

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

ditions 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.

armacie :

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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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- 068493

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

(25205)

Matricule 2869

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAHOUIRY - ABDERAHMAN

Date de naissance : 01-01-52

Adresse : 29 Rue Benafsses - Hay Errachidia - Beauséjour

Tél. 06.77.90.90.84

Total des frais engagés : 150,00 + 65,80 + 79,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Zakia Soubhi
ORL
Polyclinique CNSS Derb Ghalef
Casablanca

Date de consultation : 25/02/20

Nom et prénom du malade : Farnia Halima Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Céphalée

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 : 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
25/3/2020	Ca		150	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie des Clubs 10, Rue Ennassera Beauséjour CASABLANCA Tel.: 05 22 66 36 32	25/02/20	65.80
	25-02-20	79.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ASSALA			
Tél : 022.93.78			

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important:

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D —————
00000000 00000000

(Création, remont, adjonction)

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

وصفة
ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

Le 27/2/20

Mr

FRIMI Hamed

2180

Polydene pt en

1's

4400 3pt x 2pct (p8)

4 Alen 2

1's

65.80

3) Amoxicilline pt 500 mg

79,00 5 pds

x 2

121,-

Dr. Zakia Soubhi

ORL
Polyclinique CNSS Derb Ghallef
Casablanca

1's

PHARMACIE ANNASR
HIND MENKOR
DÉPARTEMENT PHARMACIE
ASSALAM II 3/CS/4 EL
TEL: 022.93.28.13 - FAX: 022.93.27.80

زنقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 0522 86 30 20 - 0522 86 42 05
fax: 022.93.28.13 - 022.93.27.80
Rue Addamane - Derb Ghallef Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 0522 86 42 05

tout le monde.
très rares ; cependant, en cas d'apparition,
ment et consulter votre médecin :
raves et angioédème (réaction allergique grave
gorge).
ent ou de façon retardée par rapport à la prise

listés ci-dessous est définie en utilisant la

00

000

e des données disponibles.

ueau de la peau)

re)

usion, insomnie

es)

sanguines)
épétées)

ires), dystonie (contraction musculaire

gueuse (altération du goût)

difficultés à voir de façon nette), crises

es des yeux)

quant un gonflement du visage et de la gorge),

nce nocturne, douleur et/ou difficultés à uriner)

née

ment)

temen la vessie)

mentionnés ci-dessus, veuillez en informer

n allergique, arrêtez de prendre ALER-Z® 10

n en évaluera la sévérité et décidera des

és :

ès après autorisation du médicament est

hue du rapport bénéfice/risque du médicament.

particularités d'emploi

ez conseil à votre médecin ; si nécessaire,

osologie adaptée sera déterminée par votre

ison de problèmes au niveau de la moelle

state), demandez conseil à votre médecin.

des risques de convulsions, demandez conseil

entre la cétirizine utilisée aux doses

ation sanguine de 0,5 pour mille (g/l)

aucune donnée n'est disponible lors de la prise

cool. C'est pourquoi, comme avec tout autre

prise d'alcool avec ALER-Z® 10 mg,

de l'allergie (test cutané par exemple), il
moins 3 jours avant leur réalisation car il
médecin ce qu'il convient de faire avant la

moins de 6 ans car la forme comprimé

8.

z les patients présentant une intolérance
ndrome de malabsorption du glucose ou

us prenez, avez pris récemment ou

LOT : 191558
UT AV : 10/2022
PPV : 44,000 DH

UT AV : LOT IN : ADD (DH) :

L'absorption de la cétirizine contenue ALER-Z® 10 mg, comprimé pelliculé sécable
n'est pas modifiée par la prise concomitante d'aliments.

- Interactions avec les produits de phytothérapie ou thérapies alternatives.
Sans objet.

10. Utilisation en cas de grossesse et d'allaitement

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou si vous
envisez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant
de prendre ce médicament.

Comme pour d'autres médicaments, l'utilisation d'ALER-Z® 10 mg, comprimé pelliculé
sécable doit être évitée pendant la grossesse. L'utilisation par inadvertance en cours de
grossesse ne devrait pas avoir d'effet délétère sur le fœtus. Cependant, ce médicament
devra être administré uniquement si nécessaire et après avis médical.

La cétirizine passe dans le lait maternel. C'est pourquoi vous ne devez pas prendre ALER-Z® 10 mg,
comprimé pelliculé sécable pendant l'allaitement sans avoir demandé l'avis de votre
médecin.

11. Les effets possibles du traitement sur la capacité à conduire un véhicule ou à utiliser certaines machines

Les études cliniques n'ont pas mis en évidence d'altération de la vigilance, du temps de
réaction ou de la capacité à conduire après administration d'ALER-Z® 10 mg, comprimé
pelliculé sécable aux doses recommandées.

