

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## **diologie 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.

## **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.

## **entaire :**

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.



## **Déclaration de Maladie**

N° P19- 055112

MD: 41778

Autres

Maladie

Dentaire

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : ..... 1420 ..... Société : .....

Actif

Pensionné(e)

Autre : .....

Nom & Prénom : LAGHLIB AHMED

Date de naissance : 01-01-1954

Adresse : COP EL WAFI D ELASSA 150

Tél. : 066.24.33.06 Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

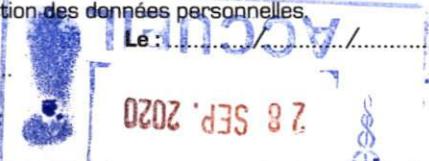
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veuillez fournir une facture

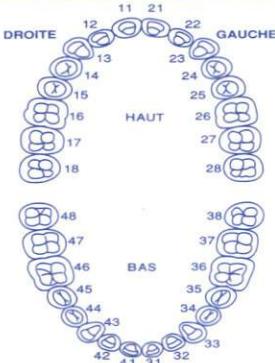
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

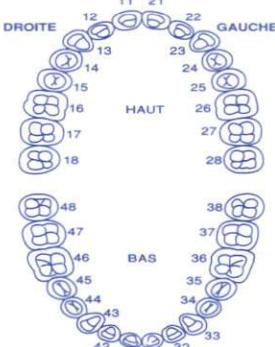
Nature des soins

Coefficient



## O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire



D	11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32	H	25533412 00000000 00000000 35533411	G	21433552 00000000 00000000 11433553
---	---	---	--	---	--

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

Visa et cachet du praticien  
attestant l'exécution

## VOLET ADHERENT

NOM : *LAGHRI B AHMED*

Mle 1470



DECLARATION N° P 14/0027765

Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 1470

Nom & Prénom : *LAGHRI B AHMED*

Signature de  
l'adhérent

Fonction : *DET*

Phones : *0666243306*

Mail : *AHMED.LAGHRI.B34@gmail.com*

MEDECIN | Prénom du patient : *LAGHRI B Ahmed*

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age : *66*

Nature de la maladie : *Gastrite + rhume*

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>Cl</i>	<i>1</i>	<i>11433553</i>

PHARMACIE | Date : *03/09/2020*

Montant de la facture : *20,60*

ANALYSES - RADIOGRAPHIES | Date : .....

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX | Date : .....

Nombre

AM PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

**Abdeljalil Naamane**

**عبد الجليل نعمان**

Docteur en Médecine

دكتور في الطب

Echographie

الفحص بالصدى

Bloc Q N° 12 - Deroua

بلوك ك رقم 12 - الدروة

Tél.: 05 22 53 28 25

الهاتف : 05 22 53 28 25

Visite à Domicile

زيارة في المنزل

## ORDONNANCE

03 SEP 2020

Deroua, le : ..... الدروة في :

Mr LAGMRIB . Ahmed

12,50

→ Oedys 201 (5,5) my

12,50

→ Systen 100 (5,0) my

28,50 x 2

→ Suprad

1 35,50  
→ Novatec

→ Cl. 201 (5,0) my  
Date : 05/2020  
200,60

Dr. Abdeljalil NAAMANE  
Médecine Générale  
ECHOGRAPHIE  
Bloc "Q" N° 12 - Deroua  
Tél: 05 22 53 28 25

صيدلية  
Dr. Mhammed AL WAFAE  
N° 152, Coopérative Al wafac - Deroua  
Casablanca - Tel: 05 22 53 21 22



# SULPIDAL® 50 mg gélules

## Sulpiride

### 1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

#### a) DENOMINATION

SULPIDAL® 50 mg, gélule

#### b) COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Sulpiride ..... 50 mg  
Excipients q.s.p. 1 gélule.

#### c) FORME PHARMACEUTIQUE

Boîte de 20 gélules.

#### d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTIPSYCHOTIQUE NEUROLEPTIQUE

BENZAMIDE

(N : Système Nerveux)

### 2. DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est indiqué dans le traitement de certaines formes de troubles du comportement de l'adulte et de l'enfant.

### 3. ATTENTION

#### a) DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :  
- allergie au sulpiride ou à l'un des constituants de la gélule,  
- phéochromocytome (atteinte de la glande médullo-surrénale produisant en association avec les antiparkinsoniens dopaminergiques).  
Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS être utilisé, sauf l'allaitement.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS D'UN PHARMACIEN.

