

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSÉMENTS 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **ologie 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.

## **éducation :**

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.

## **ntaire :**

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.

## **ladie 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° P19-0049195

ND = 31278

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1955 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KHALILAYOUN MORAD

Date de naissance :

1951

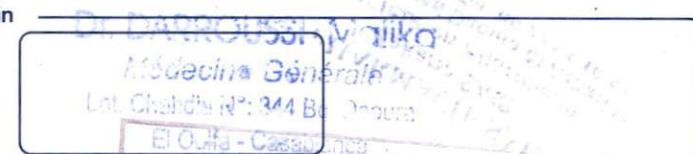
Adresse :

Résidence Attadakoune Rue 2, INN 78  
OULFA CASABLANCA

Tél. : 06 78 71 55 09 Total des frais engagés : 297,20 + 45,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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'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

Le : 01/04/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

#### **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
16/03/20	C	A	1500 HT	DR. DABOUSA Assurance Sécurité Sociale Boujdour - Casablanca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/03/20	147.80
	16/03/20	45.40

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

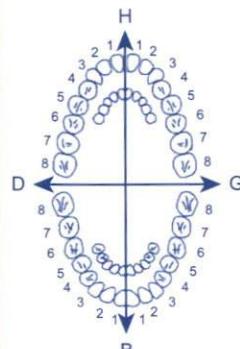
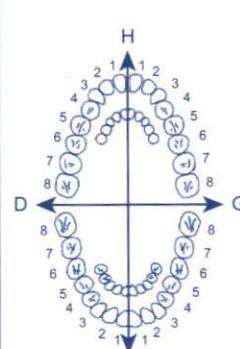
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 d

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			
	$  \begin{array}{r l}  H & 25533412 \quad 21433552 \\  \hline  D & 00000000 \quad 00000000 \\  & 00000000 \quad 00000000 \\  & 35533411 \quad 11433553  \end{array}  $			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXEC

Docteur Darroussi.Malika

الدكتورة دروسي مليكة

Docteur en Médecine  
Echographie générale  
Nutrition

دكتوراه في الطب  
شهادة في النص بالصدى الصوتي  
شهادة في طب التغذية و الحمية

16/03/20

Mme Ranya. Rida

116.00

1/2 x 26 = 13

31.20

1/2 x 26 = 13

31.20

1/2 x 26 = 13

142.20

1/2 x 26 = 13

Dr. DARROUSSI Malika  
PHARMACIE SAIB  
Zakaria SAB  
Casablanca - Tel: 05 22 91 16 64  
Docteur en Médecine Générale  
154, Bd. Oued Daoura El Oulfa Casablanca

Dr. DARROUSSI Malika  
PHARMACIE SAIB  
Zakaria SAB  
Casablanca - Tel: 05 22 91 16 64  
Docteur en Médecine Générale  
154, Bd. Oued Daoura El Oulfa Casablanca

تجزئة الشهدية 344 شارع وادي الدرة - الالفة ، الهاتف : 05.22.91.01.97 الدار البيضاء

Lotissement Chahdia 344 Bd.Oued Daoura – El Oulfa Tél : 05.22.91.01.97 Casablanca

**PHARMACIE SAIB**  
Zakaria SAIB  
Docteur en Pharmacie  
154, Bd. Oued Daoura El Azhari II  
Casablanca - Tél: 05 22 91 16 54

CASA Le 16. 3. 20.  
Facture N° 0009238  
M: pholypus



# RINOMICINE®

PHARMA5  
LOT : 3448  
UT.AV : 06-22  
PPV : 22DH70

## FORME ET PRÉSENTATION :

Poudre pour solution orale : boîte de 10 sachets.

## COMPOSITION :

Chaque sachet de poudre contient :

Chlorphénamine maléate.....	4 mg
Phénylephrine chlorhydrate.....	6 mg
Salicylamide.....	200 mg
Paracétamol.....	.400 mg
Caféine.....	30 mg
Vitamine C.....	300 mg
Excipients q.s.p.....	10 g
Excipients à effet notoire : saccharose, jaune orangé S.	

