

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.

que :

- 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.

aire :

- 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.

ie 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

Nº P19-0035191

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 23526

23526

Société :

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : Ali RAHANI

Date de naissance : 21/11/41

Adresse :

Tél. : 0663460363

Total des frais engagés :

395 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohamed ALAFIF
O.R.L.
557, Bd. Mohamed VI
Tél: 0522 22 75 91 - Casab

Date de consultation : 2 / 3 / 2020

Nom et prénom du malade : RAIHANI - ALI Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection ORL

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, indiquer 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

Signature de l'adhérent(e) :



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
23.02	C5		2000M.	Dr. Mohamed ALAFIF O.R.L. 557, Bd. Mohamed VI Tél: 0522.76.75.91 - Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL DAOUITYE 27 rue L'Azhar - Casablanca Tél: 0522.76.75.76 - CASABLANCA	23.02	195,00

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] 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

Dr Mohamed ALAFIF

Spécialiste des Maladies et Chirurgie
 Nez - Gorge - Oreilles
 Cou - Face
 Exploration de L'audition
 Endoscopie
 Ancien Médecin à L'hôpital
 20 Août de Casablanca

الدكتور محمد العفيف

توقيت العمل
 من 11h30 إلى 9h30
 من 4h30 إلى 2h30

اختصاصي في أمراض و جراحة
 الأذن و الأنف و الحنجرة
 جراحة الوجه و العنق
 الفحص بالمنظار
 اختبار السمع

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت بالبيضاء

Casablanca, le 2 - 3 - 20

9r.

Radiatri

Ati

19.40

1/

Antibio-gel

(S)

38.90

2/

Exodeur solution

(S.V)

41.70

3/

profenil 1cc 3 supp

(S.V)

99.0-

4/

15upp → x2 p 5 j

(S)

193.02

5/

Acetate 8 supp

(S)

Pharmacie EL BADI
 Mounia FAOUDI
 13, El Mzamri, Bloc 14
 326 - CASA

Dr. Mohamed ALAFIF
 O.R.L.
 557, Bd. Mohamed VI
 Tel: 0522 82 65 j

إقامة السلام 557 شارع محمد السادس (طريق مديونة سابقا). الطابق الأول. الدار البيضاء
 Résidence ESSALAMA 557, Bd. Mohamed VI (Ex Route MedioOng) - 1er Étage - CASA
 Tél. : 0522 82 75 91

EXODERIL®

Composition

EXODERIL crème : 1 g contient :

Chlorhydrate de naftifine

10 mg

Alcool benzyllique comme produit de conservation

10 mg

EXODERIL SOLUTION : 4 ml contient :

Chlorhydrate de naftifine

10 mg

Propylène – Glycol

50 mg

Propriétés et activité

EXODERIL crème et solution sont indiquées dans les infections mycotiques et renferment pour principe actif la naftifine.

La naftifine agit sur les dermatophytes (du genre *Trichophyton*, *Microsporon* et *Epidermophyton*, les levures (du type *candida*, *Pityriasis versicolor*), les moisissures (variété *aspergillus*) et sur d'autres champignons (par ex. *Sporothrix schenckii*).

La naftifine exerce une action primaire fungicide sur les dermatophytes et les variétés d'*aspergillus* et en fonction de la souche - une action fungicide ou fongistatique sur les levures.

A côté de son action antimycotique, **EXODERIL** possède aussi une activité antibactérienne sur différents germes à Gram positif et négatif qui accompagnent souvent les mycoses.

EXODERIL montre aussi, dans le cadre de l'emploi clinique, une activité anti-inflammatoire inhérente à la substance qui conduit rapidement à une réduction des signes inflammatoires, surtout du prurit.

En raison de sa bonne pénétration et de son long maintien dans les différentes couches cutanées à des concentrations antimycotiques efficaces, **EXODERIL crème et solution** sont indiquées dans le traitement local sous forme d'une application par jour.

Indications

- Mycoses de la peau ou des plis cutanés (*Tinea manum*, *Tinea ped*)
- Mycoses des ongles (onychomycoses)
- Candidoses cutanées
- *Pityriasis versicolor*
- Dermatomycoses (avec ou sans prurit).
- Variétés d'*aspergillus*
- *Sporothrix schenckii*
- **EXODERIL solution** et particulièrement indiquée dans le traitement cutanées pilaires hyperkératosiques

Mode d'emploi

EXODERIL crème et solution s'appliquent exclusivement sur



Posologie

Appliquer **EXODERIL crème et solution** une fois par jour sur la région cutanée infectée, nettoyée



Kétoprofène

Suppositoire

sanofi aventis

COMPOSITION

PROFENID® 100 mg, suppositoire

Kétoprofène 100 mg.

