

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

Radiologie 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.

Rééducation :

- 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° W19-522910

ND: 25247

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0666 68 06 00

Société : RAM
AMRIBD FADI LI
03.06.1975
BLVD M. T IDYSSIA III N° 811
Casablanca 2^e étage
Total des frais engagés : Complet Dhs

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Autre

Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0666 68 06 00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

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) :

nportantes**ir personne et par maladie**

doit comporter les cachets
cien traitant, les noms et les
jnée (bénéficiaire) inscrits de

doit être accompagnée de
escrivant les médicaments,
à laboratoire, ainsi que toutes

la personne malade doivent
par les praticiens eux-mêmes,

ant une maladie doivent être
ns les trois mois au plus tard
e médicale.

ser les causes, circonstances,

tes et PPM concernant les
oints aux ordonnances.

médicale ou chirurgicale, la
oit être accompagnée d'une
ée sur laquelle devront être
ctes, la ventilation des frais
s d'hospitalisation et le détail
iques.

honoriaires et ordonnances remis
it conservés par la Compagnie.

- Tout dossier retourné pour complément d'informations doit être retransmis à la Compagnie dans un délai d'un mois.
- Pli confidentiel : dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, en préciser la nature sous pli cacheté à l'attention du médecin-conseil de la Compagnie.
- L'indemnité forfaitaire couvrant les frais de grossesse et de maternité est payable sur présentation d'un extrait d'acte de naissance du nouveau né.
- Lorsque la personne bénéfice d'un premier remboursement auprès d'un régime de prévoyance, l'assuré(e) doit remettre à la Compagnie les photocopies des pièces justificatives et l'original du décompte de règlement délivré par cet organisme.
- Afin de proroger la garantie des enfants âgés de plus de 21 ans, l'assuré doit produire annuellement un certificat de scolarité correspondant à l'année d'assurance considérée.
- Dans le cas où le conjoint de l'assuré ne bénéficierait d'aucun régime de prévoyance, demander le questionnaire relatif à la prise en charge du conjoint et/ou des enfants. Ce document doit nous être retourné dûment rempli et accompagné des pièces justificatives nécessaires.
- Réclamations : toute réclamation doit être formulée au plus tard dans un délai d'un mois à compter de la date de dépôt du dossier maladie.
- Toute fausse déclaration est passible des sanctions prévues par la Loi.

l'assurances et de réassurance au capital social de 411.687.400 de DH. Entreprise régie par la loi n°17-99 portant code des assurances * siège social à Maroc*RCasablanca:22.341.CNSS:167.8541*Taxe professionnelle:355.11.249-IF:01084025-ICE:000230054000034*Tél:0522435600*Fax:0522206081

Police n°:

Adhésion n°:

Maladie Maternité Optique Traitements spéciaux **Société contractante**

Société contractante :

Cachet de la société contractante

N° de police :

N° d'adhésion :

N° d'adhésion du conjoint :

Renseignements concernant l'assuré(e)Nom : HANNOUNEPrénom(s) : MOHAMEDN° de C.I.N. : BH 150 125Date de naissance : 16/06/1979Adresse : les californie Imm 6 App 11 MondaroneVille : CASABLANCAMontant des frais engagés : 559,4DH N° GSM : 0660507688

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 : CASABLANCA, le 18/12/11

Signature de l'assuré(e)

Clause « Protection des données personnelles »

Les données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont attachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés. La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales. Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré/souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir les dites informations. L'assureur garantit notamment le respect de la loi n°09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel. Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés. L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent. Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du siège social de SAHAM Assurances, sis au 216, Boulevard Zerkouni - 20000 CASABLANCA -Tél : 0522 43 56 00 - MAROC. De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.