Cependant, si vous êtes susceptible de conduire un véhicule, de faire des activités
potentiellement dangereuses, ou d'utiliser des machines, vous devez évaluer au préalable
votre réaction au traitement par ALER-Z® 10 mg, comprimé pelliculé sécable.
Vous ne devez pas dépasser la dose recommandée.

12. Symptômes et conduite à tenir en cas de surdosage

Si vous avez pris plus d'ALER-Z® 10 mg, comprimé pelliculé sécable que vous n'auriez dû :
Si vous avez pris plus de comprimés d'ALER-Z® 10 mg, comprimé pelliculé sécable qu'il ne
le fallait, consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien. Votre médecin
décidera alors, si nécessaire, des mesures à prendre.

En cas de surdosage, les effets indésirables décrits ci-dessous peuvent apparaître avec une
intensité augmentée. Des effets indésirables tels que confusion, diarrhée, sensations
vertigineuses, fatigue, céphalée, sensation de malaise, dilatation des pupilles,
démangeaison, agitation, sédation, somnolence, stupeur, augmentation anormale du rythme
cardiaque, tremblements et rétention urinaire ont été rapportés.

13. Conduite à tenir en cas d'omission d'une ou plusieurs doses

Si vous oubliez de prendre ALER-Z® 10 mg, comprimé pelliculé sécable:
Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre.

14. Mention, si nécessaire, d'un risque de syndrome de sevrage

Si vous arrêtez de prendre ALER-Z® 10 mg, comprimé pelliculé sécable:
Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus
d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Conditions de prescription et de délivrance

Tableau C (liste II).

- Précaution particulières de conservation

Sans objet.

- Tenir hors de la portée et la vue des enfants

- Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur la boîte

- Nom et adresse de l'EPI titulaire de l'AMM au Maroc



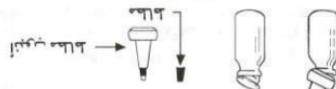
41, rue Mohamed Diouri 20110 Casablanca

- La dernière date à laquelle cette notice a été approuvée est : Novembre 2016.

የኢ.ፌ.ዲ.ሪ
ፌዴራል የኢትዮጵያ
መስራት ደንብ
የመስራት ደንብ የሚያስፈልግ የሚከተሉት የሚከተሉት የሚከተሉት የሚከተሉት
የመስራት ደንብ የሚያስፈልግ የሚከተሉት የሚከተሉት የሚከተሉት የሚከተሉት

LOT 192477 1
EXP 10 2021
PPV 79.00 DH

21,80



የኢ.ፌ.ዲ.ሪ. የሚያስፈልግ የሚከተሉት የሚከተሉት የሚከተሉት
የመስራት ደንብ የሚያስፈልግ የሚከተሉት የሚከተሉት የሚከተሉት

የሚከተሉት የሚከተሉት የሚከተሉት የሚከተሉት የሚከተሉት

የሚከተሉት የሚከተሉት

የሚከተሉት የሚከተሉት

የሚከተሉት

የሚከተሉት የሚከተሉት

የሚከተሉት የሚከተሉት

የሚከተሉት

የሚከተሉት የሚከተሉት

የሚከተሉት የሚከተሉት

የሚከተሉት

የሚከተሉት የሚከተሉት

የሚከተሉት

የሚከተሉት የሚከተሉት

የሚከተሉት

የሚከተሉት የሚከተሉት

የሚከተሉት

የሚከተሉት የሚከተሉት

የሚከተሉት

የሚከተሉት የሚከተሉት

የሚከተሉት

የሚከተሉት የሚከተሉት

የሚከተሉት

የሚከተሉት የሚከተሉት

የሚከተሉት

የሚከተሉት የሚከተሉት

የሚከተሉት

የሚከተሉት የሚከተሉት

የሚከተሉት

የሚከተሉት የሚከተሉት

የሚከተሉት

የሚከተሉት የሚከተሉት

የሚከተሉት

የሚከተሉት

የሚከተሉት

የሚከተሉት

የሚከተሉት

የሚከተሉት

100

0,100

1,000,000

650,000

የሚከተሉት
የሚከተሉት
④

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef

Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux

20100 CASABLANCA

Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020

INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1131190	N° SEJOUR : 200016081	FACTURE N° 2002004758				DATE D'ENTREE : 26/02/2020		DATE DE SORTIE : 26/02/2020		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		FARIHI, Halima		
MALADE : FARIHI, Halima		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI								
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 10531 DR SOUBHI ZAKIA (O.R.L)				TOTALS :		150.00						150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :								ACOMPTE:	
CENT CINQUANTE DHS				REMISE : 0.00		REGLE : 150.00						AVOIR:	
				RESTE DU: 0.00									
DATE FACTURE : 26/02/2020 EDITEE LE : 26/02/2020 PAR: AZEDIN				ACCIDENT DE TRAVAIL :									
VISA				N° DE POLICE :		DATE AT :							
				Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef							
				BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA							
				N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31							

