

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

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.

Education :

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.



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00309

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AGUER SAFENE JMI ALINE de ADPANE

Date de naissance :

Adresse : N° 75 Km 15.1 GR "K" Hay Delfa

Tél. : 06.61.54.73.25

Total des frais engagés : 714,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/02/22

Nom et prénom du malade : AGUER SAFENE JMI ALINE Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Maladie abdominale

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) :



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
21/02/22	CS	X	200 SAR	Dr. Abdeslam El Khayam - Béni Mellal
	Echo d'admission		370 SAR	22, Bd Omar El Khayam - Béni Mellal Tél: 0522 36 69 00 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21.02.22	2111.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

Dr. Abdeslam El Madani

Chirurgie Viscérale & Digestive Cœlioscopique
Lauréat de la faculté de médecine de Paris
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Ex chirurgien à l'hôpital militaire de Meknès



Coeliochirurgie
Chirurgie Viscérale et Digestive
Chirurgie Cancerologique
Chirurgie Gynécologique et Endocrinienne
Proctologie - Chirurgie des Varices
circoncision

د. عبد السلام المداني

جراحة الجهاز الهضمي والغدد الراجحة بالمنظار
خريج كلية الطب بباريس
جراح سابق بمستشفيات باريس
جراح سابق بالمستشفى العسكري بمكناس
الجراحة بالمنظار
جراحة الجهاز الهضمي والمخرج
الجراحة الباطنية وال العامة
جراحة النساء والغدد
جراحة السرطان - جراحة العروق
الختان

Casablanca, le 21.02.2022 الدار البيضاء في

Mme ADDANE Jmiaa

99,00 1 LIXIFOR GELLULES SV -1-0 v 15 j -
50,40 2 MUSFON SV -1-1 a la rep v 08 j -
65,00 3 REFLUXAID STICK SV -1-1 a la rep v 10 j -
Total: 214,40

Dr Abdeslam EL MADANI

PHARMACIE ZAYD
Madinat Errachidia 1 Bloc 6
N°17 - Dar Bouazza
Tél: 05 22 38 08 09

Dr. Abdeslam EL MADANI
Chirurgien
22, Bd. Omar El Khayam - Beauséjour
Tél: 0522 36 69 00 - Casablanca

22, Bd. Omar El Khayam 2ème étage, Résidence Fatima-Zohra - CASA
ش. عمر الخيام، الطابق الثاني، إقامة فاطمة الزهراء، بوسيجور - الدار البيضاء
Tél. : 0522 36.69.00 / 06.66.19.12.30 - Fax : 0522 36.68.99 - GSM : 0661 06.92.51 - E-mail : abdeslam.elmadani@gmail.com - ICE : 001712744000080

موقع الإلكتروني: www.dr-elmadani.com

موقع الإلكتروني: www.dr-elmadani.com

في حالة المستعجلات الاتصال بمصحة لوتشون الهاتف: 05 22 04 07 07

En Cas d'Urgences Contacter Clinique Longchamps au Tél. : 05 22 04 07 07

ORO dispersible

Musfon®

80 mg

LOT : M0640
PER : 11/2024
PPV : 50,40DH

parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Musfon 80mg

30 Comprimés
Deva Pharmaceutique



6 118000 410263

1. Dénomination du médicament :

MUSFON® 80 mg, 10, 20 ou 30 comprimés orodispersibles

2. Composition du médicament

Phloroglucinol dihydraté 80 mg
Quantité correspondant en phloroglucinol anhydre à 62,25 mg
Excipients : Lactose monohydraté, cellulose microcristalline, crospovidone, povidone K90, stéarate de magnésium, aspartam (E951).qsp un comprimé.
Excipients à effet notoire : aspartame, lactose

3. Classe pharmaco-thérapeutique ou le type d'activité :

ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE

(A : appareil digestif et métabolisme)

(G : système génito-urinaire)

4. Indications thérapeutique

Ce médicament est indiqué dans le traitement des douleurs spastiques de l'intestin, des voies biliaires, de la vessie et de l'utérus.

