par l'utilisation concomitante de médicaments à effet hypoglycémiant, tels que les glucocorticoïdes, les hormones de croissance, le danazol, les bêta-2 agonistes (ritodrine, salbutamol, terbutaline) et les diurétiques.

L'insuline peut être diminuée par l'utilisation concomitante de médicaments à effet hyperglycémiant, tels que les corticoïdes, les hormones de croissance, le diazépam, l'acide acétylsalicylique, certains inhibiteurs de la monoamine oxydase), les diurétiques, l'enzyme de conversion de l'angiotensine, les bêta-bloquants ou l'alcool.

Les médicaments somatostatine (tels que lanréotide, octreotide, selon les cas, soit augmenter soit diminuer l'insuline.  
INSULET® ne doit pas être mélangé avec d'autres fabricants ou avec d'autres insulines d'origine animale.  
votre médecin ou à votre pharmacien si

vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, même s'il s'agit d'un médicament obtenu sans ordonnance.

#### COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT

#### POSOLOGIE, FREQUENCE ET DUREE DU TRAITEMENT, MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Se conformer strictement à l'ordonnance de votre médecin.  
Suivez attentivement les conseils de votre médecin et/ou de l'équipe de diabétologie concernant le type, la dose et l'heure d'administration de votre insuline, la surveillance de la glycémie, le régime et l'activité physique afin d'assurer un bon équilibre de votre diabète.

Il est recommandé de mesurer régulièrement votre glycémie.  
Les préparations d'INSULET® doivent être administrées par injection sous-cutanée (sous la peau). Elles peuvent, si votre médecin vous l'a prescrit, être injectées dans un muscle.  
Les préparations d'INSULET® ne doivent jamais être injectées par voie intraveineuse à l'exception d'INSULET® RAPIDE. Seul un médecin pourra dans certaines conditions pratiquer l'injection par voie intraveineuse d'INSULET® RAPIDE.  
Si vous changez de type d'insuline (passage par exemple, d'une insuline animale à une insuline humaine) vous pouvez nécessiter un changement de dose. Ce changement peut être effectué lors de la première injection ou progressivement sur plusieurs semaines ou plusieurs mois.

#### Préparation :

Une aseptie rigoureuse doit être respectée.  
INSULET® Rapide est une solution. Vous ne devez l'utiliser que si elle a l'apparence de l'eau.

Le liquide doit être transparent, incolore et exempt de tout particule. Vérifiez-le avant chaque injection.

INSULET® NPH et MIX 30 : avant utilisation, faire rotuler plusieurs fois entre la paume des mains les flacons afin de remettre l'insuline en suspension, jusqu'à ce qu'elle présente un aspect uniformément trouble ou laiteux. Si cet aspect n'est pas obtenu, répéter la procédure ci-dessus jusqu'à ce que le contenu du flacon soit bien mélangé. Ne pas agiter vigoureusement car la formation d'une mousse pourrait gêner la mesure exacte de la dose.

Examinez les flacons régulièrement et ne pas les utiliser si la suspension présente des flocculations ou si des particules blanches restent collées au fond ou sur les parois du flacon lui donnant un aspect givré.

#### Si vous devez mélanger deux types d'insuline :

Commencer par aspirer l'insuline à action rapide dans la seringue, afin d'éviter la contamination du flacon par la préparation à durée d'action plus longue. Il est conseillé de réaliser l'injection immédiate après le mélange.

Il est également possible d'utiliser des seringues distinctes d'INSULET® RAPIDE et d'INSULET® NPH pour administrer la quantité requise de chaque préparation.

#### Injection

Injecter la dose correcte d'insuline en suivant les instructions de votre médecin ou de votre infirmier.

L'administration sous-cutanée peut être effectuée dans le bras, les cuisses, les fesses ou l'abdomen. Demander l'avis de votre médecin.

Les points d'injection doivent varier afin de ne pas injecter au même point d'injection plus d'une fois par mois.  
Injections ultérieures :

N'utiliser les aiguilles qu'une fois. Jeter les aiguilles de manière à ne pas provoquer d'accident. Les flacons doivent pas être partagés. Les flacons peuvent être utilisés jusqu'à ce qu'ils soient vides, puis convenablement jetés.

#### CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURDOSAGE

Si vous avez injecté une dose trop importante vous risquez de faire une hypoglycémie.

Les premiers symptômes d'hypoglycémie peuvent survenir soudainement. Les symptômes possibles sont : sueurs froides, pâleurs et froidure cutanée, nervosité ou tremblement, sensation d'anxiété, faiblesse inhabituelle, confusion, difficultés de concentration, sensation de faim excessive, troubles visuels, maux de tête, nausées ou rythme cardiaque irrégulier. En l'absence de traitement, l'hypoglycémie peut être fatale.

Il convient dans ce cas de faire le traitement préconisé ci-dessous.

#### En cas d'hypoglycémie :

Donner immédiatement à consommer quelque chose de sucré.

Si les symptômes persistent, appeler votre médecin ou aller à l'hôpital.

2017300432  
EXP 12 2021

85,00  
SOTHEMA  
Fabriqué par / Manufactured by  
Laboratoires SOTHEMA  
P.O. Box N° 1, 20110 Boukoura - Morocco

INSULET MIX 30 SOTHEMA  
100 UI/ml, Flacon 10 ml  
Suspension injectable  
AMM N° 153 DMP/21  
Remboursable AMO

6 118000 021070

# INSULET® RAPIDE 100 UI/ml, solution injectable

## INSULET® MIX 30 100 UI/ml, suspension injectable

### INSULET® NPH 100 UI/ml, suspension injectable

**l'alcool :**  
ne pourront varier. La prise d'alcool a des hypoglycémies.

**Intense d'exercice que d'habitude :**  
ne diminuent généralement si vous êtes en bonne santé physique.  
votre médecin des mesures à prendre en cas

**avant de partir en voyage à l'étranger :**  
vous rendre à l'étranger, pensez à en informer votre médecin ou infirmier. Le décalage de temps peut vous obliger à modifier vos heures par rapport à vos heures habituelles.

**TRAITEMENT**  
Si vous ne prévoyez de l'être, vous devez informer votre médecin pour discuter de vos besoins de contrôler votre diabète.  
Un traitement par insuline n'expose votre organisme à un risque supplémentaire que si vous ne suivez pas votre régime.  
votre médecin ou à votre pharmacien pour obtenir le médicament.

**UTILISATEURS DE MACHINES**  
La concentration et vos réflexes peuvent être affectés par l'hypoglycémie. Vous devez y penser dans toutes les situations où vous pourriez mettre votre vie en danger ou celle d'autres personnes, comme la conduite de véhicules ou l'utilisation de machines.

Informez votre médecin sur vos capacités à conduire un véhicule.  
Des épisodes d'hypoglycémie, des épisodes d'hypoglycémie diminués ou absents.

#### MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES

**Autres médicaments :**  
L'insuline peut être augmentée par l'utilisation concomitante de médicaments à effet hypoglycémiant, tels que les glucocorticoïdes, les hormones de croissance, le danazol, les bêta-2 adrénergiques (albutérol, salbutamol, terbutaline) et les diurétiques.

L'insuline peut être diminuée par l'utilisation concomitante de médicaments à effet hyperglycémiant, tels que l'acide acétylsalicylique, certains inhibiteurs de la monoamine oxydase, les corticostéroïdes, l'enzyme de conversion de l'angiotensine, les bêta-bloquants ou l'alcool.

Les médicaments somatostatine (tels que lanréotide, octreotide), selon les cas, soit augmenter soit diminuer l'effet de l'insuline.  
L'insuline ne doit pas être mélangée avec d'autres insulines ou avec d'autres fabricants ou avec d'origine animale.  
Informez votre médecin ou à votre pharmacien si

vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, même s'il s'agit d'un médicament obtenu sans ordonnance.

#### COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT

#### POSOLOGIE, FREQUENCE ET DUREE DU TRAITEMENT, MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Se conformer strictement à l'ordonnance de votre médecin.  
Suivez attentivement les conseils de votre médecin et/ou de l'équipe de diabétologie concernant le type, la dose et l'heure d'administration de votre insuline, la surveillance de la glycémie, le régime et l'activité physique afin d'assurer un bon équilibre de votre diabète.