## PROPRIÉTÉS :

Elles procèdent de l'activité de ses principaux composants :

- La Chlorphénamine maléate, antihistaminique H1, agit par inhibition de la sécrétion nasale.
- La phénylephrine chlorhydrate, alpha-sympathomimétique, contribue à la décongestion et à la libération des voies respiratoires.
- Le paracétamol et le salicylamide agissent en synergie en tant qu'antalgique et antipyrrétique.

## EFFETS SECONDAIRES :

Peu fréquent : sensation légère de sécheresse de la bouche.

Rarement : éruptions cutanées, troubles hématologiques.

SIGNALER A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITE ET GENANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNÉ DANS CETTE NOTICE.

## MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

Réservez uniquement à l'adulte.

Pour éviter un risque de surdosage, vérifier l'absence du paracétamol et du salicylamide dans la composition d'autres médicaments.

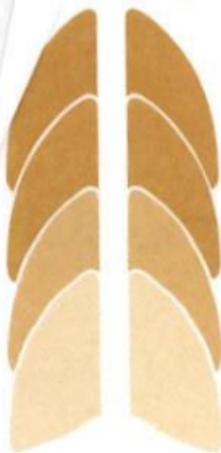
Chez l'adulte de plus de 50 Kg : la dose totale de paracétamol ne doit pas excéder 4 g par jour.

En cas d'ulcère gastroduodénal, d'hémorragie digestive, de traitement anticoagulant associé, de traitement prolongé ou à forte dose, d'asthme, de diabète, d'insuffisance rénale, une surveillance médicale régulière est nécessaire.

Pendant la durée de traitement l'absorption d'alcool est déconseillée.

Ce médicament contient du saccharose, son utilisation est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au fructose, un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou un déficit en sucrase isomaltase.

Tenir compte dans la ration journalière de la teneur en saccharose (8 g par sachet). Il est inutile et potentiellement dangereux d'associer entre eux deux médicaments contenant des vasoconstricteurs.



ATHIOL

# FLUIDIFIANT des voies

A  
Solution Buvable

PDEV 03/04/2020  
REF 31120  
22

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 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.

## FORMULE

Carbocisteïne ..... 5,00 g

## Excipients :

Saccharinate de sodium, hydroxyde de sodium, rouge cochenille A, parahydroxybenzoate de méthyle, parahydroxybenzoate de propyle, glycérol, excipient aromatisé hypocalorique, hypoglucidique q.s.p..... 100 ml

Flacon de 150 ml.

## EXCIPIENTS À EFFET NOTOIRE :

Parahydroxybenzoate de méthyle, Parahydroxybenzoate de Propyle, sodium, rouge cochenille A.

## CLASSE PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE

### MUCOLYTIQUE

(R: Système respiratoire)

Ce médicament en modifiant les sécrétions bronchiques, facilite leur évacuation par la toux.

## INDICATIONS :

Ce médicament est préconisé chez l'adulte (plus de 15 ans) en cas d'affections respiratoires récentes avec difficulté d'expectoration (difficultés à rejeter en crachant les sécrétions bronchiques).

## POSÉOLOGIE USUELLE :

voie orale.  
1 cuillère à soupe 3 fois par jour.

Pour les enfants de moins de 15 ans : utiliser BRONCHATHIOL® Enfant.

- À prendre de préférence en dehors des repas.

- La durée de traitement doit être brève et ne pas excéder 5 jours.

## CONTRE-INDICATIONS

La forme adulte est contre-indiquée chez l'enfant de moins de 15 ans.

## EFFETS INDESIRABLES



**1 g/125 mg,**

Poudre pour suspension  
buvable en sachet

Boîte de 12, 16 et 24 sachets

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 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.

**PPV: 116DH00**

**PER: 09/22**

**LOT: I 1975**



explorations fonctionnelles hépatiques) ou des urines (dosage du glucose), vous devez informer le/ l'infirmière (ier) que vous prenez ZAMOX. En effet, utile sur les résultats de ces types de tests.

**excipients à effet notable :** Saccharose.

Sodium

**ns importantes concernant certains ts de ZAMOX 1 g/125 mg, poudre pour suspension buvable en sachet :**

- L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au fructose, un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou un déficit en sucrase/isomaltase (maladies héréditaires rares).