SAHAM Assurance, Société anonyme d'assurances et de réassurance au capital social de 411.687.400 de DH. Entreprise régie par la loi n°17-99 portant code des assurances * siège social 216, Boulevard Zerkouni-20000 Casablanca Maroc*RCasablanca:22.341.CNSS:167.8541*Taxe professionnelle:355.11.249-IF:01084025-ICE:000230054000034*Tél:0522435600*Fax:0522206081

**VOLET DÉTACHABLE**

Déclaration de maladie

N°15034359

Police n°:

Adhésion n°:

À remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : Hanneline Prénom(s) du patient : Ryan
Date de naissance : 14/09/2010 Lien de parenté avec l'assuré(e) :
Nature de la maladie : Infection
S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : /

Fait à : caza, le 17/12/2019

Détail des soins (à remplir par le Médecin)

Date des actes médicaux	Nombre d'actes	Nature et coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du médecin attestant le paiement des actes
17/12/2014	2		200 DH	
17/12/2014	1 x 2		200 DH	
		N° ICE*		N° INP*
				09111441204
		N° ICE*		N° INP*

(*) champs à remplir obligatoirement par le praticien

Analyses - Radiographies

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Devis **Nombre de séances :** **Etabli le :**

Facture **Nombre de séances :** **Etabli le :**

Cadre réservé à SAHAM Assurance

Médecin conseil	F
-----------------	---

Dr Mouna Mansouri

n 342 Boulevard Panoramique Ain Chouk
Casablanca
Telephone: 0522522892
Fax:
Site internet:

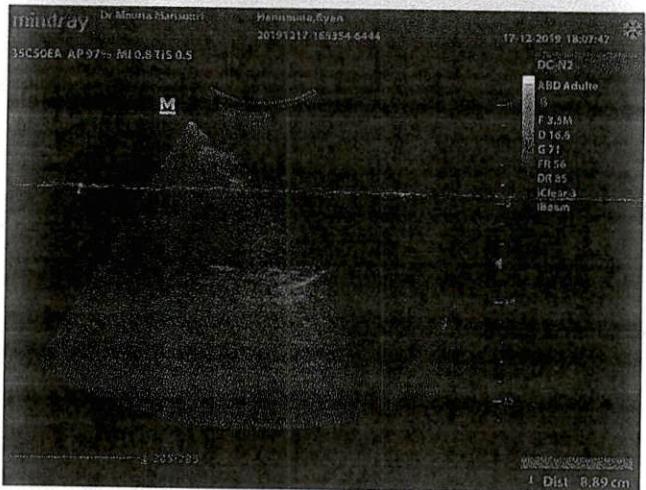
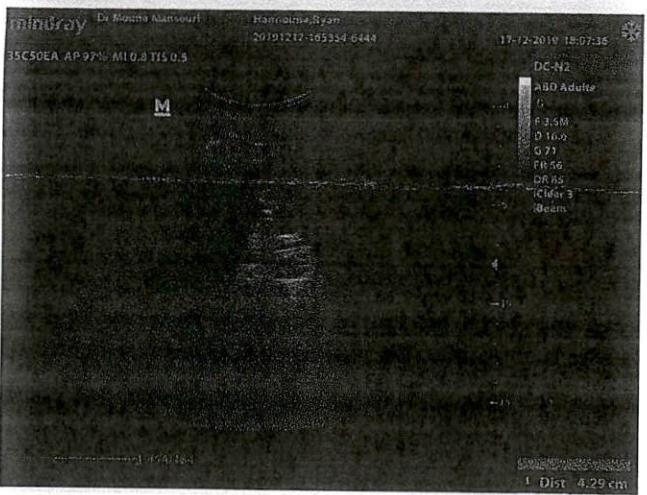
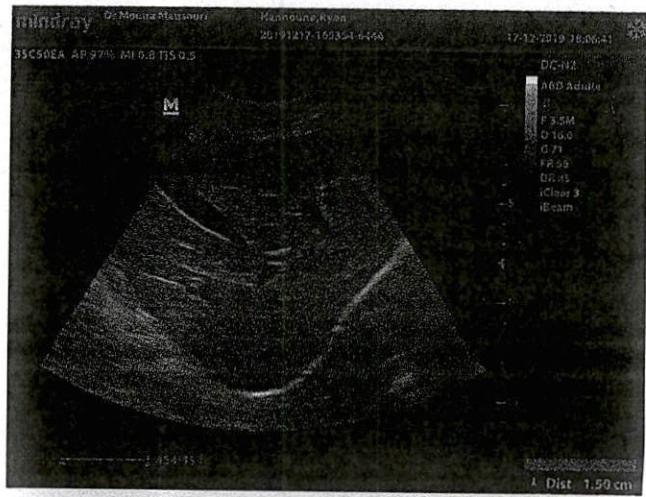
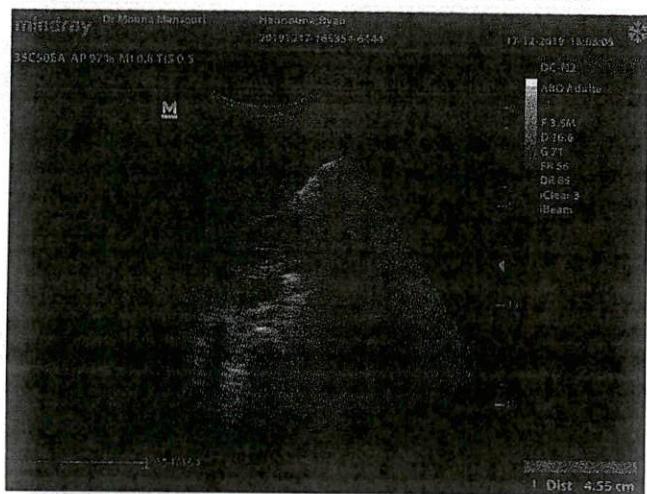