Il est recommandé de mesurer régulièrement votre glycémie.  
Les préparations d'INSULET® doivent être administrées par injection sous-cutanée (sous la peau). Elles peuvent, si votre médecin vous l'a prescrit, être injectées dans un muscle.  
Les préparations d'INSULET® ne doivent jamais être injectées par voie intraveineuse à l'exception d'INSULET® RAPIDE. Seul un médecin pourra dans certaines conditions pratiquer l'injection par voie intraveineuse d'INSULET® RAPIDE.  
Si vous changez de type d'insuline (passage par exemple, d'une insuline animale à une insuline humaine) vous pouvez nécessiter un changement de dose. Ce changement peut être effectué lors de la première injection ou progressivement sur plusieurs semaines ou plusieurs mois.

#### Préparation :

Une aseptie rigoureuse doit être respectée.  
INSULET® Rapide est une solution. Vous ne devez l'utiliser que si elle a l'apparence de l'eau.

Le liquide doit être transparent, incolore et exempt de tout particule. Vérifiez-le avant chaque injection.

INSULET® NPH et MIX 30 : avant utilisation, faire rotuler plusieurs fois entre la paume des mains les flacons afin de remettre l'insuline en suspension, jusqu'à ce qu'elle présente un aspect uniformément trouble ou laiteux. Si cet aspect n'est pas obtenu, répéter la procédure ci-dessus jusqu'à ce que le contenu du flacon soit bien mélangé. Ne pas agiter vigoureusement car la formation d'une mousse pourrait gêner la mesure exacte de la dose.

Examinez les flacons régulièrement et ne pas les utiliser si la suspension présente des flocculations ou si des particules blanches restent collées au fond ou sur les parois du flacon lui donnant un aspect givré.

#### Si vous devez mélanger deux types d'insuline :

Commencer par aspirer l'insuline à action rapide dans la seringue, afin d'éviter la contamination du flacon par la préparation à durée d'action plus longue. Il est conseillé de réaliser l'injection immédiate après le mélange.

Il est également possible d'utiliser des seringues distinctes d'INSULET® RAPIDE et d'INSULET® NPH pour administrer la quantité requise de chaque préparation.

#### Injection

Injecter la dose correcte d'insuline en suivant les instructions de votre médecin ou de votre infirmier.

L'administration sous-cutanée peut être effectuée dans le bras, les cuisses, les fesses ou l'abdomen. Demander l'avis de votre médecin.

Les points d'injection doivent varier afin de ne pas injecter au même point d'injection plus d'une fois par mois.  
Injections ultérieures :

N'utiliser les aiguilles qu'une fois. Jeter les aiguilles de manière à ne pas provoquer d'accident. Les flacons doivent pas être partagés. Les flacons peuvent être utilisés jusqu'à ce qu'ils soient vides, puis convenablement jetés.

#### CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURDOSAGE

Si vous avez injecté une dose trop importante vous risquez de faire une hypoglycémie.

Les premiers symptômes d'hypoglycémie peuvent survenir soudainement. Les symptômes possibles sont : sueurs froides, pâleurs et froidure cutanée, nervosité ou tremblement, sensation d'anxiété, faiblesse inhabituelle, confusion, difficultés de concentration, sensation de faim excessive, troubles visuels, maux de tête, nausées ou rythme cardiaque irrégulier. En l'absence de traitement, l'hypoglycémie peut entraîner des complications graves.

Il convient dans ce cas de faire le traitement préconisé ci-dessous.

#### En cas d'hypoglycémie :

Donner immédiatement à consommer quelque chose de sucré.

Si les symptômes persistent, boire un verre de jus de fruit sucré ou de sirop de sucre.

Si les symptômes persistent, boire un verre de jus de fruit sucré ou de sirop de sucre.

Si les symptômes persistent, boire un verre de jus de fruit sucré ou de sirop de sucre.