5. Posologie :

- Mode et voies d'administration : Voie orale.

Chez l'adulte : les comprimés orodispersibles sont à dissoudre dans un verre d'eau ou à laisser fondre sous la langue pour obtenir un effet rapide.

Chez l'enfant : les comprimés orodispersibles sont à dissoudre dans un verre d'eau.

Posologie

Chez l'adulte, la posologie usuelle est de 2 comprimés orodispersibles par jour à prendre au

REFLUXAID®

Comprimés à croquer anti-reflux
Sirop anti-reflux
Sticks anti-reflux



LOT 2419512

EXP 2024/07

PPC 65 DHS

nique, est

gien et de

régurgita-

tion dououreuse (odynophagie), de

Magnésium, Extrait d'Anisum Stellatum,

Chamomilla Recutita, Extrait de Lavandula

Angustifolia, Extrait de Tilia Platyphyllos, stéarate de magnésium, acésulfame K, sucralose, arômes.

SIROP (BOUTEILLE ET STICKS) : Alginat de Magnésium, Extrait d'Anisum Stellatum, Extrait de Chamomilla Recutita, Extrait de Foeniculum Vulgare, Gomme de Xanthane, Lavandula, Extrait d'Angustifolia, Extrait de Tilia Platyphyllos, Sucralose, Methyl de sodium, p-hydroxybenzoate, p-hydroxybenzoate de propyle sodique, eau déminéralisée.

Formes :

Boite de 24 comprimés à croquer (1 g)

Sirop 250 ml avec doseur

Boite de 24 sticks de 10 ml

Mode d'emploi :

COMPRIMÉS À CROQUER : 1-2 comprimés après les repas et au moment du coucher.

SIROP (BOUTEILLE ET STICKS) : agiter avant utilisation. Chez les adultes et les enfants de plus de 12 ans : 10-20 ml ou 1-2 sticks après les repas et au coucher. Enfants de moins de 12 ans : 1 demi-dose.

Contre-indications :

Ne pas utiliser en cas d'hypersensibilité connue à un composant.

Avertissements :

Ne pas dépasser la dose recommandée. En cas de réaction indésirable arrêter le traitement et consulter un médecin. Tenir hors de portée et de vue des enfants. Utiliser avant la date d'expiration indiquée sur l'emballage. La présence de substances naturelles peut affecter les caractéristiques organoleptiques du produit (odeur, couleur, goût) sans que cela n'affecte la qualité du produit. Conserver le produit à une température comprise entre 4° C et 30° C.

Ne contient pas de gluten, de lactose et d'OGM.



Fabriqué par :

Pharcomed S.r.l. - Via dei Ricorboli, 17 - 50126 Firenze - Italie



Distribué par :

Promoplus Pharma, Hay Raja 2 N°100 BP 401 Had Soualem Maroc.

LIXIFOR

Lot/À consommer

de préfi

X1017 0425

RFF 317MA

LOT PER

Prix

99.00



3 700221 339503

- A.
- Case

..... 140 mg
..... 75 mg
..... 75 mg
..... 30 mg

PROPRIETES :

LIXIFOR Actif dès le premier jour spécialement formulé pour :

- Régulation du volume et de la fréquence des selles
- Réduction des gaz
- Ballonnement et pesanteur abdominale
- Active le péristaltisme
- Améliore le confort intestinal
- Stimule le transit intestinal
- Combat les fermentations intestinales
- Favorise un transit régulier

CONSEILS D'UTILISATION :

- 1 gélule par jour le soir au coucher avec un verre d'eau.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Ne pas administrer aux enfants de moins de 12 ans.
- Ce produit est déconseillé aux femmes enceintes ou qui allaitent sans avis médical.
- A conserver dans un endroit sec et frais.
- Sans ingrédient d'origine animale, sans gluten, sans gélatine.

PRESENTATION :

Boîte de 15 gélules.

LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES
FORTE PHARMA
"Le Patio Palace" - 41 - Av. Hector otto
98000 - MONACO