Nom:Hannoune,Ryan
ID:20191217-165354-6444
Sexe:Incon.

ABD Adulte
Date exam: 17/12/2019
Equipement utilisé: MINDRAY DC-N2

Abdomen

Image ultrason



Commentaires:

- Foie : de taille normale, de contour régulier, homogène.
- Vésicule biliaire :alithiasique, à parois fine, voies biliaires libres, TP normal.
- Pancréas, masqué par les gazs.
- Rate : de taille et d'échostructure normale.
- Rein droit et gauche : de taille normale, bonne différenciation cortico-médullaire.
- Aérocolie diffuse.

Signature:

Date sign.:

DR. MANSOURI Mouna
Radio-Gastro-Enterologue Francophone
Medical Clinique
342 Boulevard Panoramique
Tél: 05 22 52 28 92

Dr Mouna MANSOURI

Spécialiste des Maladies de l'appareil Digestif

Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Intestins, Obésité
Proctologie Médicale et Chirurgicale
(Hémorroïdes, Fissures, Fistules Anales)
Fibroscopie, Colonoscopie
Echographie Abdominale

الدكتورة منى منصوري

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي
الكبد، المعدة، المراة، الأمعاء، السمنة
أمراض وجرأة المخرج (ال بواسير)
الفحص بالمنظار الداخلي
الفحص بالصدى

Casablanca, le : الدار البيضاء في :

17 Décembre 2019

Facture N°: FC1912000509

Patient ; Enf. HANNOUNE RYAN

Echographie abdominale : 200 DH

Arreté la présente facture à la somme de Deux cent dirham.

ICE 001960530000045

Dr. MANSOURI Mouna
Hepato-Gastro-Enterologue Proctologue
Médico - Chirurgicale
342, Boulevard Panoramique
Tél.: 05 22 52 28 92

رقم 342، الطابق الأول، شارع المنظر العام، عين الشق - الدار البيضاء

N°342, Boulevard Panoramique, Aïn Chock - Casablanca

Tél. : 0522 52 28 92, E-mail : mouna.mansouri77@gmail.com

Dr Mouna MANSOURI

Spécialiste des Maladies de l'appareil Digestif

Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Intestins, Obésité
Proctologie Médicale et Chirurgicale
(Hémorroïdes, Fissures, Fistules Anales)
Fibroscopie, Colonoscopie
Echographie Abdominale

الدكتورة منى منصوري

الاختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي
الكبد، المعدة، المراة، الأمعاء، السمنة
أمراض وجراحة المخرج (البواصير)
الفحص بالمنظار الداخلي
الفحص بالصدى

Casablanca, le : الدار البيضاء في :