Si les symptômes persistent, boire un verre de jus de fruit sucré ou de sirop de sucre.

Si les symptômes persistent, boire un verre de jus de fruit sucré ou de sirop de sucre.

Si les symptômes persistent, boire un verre de jus de fruit sucré ou de sirop de sucre.

Si les symptômes persistent, boire un verre de jus de fruit sucré ou de sirop de sucre.

Si les symptômes persistent, boire un verre de jus de fruit sucré ou de sirop de sucre.

Si les symptômes persistent, boire un verre de jus de fruit sucré ou de sirop de sucre.

Si les symptômes persistent, boire un verre de jus de fruit sucré ou de sirop de sucre.

Si les symptômes persistent, boire un verre de jus de fruit sucré ou de sirop de sucre.



t et régulièrement jusqu'à ce que la crème

INDICATION	DURÉE DE TRAITEMENT
dermatites macérées : interdigitaux...	1 à 2 semaines
eczéma, prurigo, péryonix, dermatite fongique	1 à 2 mois
peau grasse	2 semaines
dermatites sèches.	2 à 3 semaines
usage systémique est nécessaire.	4 à 8 semaines
	1 à 2 semaines

le produit pendant toute la durée du traitement  
la réussite du traitement.

En outre, consultez un médecin.

En cas de MYCODERME® 1 % Crème que vous  
MYCODERME® 1 % Crème accidentellement :  
afin qu'il vous prescrive un traitement adapté  
qui peuvent survenir suite à cette ingestion.

En cas de solution saline.  
consultez un médecin.

En cas de MYCODERME® 1 % Crème :

### EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?

En cas de médicaments, MYCODERME® 1 % Crème, est  
des effets indésirables, bien que tout le monde n'y

Effets fréquents (1 à 10 utilisateurs sur 100)

Effets peu fréquents (1 à 10 utilisateurs sur 1

Effets dont la fréquence n'est pas déterminée

Effets graves ou du visage (angioedème),

• peau qui pèle (exfoliation).

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

### Déclarations des effets secondaires :

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration : Centre Antipoison et de la Pharmacovigilance. Site internet : www.capm.ma.

En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

### 5. COMMENT CONSERVER MYCODERME® 1 % Crème ?

- Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.
- Pas de précautions particulières de conservation
- Ne pas utiliser MYCODERME® 1 % Crème après la date de péremption figurant sur la boîte et sur le tube.
- Ne jetez aucun médicament au tout-à-l'égout ni avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien d'éliminer les médicaments que vous n'utilisez plus. Ces mesures contribueront à protéger l'environnement.

### 6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Que contient MYCODERME® 1 % Crème ?

- La substance active est le nitrate d'éconazole.

Nitrate d'éconazole ..... 0,4 g

- Les autres composants sont :

Acide benzoïque, Palmitate stéarate d'éthylène glycol et polyéthylène glycol, Macrogol oleyl éther, Paraffine liquide, butylhydroxyanisole, Eau purifiée.

### Liste des excipients à effet notoire

Ce médicament contient de l'acide benzoïque et de butylhydroxyanisole (voir rubrique "Faites attention avec MYCODERME® 1 % Crème").

### Forme pharmaceutique et contenu :

Ce médicament se présente sous forme de crème. Tube de 40 g.

Nom et adresse de titulaire du médicament au Maroc :

LABORATOIRE PHARMACEUTIQUE  
ZI - Lot 149 - Had Soualem. Prov

La dernière date à laquelle ce médicament a été autorisé en France est le 17 Avril 2017

Conditions de prescription et de délivrance :  
Sans objet.

# MYCODEI

LOT: 08019109

PER: 12/2024

PPU: 36,70 DH

Ni

Tanigue

MYCODERME® 1% CREME  
Tube de 40 g



6 118006 230151

36,70

# Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE

comprimé sécable

## IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### COMPOSITION

Paracétamol .....	400,00 mg
Phosphate de codeïne hémihydraté .....	20,00 mg
(Quantité correspondant à codeïne base) .....	15,62 mg

Excipients : gélatine, acide stéarique, amidon de pomme de terre, povidone, pour un comprimé.

### FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 16.

### CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N. Système nerveux central)

### DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

### DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol ou à la codeïne,
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament en cas de dépendance.

### PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée. EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE PHARMACIEN.

### INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS, il est recommandé de ne pas associer systématiquement tout autre traitement à celui-ci. Consulter votre pharmacien.

Ce médicament contient du paracétamol et de la codéine.  
Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales.

22,20

FPV 220H20  
PER 10/21  
LOT 12424

بارا صطامول و كوديين

Codoliprane®

Paracétamol 400 mg  
Phosphate de codeïne 20 mg  
16 COMPRIMES SECABLES



6 118000 040217





# Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE

comprimé sécable

## IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### COMPOSITION

Paracétamol .....	400,00 mg
Phosphate de codeïne hémihydraté .....	20,00 mg
(Quantité correspondant à codeïne base) .....	15,62 mg

Excipients : gélatine, acide stéarique, amidon de pomme de terre, povidone, pour un comprimé.

### FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 16.

### CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N. Système nerveux central)

### DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

### DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol ou à la codeïne,
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament en cas de dépendance.

### PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée. EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE PHARMACIEN.

### INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS, il est recommandé de déclarer à votre médecin et de déclarer à votre pharmacien, Notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine ou la pentazocine. SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et de la codeïne.  
Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales.

22,20

FPV 220H20  
PER 10/21  
LOT 12024

بارا صطامول و كوديين

Codoliprane®

Paracétamol 400 mg  
Phosphate de codeïne 20 mg  
16 COMPRIMES SECABLES



6 118000 040217



**OROSTIM® GÉLULES**

- Aide à stimuler l'appétit
- Favorise la prise de poids
- Contribue à une bonne croissance
- Orostim® Gélules contribue au bon développement de votre organisme
- L'association de fenugrec, gelée royale, vitamines et minéraux contribuera à stimuler l'appétit en apportant l'énergie nécessaire au bon fonctionnement de l'organisme et à la protection du système immunitaire.

Complément alimentaire n'est pas un médicament.

**OROSTIM® CAPSULES**

- Helps to stimulate the appetite
- Supports weight gain
- Contributes to a healthy growth
- Orostim® Capsules helps developing your organism. The combination of fenugreek, royal jelly, vitamins and minerals stimulates the appetite, brings the necessary amount of energy for a proper functioning of your body and protects your immune system.

This is not a medicine but a food supplement.

أوروستيم® كبسولات  
 يساعد على فتح الشهية  
 • يساهم في زيادة الوزن  
 • يساهم في نمو جيد للجسم  
 • أوروستيم® (كبسولات) يساهم في النمو الطبيعي والسليم للجسم  
 • الجمعية الأوربية للأطباء وأخصائيي التغذية و  
 الأطباء البيطريين والمختبرات العلمية و  
 ذلك تجارة. طابق الأوربية لتلبية طلبات الجسم وصحة  
 الجسم الطبيعي  
 على اتصال و ليس بوجوب

# OROSTIM®

Gélules / Capsules

**Vitalité & Appétit**

*Handwritten signature*

**Fenugrec & Gelée Royale**

**+ 11 Vitamines & Minéraux**

**Fenugreek & Royal Jelly + 11 Vitamins & Minerals**



Poids net  
Net weight  
11.10 g

**X 30**

Complément Alimentaire / Food Supplement



رقم الدفعة / Batch N° / Lot N°  
 تاريخ الإنتاج / Mfd / Fab  
 تاريخ انتهاء الصلاحية / Per / Exp