Excipients: q.s.p 1 suppositoire.

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATION

Suppositoires dosés à 100 mg, boîte de

12



44,70



- certains rhumatismes inflammatoires chroniques,

ANTIBIO-SYNALAR

Gouttes auriculaires

Flacon de 10 ml

Acétonide de fluocinolone / Sulfate de polymyxine B / Sulfate de néomycine

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

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

COMPOSITION DU MEDICAMENT :

Composition qualitative et quantitative en substances actives:

Acétonide de fluocinolone	0,025 g
Sulfate de polymyxine B	1 000 000 UI
Sulfate de néomycine	350 000 UI

Pour 100 ml de solution.

Excipients: Nitrate de phénylmercure, acide citrique monohydraté, propylène glycol, eau purifiée.

Excipient à effet notoire: Phénylmercure

FORME PHARMACEUTIQUE:

Solution pour instillation auriculaire. Flacon de 10 ml avec compte-gouttes.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE:

Ce médicament est une association d'un anti-inflammatoire stéroïdien (fluocinolone) et de deux antibiotiques (néomycine et polymyxine B). La néomycine est un antibiotique de la famille des aminosides. La polymyxine B est un antibiotique de la famille des polypeptides.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines otites.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

Posologie:

À titre indicatif, la posologie usuelle est la suivante:

Instiller chaque matin 3 à 6 gouttes dans l'oreille atteinte et renouveler l'opération le soir.

Se conformer à l'ordonnance de votre médecin.

Mode et voie d'administration:

Voie locale.

Instillation auriculaire.

Il est recommandé de ne pas utiliser la solution sous pression.

Tièdir le flacon au moment de l'emploi en le maintenant quelques minutes dans la paume de la main pour éviter le contact désagréable de la solution froide dans l'oreille.

Pour mettre les gouttes dans une oreille et faire un bain d'oreille:

• Il faut d'abord pencher la tête du côté opposé à l'oreille atteinte pour que l'eau coule vers l'oreille.

• Mettre les gouttes dans l'oreille atteinte.

• Tirer à différentes reprises sur le pavillon de l'oreille pour que les gouttes coulent dans l'oreille.

• Attendre environ 5 minutes en gardant la tête ainsi penchée.

• Lorsque vous relevez la tête, les gouttes peuvent ressortir un peu; il faut utiliser un absorbant qui n'a pas besoin d'être stérile.

Il est important de bien suivre cette recommandation car il en va de l'efficacité du médicament dans l'oreille. Redresser trop tôt la tête va provoquer que les gouttes couleront le long de votre visage et n'iront pas dans le fond de l'oreille.

Refermez le flacon immédiatement après usage.

A la fin du traitement, le reste du flacon doit être jeté et ne pas être conservé.

Fréquence d'administration:

Deux administrations par jour: une administration de gouttes le matin et une autre le soir.

Durée de traitement:

La durée du traitement est habituellement de 7 jours.

Pour être efficace, cet antibiotique doit être utilisé régulièrement aux doses prescrites et aussi longtemps que votre médecin vous l'aura conseillé.

La disparition des symptômes ne signifie pas que vous êtes complètement guéri. L'éventuelle impression de fatigue n'est pas due au traitement antibiotique mais à l'infection elle-même. Le fait de réduire ou de suspendre votre traitement serait sans effet sur cette impression et retarderait votre guérison.

ANTIBIO-SYNALAR

19,40

ACLAV®

Amoxicilline + Acide clavulanique

COMPOSITION ET PRESENTATIONS :

COMPOSITION :	PRODUIT :	Aclav	Aclav	Aclav Enfant	Aclav Nourrisson
		1g/125mg	500mg/62,5mg	100mg/12,5mg/1ml Flacon de 60 ml	100mg/12,5mg/1ml Flacon de 30 ml
Amoxicilline trihydratée : quantité correspondant à l'amoxicilline anhydre		1g	500 mg		
Clavulanate de potassium : quantité correspondant à l'acide clavulanique		125 mg	62,5 mg		
Excipients		q.s.p 1 sachet	q.s.p 1 sachet	10,30	