17 Décembre 2019

Enf. HANNOUNE RYAN

20/80
1/ TRIMEDAT

11/30. 1 c à s, 3 fois par jour, 5 jours

2/ VOGALENE SUPPO

19/70 1 sup x2/jour, 5 jours

3/ APAZIDE

2 gélules, matin et soir, 3 jours

4/ ANTI GAZ ADULTS

1 sachet oro dispersible x 2 / j , avant les repas, 5 jours

97,60
759,40
Dr. Mouna Mansouri
Hepato-Gastro-Enterologue Proctologue
Médical Chirurgical
342, Boulevard Panoramique
Tél.: 05 22 52 28 92

PHARMACIE MOUKRIM
60, Rue 30 - Mandarina Aïn Chock
Casablanca
Tél.: 05 22 52 28 92

رقم 342، الطابق الأول، شارع المنظر العام، عين الشق - الدار البيضاء

N°342, Boulevard Panoramique, Aïn Chock - Casablanca

Tél. : 0522 52 28 92, E-mail : mouna.mansouri77@gmail.com

APAZIDE

Nifuroxazide

PPV:19DH70
PER:10-22
LOT: I2225

FORMES et PRÉSENTATIONS :

Gélule à 200 mg (jaune) : Boîte de 16 gélules sous plaquette thermoformée.
Suspension buvable à 4% : flacon de 100 ml.

COMPOSITION :

Nifuroxazide (DCI)	p.gélule	p.boîte
	200 mg	3,2 g
Excipient à effet notoire : saccharose		
Nifuroxazide (DCI)	p.c. à c.	p.flacon
	220 mg	4,4 g

INDICATIONS :

Diarrhée aiguë présumée d'origine bactérienne en l'absence de suspicion de phénomènes invasifs (altération de l'état général, fièvre, signes toxico-infectieux...).
Le traitement ne dispense pas de mesure diététique et d'une réhydratation si elle est nécessaire.
L'importance de la réhydratation et sa voie d'administration (PER OS ou IV) doivent être adaptées en fonction de l'intensité de la diarrhée, de l'âge et des particularités du patient (maladies associées...).

POSOLOGIE et MODE D'EMPLOI :

Voie orale.

Gélule :

Réservez à l'adulte et à l'enfant à partir de 6 ans.

Adulte : 4 gélules (800 mg) par jour en 2 à 4 prises.

Enfant à partir de 6 ans : 3 à 4 gélules (600 à 800 mg) par jour en 2 à 4 prises.

La durée du traitement est limitée à 7 jours.

Suspension buvable :

Enfant de plus de 2 ans : 660 mg par jour, soit 3 cuillères à café par jour en 3 prises.

Le traitement ne doit pas excéder 7 jours.

CONTRE-INDICATIONS :

- Tout antécédent de réaction allergique aux dérivés du nitrofurane ou à l'un des autres constituants
- Prématuré, nouveau-né (0 à 1 mois) et nourrisson de moins de 2 ans.

MISES EN GARDE et PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Mises en garde :

- En cas de diarrhée infectieuse avec des manifestations cliniques suggérant un phénomène invasif, une antibiothérapie par voie générale doit être envisagée.
- La prise de la gélule est contre-indiquée chez l'enfant avant 6 ans, car elle peut entraîner une fausse-route.
- La réhydratation peut être l'élément essentiel du traitement des diarrhées aigües de l'enfant. Elle devra être systématiquement envisagée.

Précautions d'emploi :

Devant une diarrhée chez l'enfant, il convient d'envisager l'éventualité d'un déficit congénital de saccharose, avant de prescrire un médicament contenant du saccharose.

TABLEAU C (LISTE II)



bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sébaïa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

LOT : 190574
PER : 03-22
PPV : 11.30 DH

VOGALENE® 5 mg, suppositoire
METOPIMAZINE

lisez cette notice avant de prendre ce médicament.

Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'information 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 du médicament :

Metopimazine	0,005 g
Glycérides hémisynthétiques solides	1,960 g
Pour un suppositoire de 2g	

Liste des excipients à effet notable : Sans objet.

Classe pharmaco-thérapeutique ou le type d'activité :

Ce médicament est un anti-nauséeux et un antinauséeux.

Indications thérapeutiques :

Ce médicament est indiqué dans le traitement symptomatique des nausées et des vomissements.

