

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

Informations 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° P19-0046678
97388

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9692 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance : 30/06/1969

Adresse : TISSALIM EST QUÉBÉC N° 4 CD

CASA

Tél. : 061420117

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 :

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
5-10-2021			500	Sous le sceau de Dr JAMAL CHAABIR Spécialiste des Maladies de l'Anus et de l'appareil digestif du Foie de Casablanca Bd R�dha GhDIRA 1er Etage Cité Djenane Casablanca 28646
5-10-2021			50	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ACTO	05/10/21	9600
	07/10/21	750

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

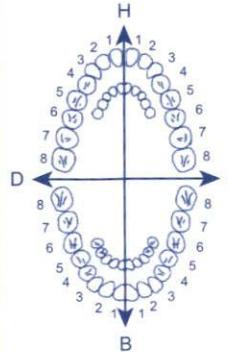
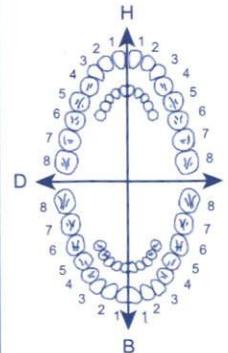
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G	00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif (Foie - Estomac - Colon - Hémorroïdes)

- Gastroscopie - Recto-sigmoidoscopie - Coloscopie
 - Echographie Abdominale - Endoscopie Digestive
 - Proctologie Médicale et Chirurgicale



طبيب اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي (الكبد، المعدة، الأمعاء، الموسير)

- ٠ الكشف بالجهاز الداخلي للمعدة والأمعاء
 - ٠ الكشف بالأمواج فوق الصوتية
 - ٠ جراحة المخرج والبواسير

A Casablanca le :

1 - 10 - 61

N. MERMER

WACEN

1). $\text{PAS} \approx 1$ do -7
9600

Dr JAMAL CHAHIR
Spécialiste des Maladies de L'appareil
Digestif du Foie de L'anus
2 Bd Redj GHDIRA 1^{er} Etage
Diemaa-Casablanaca
522 38 64 63

١٣٨، شارع رضي اكديرة (التيك سابقاً) الطابق الأول، قرب صيدلية أوسبيانيا - سيدى عثمان - البيضاء

📍 138, Bd Reda Guédira 1^{er} Etage (Ex Bd Nil à côté de Pharmacie Océania) - sidi Othmane - Casablanca.

Prazol® 20 mg

oméprazole

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.

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Prazol® 20 mg :

Oméprazole (DCI)	20 mg
Excipients qsp	1 gélule

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 grossesse au niveau du pancréas (syndrome de Zollinger-Ellison)

Chez les enfants :

Enfants âgés de plus d'un an et avec un poids corporel $\geq 10 \text{ kg}$

- 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 ulcéreuse gastroduodénale :

Selon le cas :

- 1 gélule de Prazol® 20 mg matin et soir, associée à deux antibiotiques. Cette trithérapie sera suivie par 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 6 semaines.

- 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 (AINS) :

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

• Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les AINS :

PPV : 900H00
PER : 08/2000
LOT : K827-2

ens :



**Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
(Foie - Estomac - Colon - Hémorroïdes)**

- Gastroscopie - Recto-sigmoidoscopie - Coloscopie
- Echographie Abdominale - Endoscopie Digestive
- Proctologie Médicale et Chirurgicale



طبيب اخصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
(الكبد، المعدة، الأمعاء، البواسير)

- الكشف بالجهر الداخلي للمعدة والأمعاء
- الكشف بالأمواج فوق الصوتية
- جراحة المخرج والبواسير

A Casablanca le :

7 - 10 - 01

Mr. MARMER

DAHCAZ

D - Inciso de yg

yg → MT
yg → S
AV → hg

7560 5.1

1. Bispiral

1 - 0 - 115

Ag - L.



الطباطبى (الميدان) ، قرب صيدلية أوسپيانيا - سيدى عثمان - البيضاء 138

138, Bd Reda Guédira 1^{er} Etage (Ex Bd Nil à côté de Pharmacie Océania) Sidi Othmane - Casablanca.

0661 80 13 62

0522 38 64 63

DR JAMAL CHAHIR
Spécialiste des Maladies de l'appareil digestif
Bd Reda Guédira 1^{er} Etage
Cité de la Culture - Casablanca
Tel.: 05 22 38 64 63

BISPIRAZOLE

Spiramycine 1,5 MUI - Métronidazole 250 mg

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes sur votre traitement. Si vous avez d'autres questions, 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, car cela pourrait lui être nocif. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

COMPOSITION :

Spiramycine.....	1,5 MUI
Métronidazole	250 mg
Excipients Q.S.P	1 comprimé pelliculé

FORME PHARMACEUTIQUE :

Comprimé pelliculé, boîte de 15.
Liste I (tableau A).

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament contient deux antibiotiques : la spiramycine de la famille des macrolides, et le métronidazole de la famille des imidazolés.

- Il est utilisé dans le traitement curatif et préventif des infections de la bouche et des dents notamment, abcès dentaires, phlegmons, gingivites, stomatites, infections des glandes salivaires, complications infectieuses locales pouvant survenir après une chirurgie odontostomatologique.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas :

- d'allergie aux imidazolés et/ou aux macrolides
- de traitement par le disulfirame
- d'intolérance au gluten
- chez l'enfant de moins de 15 ans.

En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

- Mises en garde

- Interrompre le traitement en cas d'aggravation d'affections neurologiques évolutives.
- Eviter les boissons alcoolisées pendant le traitement.
- Possibilité de réactions allergiques.
- Ne pas associer au disulfirame et à

75,50
FFV 7501150
PER 03/23
LOT H304