0219051  
 02/2019  
 02/2022

**COOPER PHARMA**  
**PPC: 75,00 DH**

V001 - 08/18 - ETOROS30GEXP



Dr. Mohamed BENCHEKROUN

OMNIPRATICIEN

Diplôme d'échographie  
Générale (D.U) de Montpellier

Diplôme de Diabétologie  
(D.U) de Montpellier

Membre de la société Francophone  
de Diabétologie S.F.D

Diplôme Universitaire  
de diététique Médicale et Nutrition

Electrocardiogramme

الدكتور محمد بنشكرون

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى  
جامعة مونتبولي

دبلوم مرض السكري  
جامعة مونتبولي

عضو الجمعية الفرانكفونية  
لمرض السكري

دبلوم جامعي في الحمية  
وطب التغذية

التخطيط الكهربائي للقلب

Casablanca, le : ..... 16 Mars 2020 في الدار البيضاء،

GADALI Fatma

M H B A R C

2) Créatininémie + NTG (Mars) -  
3) Bilan Lipidique Complet -

LABORATOIRE D'ANALYSE MEDICALES  
SALMIA  
Dr. M. H. B. A. R. C.  
N° 9, Dr. Al-Jahane Salima 7 Boushaki  
Casa. Tél. Fax. 05 22 38 00 34

Dr. Med BENCHEKROUN  
OMNIPRATICIEN  
Diplôme : Echographie - Diabétologie  
Bd Nil N° 70 - Bloc 36 CASA  
Tél. 05 22 38 00 34

بلوك 36، رقم 70 شارع النيل سيدي عثمان - الدار البيضاء - الهاتف : ع : 05 22 38 00 34  
Bloc 36, N° 70 Boulevard du Nil, Sidi Othmane - Casablanca - Tél. : 05 22.38.00.34

E-mail : bencheckroun-mohamed@hotmail.com

# مختبر التحليلات الطبية السالمية

## LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES SALMIA

**DR. ZOHIR MAHI**

Ancien Biologiste à l'Hôpital CHU-Casablanca

Diplômé d'Etude Spécialisé en Immunologie

Hématologie - Bactériologie - Virologie

Biochimie - Parasitologie - Mycologie



**د. زهير ماحي**

إحيائي سابق

بالمركز الإستشفائي ابن رشد بالدار البيضاء

الكيمياء الحيوية - أمراض الدم - علم الميكروبات

علم الفيروسات - علم الطفيليات - علم الفطريات

علم المناعة - الإلجاب البيولوجي

Prélèvement du : 17/03/2020 à 09:48

Résultats édités le: 17/03/2020



**MME GADALI FATNA**

Dossier N° 20C330

Prescripteur: Docteur MOHAMED BENCHEKROUN

Page: 1/2

### **BIOCHIMIE SANGUINE** ( Roche-cobas c311)

<b>CREATININE</b> .....	<b>6,40</b>	mg/l	6,00 à 13,00
(Cinétique à 37°)	56,64	µmol/l	53,10 à 115,05
<b>CHOLESTEROL TOTAL</b> .....	<b>1,67</b>	g/l	1,40 à 2,60 g/l
(Colorimétrie enzymatique)	4,31	mmol/l	3,61 à 6,71 mmol/l

RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES (Classification ATP III)

Inf à 2 g/l	: Souhaitable
2 - 2,4 g/l	: A surveiller
Sup à 2,4 g/l	: Risque élevé

<b>CHOLESTEROL HDL</b> .....	<b>0,64</b>	g/l	0,45 à 0,65 g/l
(Colorimétrie enzymatique)	1,65	mmol/l	1,16 à 1,68 mmol/l
<b>CHOLESTEROL LDL</b> .....	<b>0,89</b>	g/l	<1,60 g/l
(Colorimétrie enzymatique)	2,30	mmol/l	<4,13 mmol/l

Valeurs cibles du LDL-Cholestérol(g/l)

- 0 Facteur de risque : LDL <2.20 g/l
- 1 Facteur de risque : LDL <1.90 g/l
- 2 Facteur de risque : LDL <1.60 g/l

- Facteurs de risque : Diabète,HTA,TABAC,Obésité, Age 60 ans,HDL <0.40 g/l,  
Sédentarité ATCD de maladie cardiovasculaire familiale, prise en charge thérapeutique  
du patient dyslipidémique.

