

# 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.

## Education :

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.

## Prothèse :

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.

## Défice 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° P19-0015567**

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 30145 Société : RAM

#### Actif

#### Pensionné(e)

#### Autre :

Nom & Prénom : BELLAHZAOUI Date de naissance : 13/12/81

Adresse :

Tél. : 0662761493 Total des frais engagés : 307,9 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/10/2019

Nom et prénom du malade : BELLAHZAOUI ABDELLAH Age : 38

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Angines

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 : DR SANA Le 03/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : Archipel Siège/Ram



## **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
03/10/2019	C	-	+ 120.000 f	Dr. Smaïn M'HAMED Médecin Généraliste Immeuble N°2 Inane Deroua Saida DEROUA - Tél : 05 22 51 46 49

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
EL0005 LE DÉMARRAGE DU 10/03/2015	03/11/15	187,50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

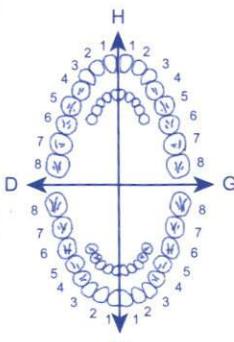
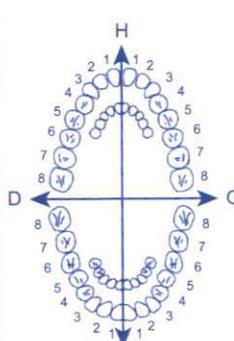
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **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 l'ODT.

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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B D 35533411 00000000	Coefficient des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'				

# Dr. Sanaa MHARZI

Diplômée de la faculté  
de Médecine et Pharmacie  
de Casablanca  
Ex interne à l'hôpital Sekkat  
Médecine Générale  
Suivi de Grossesse et Diabète  
**ECHOGRAPHIE**

# الدكتورة سناه امجزي

خريجة كلية الطب والصيدلة  
بالدار البيضاء  
طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى السقطاط  
الطبيب العام  
متابعة الحمل وأمراض السكري  
الفحص بالصدى

**Dr. Sanaa MHARZI**  
Médecin Généraliste  
Imm B9 N°2 Jnane Deroua Saada  
DEROUA - Tél: 05 22 51 46 49

Date : 03/10/2019

BELLAHZAOUI Abdellah.

30.00 ٣٠٠  
Omeprel 20 mg,  
1 gél (ج) / jour pt.  
115,90 ١١٥,٩٠

S.V.  
Dr. Sanaa MHARZI  
Tél: 05 22 51 46 49

Blodex 1g  
1 socket  
Appt Rgs pt.  
S.V.

42.00 ٤٢٠  
Predni 20,  
3 ep 15 Appt dejeun pt.  
S.V.

Andel C, 1 gél x 3  
187.50 ١٨٧.٥٠

**Dr. Sanaa MHARZI**  
Médecin Généraliste  
Imm B9 N°2 Jnane Deroua Saada  
DEROUA - Tél: 05 22 51 46 49

عمارة B9 الشقة رقم 2 جنان الدروة دار السعادة الدروة.  
Imm B9 Appt N°2 Jnane Deroua Dar Saada Deroua  
Tél.: 05 22 51 46 49





# PREDNI®20

Cooper — Prednisolone  
Comprimés effervescents sécables

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à quelqu'un d'autre.
- Si l'un des effets indésirables devient sérieux au si vous remarquez quelque chose de suspect, parlez à votre pharmacien.

macien.  
lmes

parlez à

## FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATION

PREDNI 20 COOPER est disponible en flacon de 20 comprimés effervescents sécables.

## COMPOSITION

La substance active Chaque comprimé effervescent contient 20 mg de prednisolone (31,44 mg).

Excipients ..... q.s.p. 1 comprimé effervescent sécable

Bicarbonate de sodium, acide tartrique, citrate monosodique anhydre, arôme orange-pamplemousse.

## COMPOSITION DE L'AROME ORANGE-PAMPLEMOUSSE

- Huile essentielle d'orange, huile essentielle de pamplemousse, jus de citron, huile essentielle de menthe poivrée.
- Aldéhyde acétique, butyrate d'éthyle, citral, aldéhyde C6, linalol, terpinyl acetate.
- Maltodextrine, gomme arabique, sorbitol.

LISTE DES EXCIPIENTS À EFFET NOIRE : Lactose, Sorbitol, Sodium

## CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

GLUCOCORTICOIDES - USAGE SYSTEMIQUE. (H: Hormones systémiques)

## INDICATIONS

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies, où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

## COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT

### Posologie

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 10 KG.

PREDNI 20 mg Cooper est adapté aux traitements d'attaque ou aux traitements de courte durée nécessitant des doses moyennes ou fortes chez l'adulte et l'enfant de plus de 10 kg.

La dose à utiliser est déterminée par votre médecin, en fonction de votre poids et de la maladie traitée.

Elle est strictement individuelle.

Il est très important de suivre régulièrement le traitement et de ne pas le modifier, ni l'arrêter brutalement sans l'avis de votre médecin.

## MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie orale.

En général, dissoudre les comprimés dans un verre d'eau en une prise le matin, au cours du repas. Respecter la prescription de votre médecin.

## Durée du traitement

Elle est déterminée par votre médecin.

En cas deffraîtemen prolongé, ne pas arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

## CONTRE-INDICATIONS

N'utilisez jamais PREDNI 20 mg Cooper, comprimé effervescent sécable dans les cas suivants:

la plupart des infections,

certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona),

certaines troubles mentaux non traités,

vaccination par des vaccins vivants.

si vous êtes allergique à la prednisolone ou à l'un des autres composants.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## EFFETS NON SOUHAITES OU GENANTS

Comme tous les médicaments, PREDNI 20 mg Cooper, comprimé effervescent sécable est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Ce médicament, indispensable, est le plus souvent bien toléré lorsque l'on suit les recommandations et notamment le régime (cf. Mises en garde et précautions d'emploi).

Il peut néanmoins entraîner, selon la dose et la durée du traitement, des effets plus ou moins gênants.

### Les plus fréquemment rencontrés sont :

• Modification de certains paramètres biologiques (sel, sucre, potassium) pouvant nécessiter un régime ou un traitement complémentaire.

• Apparition de bleus.

• Fléau de la tension artérielle, rétention d'eau et de sel pouvant entraîner une insuffisance cardiaque.

LOT N°:

42100

UT. AV :

3910 1

05722

12.00 JH

PPV :

PREDNI 20mg

20 comprimés effervescents sécables



6 118000 081753