- Ce médicament contient du potassium. A prendre en compte chez les patients insuffisants rénaux ou chez les patients contrôlant leur apport alimentaire en potassium.

- Ce médicament contient du Sodium. A prendre en compte chez les patients contrôlant leur apport alimentaire en sodium.

#### **INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES FORMES D'INTERACTIONS :**

#### **Prise ou utilisation d'autres médicaments**

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Cela inclut les médicaments vendus sans ordonnance, et aussi les produits à base de plantes.

Si vous prenez de l'allopurinol (en traitement de la goutte) avec ZAMOX, le risque de réaction cutanée allergique est plus élevé.

Si vous prenez du probénécide (en traitement de la goutte), votre médecin peut décider d'ajuster votre dose de ZAMOX.

Si des médicaments destinés à empêcher la coagulation du sang (tels que la warfarine) sont pris avec ZAMOX, des analyses sanguines supplémentaires peuvent être requises. ZAMOX peut influer sur l'action du méthotrexate (un médicament utilisé pour traiter le cancer ou les maladies rhumatismales).

ZAMOX peut influer sur l'action du mycophénolate mofétil (traitement pour prévenir le rejet de greffe d'organes).

**Interactions avec les aliments et les boissons :** Sans objet.

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

**Sportifs :** Sans objet.

**Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines**

ZAMOX peut provoquer des effets indésirables susceptibles de réduire la capacité à conduire.

#### **GROSSESSE ET ALLAITEMENT**

Si vous êtes enceinte ou s'il est possible que vous le soyiez, ou si vous allaitez, vous devez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre un quelconque médicament.

#### **COMMENT PRENDRE ZAMOX 1 g/125 mg, poudre pour suspension buvable en sachet ?**

##### **Instructions pour un bon usage**

Respectez toujours la posologie indiquée par votre médecin. En cas de doute, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

##### **Posologie, Mode et/ou voie(s) d'administration**

##### **Fréquence d'administration et Durée du traitement**

##### **Posologie**

• Adultes et enfants de 40 kg et plus

• Dose habituelle : 1 sachet trois fois par jour

• Dose inférieure : 1 sachet deux fois par jour

• Enfants pesant moins de 40 kg

Les sachets ZAMOX 1 g/125 mg ne sont pas recommandés.

• Patients souffrant de problèmes rénaux et hépatiques

• En cas de problèmes rénaux, une adaptation de la posologie peut être nécessaire. Le médecin pourra prescrire un dosage différent ou un autre médicament.

• En cas de problèmes au foie, des analyses de sang plus fréquentes pourront être nécessaires afin de vérifier le fonctionnement de votre foie.

##### **Comment administrer ZAMOX ?**

• Juste avant la prise de ZAMOX, ouvrez le sachet et mélangez son contenu dans un demi-verre d'eau.

• Avalez le mélange au début d'un repas ou un peu avant.

• Répartissez les prises de manière régulière au cours de la journée ; elles doivent être espacées d'au moins 4 heures. Ne prenez pas 2 doses en 1 heure.

• Ne conduisez pas et n'utilisez pas de machines si vous ne vous sentez pas bien.

• Ne prenez pas ZAMOX pendant plus de 2 semaines. Si vos symptômes persistent, consultez de nouveau un médecin.

##### **Symptômes et instructions en cas de surdosage**

Si vous avez pris plus de ZAMOX 1 g/125 mg, poudre pour suspension buvable en sachet que vous n'auriez dû :

La prise d'une quantité excessive de ZAMOX peut entraîner des maux de ventre (nausées, vomissements ou diarrhée) ou des convulsions. Parlez-en à votre médecin le plus tôt

#### **Réactions nécessitant une attention particulière**

ZAMOX peut aggraver certaines maladies ou engendrer des effets secondaires graves, notamment des réactions allergiques, des convulsions et une inflammation du gros intestin. Lorsque vous prenez ZAMOX, vous devez surveiller certains symptômes afin de réduire les risques. Voir « Réactions nécessitant une attention particulière dans "effets souhaités et gênants". »

**sangins et urinaires**  
effectuez des analyses de sang (nombre de globules