#### b) MISES EN GARDE SPECIALES

En cas d'apparition de fièvre inexplicable, de pâleur ou de forte transpiration, il faut immédiatement un médecin ou un service d'urgence.

Afin de dépister un éventuel trouble cardiaque, votre médecin peut vous faire faire un électrocardiogramme.

Chez l'enfant, un suivi médical régulier est indispensable.

La prise de comprimé ou de gélule est contre-indiquée chez les enfants et les adolescents.

En raison de la présence de lactose, ce médicament ne doit pas être donné à un enfant souffrant d'un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de défaut de sécrétion de l'amylase.

#### c) PRECAUTIONS D'EMPLOI

Afin que votre médecin puisse adapter la posologie et/ou la surveillance, il est nécessaire de le prévenir en cas de :

- maladie cardiaque,
- maladie de Parkinson,
- insuffisance rénale,
- antécédents de convulsions (ancienne ou récente), épilepsie.

La prise de boissons alcoolisées est fortement déconseillée pendant la prise de ce médicament.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN.



PPV

LOT

PER

28,20

PPV 38DH50

EXP 06/2023  
LOT 03037 4

# Neutral<sup>®</sup>

Hydroxyde d'aluminium - Hydroxyde de magnésium

**Anti-Acide  
Suspension buvable 250 ml**

alopecie (chute de cheveux, lèvres, du larynx et/ou de la peau interstitielle (atteinte rénale), perturbation du goût et d'odorat). Chez les enfants, le profil observé chez les adultes à long terme concerne la croissance.

SI VOUS REMARQUEZ DES EFFETS INDESIRABLES NON MENTIONNES DANS CETTE NOTICE, OU SI CERTAINS EFFETS INDESIRABLES DEVIENNENT GRAVES, Veuillez EN INFORMER VOTRE MEDECIN OU VOTRE PHARMACIEN.

#### COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

CE MEDICAMENT VOUS A ETE PERSONNELLEMENT DELIVRE DANS UNE SITUATION PRECISE :

- IL NE PEUT ETRE ADAPTE A UN AUTRE CAS,
- NE PAS LE CONSEILLER A UNE AUTRE PERSONNE.

Dans tous les cas se conformer strictement à l'ordonnance du médecin.

#### Posologie

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

#### Chez l'adulte :

Traitements symptomatiques du reflux gastro-œsophagien : 1 à 2 gélules par jour.

Traitements d'entretien des œsophagites : 1 à 2 gélules par jour.

Traitements d'entretien des ulcères duodénaux : 1 à 2 gélules par jour.

Chez l'enfant de plus de 1 an et de poids ≥ 10 kg.

Œsophagite par reflux : la durée du traitement est de 4 à 8 semaines.

Traitements symptomatiques des brûlures et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-œsophagien : La durée du traitement est de 2 à 4 semaines. Si les symptômes ne sont pas contrôlés au bout de 2 à 4 semaines, le patient devra faire l'objet d'examens complémentaires.

Enfant ≥ 1 an (10 à 20 kg) : 1 gélule de 10 mg une fois par jour.

La posologie peut être augmentée à 20 mg une fois par jour si nécessaire.

Enfant ≥ 2 ans (> 20 kg) : 1 gélule de 20 mg une fois par jour.

La posologie peut être augmentée à 40 mg une fois par jour si nécessaire.

Chez l'enfant de plus de 4 ans

En association avec des antibiotiques dans le traitement de l'ulcère duodénal associé à une infection par Helicobacter pylori. La durée de traitement est le plus souvent de 7 jours (cette durée peut parfois être augmentée à 14 jours).

Le traitement devra être surveillé par un spécialiste.

Enfant de 15 à ≤ 30 kg : association avec deux antibiotiques : Oedes 20mg, amoxicilline 25 mg/kg de poids corporel et clarithromycine 7,5 mg/kg de poids corporel sont administrés simultanément deux fois par jour pendant 1 semaine.

Enfant de 30 à ≤ 40 kg : association avec deux antibiotiques : Oedes 20 mg, amoxicilline 750 mg et clarithromycine 7,5 mg/kg de poids corporel sont administrés simultanément deux fois par jour pendant 1 semaine.

Enfant > 40 kg : association avec deux antibiotiques : Oedes 20 mg, amoxicilline 1g et clarithromycine 500 mg sont administrés simultanément deux fois par jour pendant 1 semaine.

#### Mode et voie d'administration

Voie orale.

Chez les enfants de moins de 6 ans (en raison du risque de fausse route) et les enfants

LOT 191339  
EXP 04/2022  
PPV 52.80 DH