<b>TRIGLYCERIDES</b> .....	<b>0,68</b>	g/l	0,40 à 1,60 g/l
(Colorimétrie enzymatique)	0,78	mmol/l	0,46 à 1,82 mmol/l

### **Horaires d'ouverture**

**Lundi au Vendredi de 7h30 à 18h30, Le Samedi de 8h à 12h30**

N°9, Boulevard Al Joulane, Salmia 2, Ben Msik - Casablanca - Tél/Fax : 05 22 55 51 89

Email : laboratoire.salmia2@gmail.com

IF : 40438912 - INPE : 093061497 - ICE : 001621359000086

Prélèvement à domicile sur RDV : 06 64 08 10 80

# مختبر التحليلات الطبية السالمية

## LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES SALMIA

**DR. ZOHIR MAHI**

Ancien Biologiste à l'Hôpital CHU-Casablanca

Diplômé d'Etude Spécialisé en Immunologie

Hématologie - Bactériologie - Virologie

Biochimie - Parasitologie - Mycologie



**د. زهير ماحي**

إحيائي سابق

بالمركز الإستشفائي ابن رشد بالدار البيضاء

الكيمياء الحيوية - أمراض الدم - علم الميكروبات

علم الفيروسات - علم الطفيليات - علم الفطريات

علم المناعة - الإنجاب البيولوجي

Prélèvement du : 17/03/2020 à 09:48

Résultats édités le: 17/03/2020



**MME GADALI FATNA**

Dossier N° 20C330

**Prescripteur: Docteur MOHAMED BENCHEKROUN**

Page: 2/2

**HEMOGLOBINE GLYQUEE HbA1c** : **12,40** % ✓ (\*) 4,00 à 6,00 %  
(HPLC )

interprétation HBA1C chez un diabétique

4-6%: très bon équilibre glycémique

6.1-8%: bon équilibre glycémique

>8%: Mauvais équilibre glycémique

### **BIOCHIMIE URINAIRE**

( Roche-cobas c311)

**Clairance de la creatinémie** 98,49 ✓

>90ml/min : pas d'insuffisance rénale

60 à 89 ml/min: insuffisance rénale légère

30 à 59 ml/min: insuffisance rénale modérée

15 à 29ml/min : insuffisance rénale sévère

à <15ml/min : insuffisance rénale terminale

Total de pages: 2



### **Horaires d'ouverture**

**Lundi au Vendredi de 7h30 à 18h30, Le Samedi de 8h à 12h30**

N°9, Boulevard Al Joulane, Salmia 2, Ben Msik - Casablanca - Tél/Fax : 05 22 55 51 89

Email : laboratoire.salmia2@gmail.com

IF : 40438912 - INPE : 093061497 - ICE : 001621359000086

Prélèvement à domicile sur RDV : 06 64 00 10 80

# مختبر التحليلات الطبية السالمية

## LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES SALMIA

**DR. ZOHIR MAHI**

Ancien Biologiste à l'Hôpital CHU-Casablanca

Diplômé d'Etude Spécialisé en Immunologie

Hématologie - Bactériologie - Virologie

Biochimie - Parasitologie - Mycologie



**د. زهير ماحي**

إحيائي سابق

بالمركز الإستشفائي ابن رشد بالدار البيضاء

الكيمياء الحيوية - أمراض الدم - علم الميكروبات

علم الفيروسات - علم الطفيليات - علم الفطريات

علم المناعة - الإنجاب البيولوجي

CASABLANCA le: 17/03/2020

**FACTURE N° 0876/20**

Médecin	<b>Docteur MOHAMED BENCHEKROUN</b>
Nom du patient	<b>MME GADALI FATNA</b>
Examens	<b>- HBA1C- MDRD- CHOLT- HDL- LDL- TRI- CREAT</b>
Cotation	<b>B 260 + PC10</b>
Montant	<b>300,00 DH</b>

**Arrêtée la présente facture à la somme de: TROIS CENT DIRHAMS**



**Horaires d'ouverture**

**Lundi au Vendredi de 7h30 à 18h30, Le Samedi de 8h à 12h30**

N°9, Boulevard Al Joulane, Salmia 2, Ben Msik - Casablanca - Tél/Fax : 05 22 55 51 89

Email : laboratoire.salmia2@gmail.com

IF : 40438912 - INPE : 093061497 - ICE : 001621359000086