

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux												
				Montant des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H															
	25533412	21433552														
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis													
			Fin d'exécution													
Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 17/0065455		
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		



P 17/0065455

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 8506	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		Bouhtal Ahmed	
Fonction	Phones 06.8066.43.00		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient Mafae Maima		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie			Date 21 Sept 2021
Arthralgie			Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires 150 DH			
PHARMACIE	Date 21-09-2021		
Montant de la facture 443,35 gdp			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			

Docteur Nawar MOUSTATI

Médecin Généraliste

339, Av. Brahim Roudani

Al Wahda - Berrechid

Tél : 05 22 53 49 25



الدكتورة نوار مستطيع

الطب العام

رقم 339 - شارع إبراهيم الروداني

حي الوحدة - برشيد

الهاتف : 05 22 53 49 25



INPE : 061181590

ORDONNANCE

Berrechid le : 21 Sept 2021 برشيد في :

IPC : 149,50 DH

Lot :

A consommer de
préférence avant le :

Nafex Naimo

149.50

Carabifort
A cgti



Osteocare 30 CP

PVC : 108,65 DH

Ut Av :

30/11/2024

Lot :

250712AB

lphablotics

5 021265 244683

108.65 2)

osteocare

56.30 3)

D-cure

A cgti pour pot 6me?

PPV : 56,30 DH

LOT : 21A28D

EXP : 01/2023

32.90 4)

Chlofene 32.90 /

PPV

LOT

PER

32,90

96.00 5)

Prozor 96.00

443,35

Dr. MOUSTATI Nawar
339, Av. Brahim Roudani
Al Wahda - Berrechid

Prazol[®] 20 mg

oméprazole

Prazol[®] 20 mg

Oméprazole

28 gélules



6 118000 041009

Oméprazole (PDA)

PPV : 96DH00
PER : 08/23
LOT : K827-2

de cette notice avant de prendre ce médicament.

voir l'avis de la notice.

si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre

ellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même

pourrait lui être nocif.

et grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné

médecin ou à votre pharmacien.

ATTENTIVE

20 mg

1 gélule

trorésistants.

ES.

tient la substance active oméprazole. Il appartient à la classe des

à protons. Il diminue la quantité d'acide produite par votre estomac.

MENT

est utilisé pour traiter les affections suivantes :

• maladie 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 MÉDICAMENT

- Maladie ulcéreuse 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 :