Posologie :

La posologie est à adapter en fonction de l'horaire et de l'intensité des troubles avec la possibilité de réitérer jusqu'à trois fois par jour l'administration. Cesser le traitement dès disparition des symptômes.

Adultes :

15 à 30 mg/jour
Soit 3 à 6 suppositoires par jour, répartis en 3 prises.

Enfants de 6 à 12 ans :

7,5 à 15 mg/jour répartis en 3 prises ; pour obtenir une posologie inférieure à 15 mg par jour, utiliser la forme « VOGALENE 0,40% Gouttes », pour plus de précisions, se référer à la posologie et au mode d'administration de cette forme.

Enfants (de moins de 6 ans) :

La forme « VOGALENE suppositoire » n'est pas adaptée à cette tranche d'âge. Utiliser la forme « VOGALENE 0,40% Gouttes » ; pour plus de précisions, se référer à la posologie et au mode d'administration de cette forme.

Mode d'administration :

Voir rectale.

Dans tous les cas se conformer à l'ordonnance de votre médecin.

Contre-indications :

N'utilisez jamais VOGALENE 5 mg, suppositoire dans les cas suivants :

- glaucome,
- troubles urétraprotastiques,
- hypersensibilité à la métopimazine ou à l'un des excipients du produit.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Effets indésirables :

Comme tous les médicaments, VOGALENE 5 mg, suppositoire est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet :

- somnolence,
- des contractures musculaires, pouvant entraîner des difficultés à effectuer certains mouvements (marche, écriture, parole...), ou des mouvements anormaux,
- malaises à type d'hypotension, lors du changement de position (allongé/debout) observés en particulier avec la forme injectable,
- sécheresse de la bouche,
- constipation,
- troubles de l'accommodation visuelle,
- Rétention urinaire,
- impulsivité, frigidité,
- arrêt des règles; écoulement abnormal de lait, développement des seins chez l'homme, excès de prolactine (hormone provoquant la lactation);
- éruption de boutons, rougeur de la peau.

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi :
Faite attention avec VOGALENE 5 mg, suppositoire :

Précautions d'emploi

La prise de boissons alcoolisées pendant le traitement est déconseillée.

Chez le sujet âgé, l'insuffisance hépatique et/ou rénal, une somnolence, des vertiges peuvent témoigner d'un surdosage.
EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.
NE JAMAIS LAISSER A LA PORTEE ET LA VUE DES ENFANTS.

Interactions :

Prise ou utilisation d'autres médicaments

Veuillez indiquer à votre médecin ou à votre pharmacien si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, notamment des médicaments dopaminergiques (utilisés notamment dans le traitement des symptômes de la maladie de parkinson), ou même de l'alcool en raison de la majoration de l'effet sédatif de leur association, ou tout autre médicament même s'il s'agit d'un médicament obtenu sans ordonnance.

Utilisations en cas de grossesse et d'allaitement

Ce médicament doit être utilisé avec prudence chez la femme enceinte ou qui allait. D'une façon générale, il convient de demander conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

Les effets possibles du traitement sur la capacité à conduire un véhicule ou à utiliser certaines machines.

L'attention des patients est attirée, notamment chez les conducteurs de véhicules et les utilisateurs de machine, sur le risque de somnolence.

Symptômes et conduite à tenir en cas de surdosage

Si vous avez utilisé plus de VOGALENE 5 mg, suppositoire que vous n'auriez dû :
Consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

Conduite à tenir en cas d'omission d'une ou plusieurs doses

Si vous oubliez de prendre VOGALENE 5 mg, suppositoire :
Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre.

Mention, si nécessaire, d'un risque de syndrome de sevrage

Sans objet.

Si nécessaire, mises en garde contre certains signes visibles de détérioration

Les médicaments ne doivent pas être jetés au tout à l'égoût ou avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien ce qu'il faut faire des médicaments inutilisés. Ces mesures permettront de protéger l'environnement.

Conditions de prescription et de délivrance

Liste II (Tableau C).

Précaution particulières de conservation

A conserver à l'abri de la chaleur.

- Tenir hors de la portée des enfants

- Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur la boîte
- La dernière date à laquelle cette notice a été révisée est le : 10/2016

CECI EST UN MÉDICAMENT.

