

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

Dentaire :

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- 068754

ND: 36298

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 50049

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABOU OBIDA KHAOUDOUF

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar
et Avenue N° 313 - Casablanca - Tel. 05 22 86 14 14

Date de consultation : 21/07/2018

Nom et prénom du malade : A.BOU OBIDA JAHADOUF Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète et hypertension

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 :

Le : / /

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
24/07/2021	3		300.00	 Professeur Hassan EL GHOUMARI Médecin en Endocrinologie Médecin en Nutrition 100 Avenue de la Boulevard Anouar 22 86 14 14

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Abdelmoune et Abdelmoumen N. Montant de la Facture
PHARMACIE AL EOSTANE Bd Ibn Sina Hay Hassani S.A.S.A. BLANC 331 05 22 90 33 11	21/07/2020	510, 80

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
G	

[Création, remont, adjonction]

A diagram showing a 7x7 grid of circles. The grid is centered at the origin (0,0). The horizontal axis is labeled **G** (right) and the vertical axis is labeled **D** (down). The top circle is labeled **H**. The grid contains the following values:

Row	1	2	3	4	5	6	7
1	1	2	3	4	5	6	7
2	2	1	2	3	4	5	6
3	3	2	1	2	3	4	5
4	4	3	2	1	2	3	4
5	5	4	3	2	1	2	3
6	6	5	4	3	2	1	2
7	7	6	5	4	3	2	1

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	

Docteur Hassan EL GHOMARI
Professeur à la F.M.P.C

Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie
 Nutrition & Croissance

Ancien Attaché à l'hôpital Saint Luc
 de Montréal - Canada



الدكتور حسن الغماري
 أستاذ جامعي بكلية الطب والصيدلة
 أخصائي أمراض التدد - داء السكري
 التغذية والنمو
 طبيب سابق بمستشفى سان لوك
 مونتريال - كندا

Casablanca, le: 21.07.2020 الدار البيضاء في:

Mme ABOU OBIDA Khaddouj

6,80 Dhs 13,60



Maphar
 Km 10, Route Côtière 111.
 Qs Zenata Ain sebaa Casablanca
 Structum 500mg gelu b60-mg
 P.P.V : 222,00 DH
 6 118001 182213

LEVOTHYROX 25

1/2 cp / jour le matin 30 min avant le repas pendant 3 mois

UBIPROX 500

1 CP * 2 / J pendant 6 JOURS

69,00
DOCIVOX

1 cp à sucer * 3 / jour

99,00
ANAPRED 20

2 cp /jour pendant 3 JOURS

96,00
STRUCTUM 500 MG

0-1-1 MILIEU REPAS pendant 3 Mois

53,10
PRAZOL 20 MG

0-0-1 pendant 1 Mois

RELAXOL500MG/2MG

1-1-1 pendant 15 jours

510,80



PHARMACEAL LOUSTANE
 S80, Pd Ibn Sina Hay Hassani
 524105 22 90 33 97
 CASA 2 AL HAY HASSANI
 524105 22 90 33 97
 Professeur Hassan EL GHOMARI
 Spécialiste en Endocrinologie
 Diabétologie et Nutrition
 Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar
 et Abdelmoumen N°313 - Casab - Tel: 05 22 86 14 14

مركز عبد المولمن، زاوية شارع أنوال وشارع عبد المولمن، العلامة رقم 313 - الدار البيضاء
 Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anouar et Bd. Abdelmoumen, 3^{eme} étage - N° 313 - Casablanca

الهاتف : hassane1ghomari@yahoo.fr - البريد الإلكتروني : Tél. : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44

N°INP : 091028506 - ICE : 001663750000032



6 118001 102006
Levotyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006
Levotyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

LOT: 200017
DLUG: 01/2023
62.00DH

LOT 200157
EXP 01/2023
PPV 149.50DH

PPV: 96DH00
PER: 08/22
LOT: J494-1

LOT: M0289
PER: 10/2021
PPV: 57.10 DH

Prazol® 20

oméprazole

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Prazol® 20 mg :

Oméprazole (DCI)

Excipients qsp

FORME PHARMACEUTIQUE

- Gélule contenant des microgranules gastrorésistants.
- Présentation : boîte de 7, 14 et 28 gélules.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante contient la substance active oméprazole. Il appartient à la classe des médicaments appelée inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la quantité d'acide produite par votre estomac.

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante est utilisé pour traiter les affections suivantes :

Chez les adultes :

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).
- les ulcères de la partie haute de votre intestin (ulcère duodénal) ou de votre estomac (ulcère gastrique).
- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, votre médecin peut également vous prescrire des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.
- les ulcères de l'estomac associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante peut aussi être utilisé pour la prévention de ceux-ci si vous prenez des AINS.
- Un excès d'acide dans l'estomac dû à une grosseur au niveau du pancréas (syndrome de Zollinger-Ellison)

Chez les enfants :

Enfants âgés de plus d'un an et avec un poids corporel ≥ 10 kg

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).

Les symptômes chez l'enfant peuvent comprendre des remontées dans la bouche du contenu de l'estomac (régurgitation), des vomissements et une prise de poids limitée.

Enfants âgés de plus de 4 ans et adolescents

- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, le médecin peut également prescrire à votre enfant des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

- Maladie ulcéruseuse gastroduodénale :

Selon le cas :

- 1 gélule de Prazol® 20 mg matin et soir, associée à deux antibiotiques pendant 7 jours.

Cette trithérapie sera suivie par 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 3 à 5 semaines supplémentaires.

- 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 6 semaines.

- Oesophagite par reflux gastro-œsophagien :

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

Prazol® 20mg

Oméprazole

28 gélules

6118000041009

à votre
même
mentionné

.. 20 mg
1 gélule