UN MÉDICAMENT N'EST PAS UN PRODUIT COMME LES AUTRES.

Il vous concerne, vous et votre santé.

Le médicament est un produit actif.

Une longue recherche a permis de découvrir son activité, mais son absorption n'est pas toujours sans danger.

Il ne faut jamais abuser des médicaments.

Il ne faut utiliser les médicaments qu'à bon escient.

Utiliser les médicaments prescrits comme vous le conseille votre médecin.

Il sait quels sont les médicaments dont vous avez besoin.

Exécutez exactement les prescriptions de son ordonnance : suivez le traitement prescrit, ne l'interrompez pas,

ne le reprenez pas de votre propre initiative.

VOTRE PHARMACIEN CONNAIT LES MÉDICAMENTS : suivez ses conseils.

Il ne s'agit pas pour vous de prendre des médicaments en quantité importante.

Il s'agit pour vous de prendre les médicaments dont vous avez besoin.

Fabriqué par



41, rue Med Diouri 20110 - CASABLANCA

Anti Gas® ADULTS

Oral Granules

20 single-use sachets

Relieves the gastrointestinal

✓ Pressure ✓ Bloating ✓ Discomfort

18 14 1021
LOT
NEWPHARMA 97 P.C.
80

18-01-14
10-2021

INDICATIONS

Anti Gas® Adults is a medical device that relieves in a natural way the abdominal pain caused by flatulence. The movement of trapped air along the gastrointestinal track is a common cause of abdominal pain. Cases like this are presented either during simple processes such as air swallowing and natural treatment of certain food in the stomach and small intestine (eg. food with fiber) or by consuming carbonated, digestive drinks such as refreshments. Thus, a foam is created and accumulated (a condition called flatulence) in the narrow intestinal tract and its movement causes bloating, pain and discomfort.

Anti Gas® Adults contains simethicone, an antifoaming ingredient that disrupts the surface of the foam, releasing the trapped air and naturally relieving the user from bloating, abdominal pain and discomfort due to flatulence. It treats the feeling of contentment as well as the premature sense of satiety. It can be used supplementary for the preparation of the intestinal tract for diagnostic tests (eg. endoscopy, X-rays and ultrasound).

Anti Gas® Adults does not contain sugars, salt and gluten and has a pleasant flavor of mint. It is suitable for diabetics and children over six years old.

Each sachet contains: 125 mg Simethicone
Excipients: Isomalt, Talc, Aroma, Maltodextrin



INSTRUCTIONS

Consume without water.

- Place the content of 1 sachet / stick in the back of the tongue and allow it to dissolve.
- The use by children should be supervised by an adult.
- Use after meals and before bedtime.

DOSAGE

Children (over 6 years old) & Adults: 1-4 sachets/sticks per day.

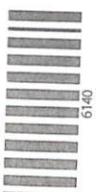
Infants and children (till 6 years old): Anti Gas® Adults should not be used on children under 6 years old. For treating abdominal discomfort at these ages try Anti Gas® Oral Solution Drops, a solution in drops easily mixable with liquid preparations, suitable for infants.

PRECAUTIONS

- Store in a cool (<25°C) and dry place, keep out of children's reach.
- Do not use on children under 6 years old.
- Do not use in case of sensitivity to any of the ingredients.
- Absorption of levothyroxine may be decreased if Anti Gas® is given concurrently to individuals treated for thyroid disorders.
- Do not exceed the recommended dosage.
- The product is contained in single-use sachets/sticks. Any granule quantity remaining after opening must be disposed.

PACKAGING

Anti Gas® Adults 20 sachets of 1.25 g



IOULIA AND IRENE TSETI Pharmaceutical Laboratories S.A., «INTERMED S.A.»
27 Kalyftaki str, 145 64 Kifissia- GREECE, Tel.: +30 210-62.53.905, Fax: +30 210-62.53.906,
e-mail: intermed@intermed.com.gr, www.intermed.com.gr





SAHAM
Assurance

member of Sanlam group

DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE

Police N°	: 0600996465	Contractante	: Ste D'Etude Et Realisat Mecan
Assuré	: Mohamed Hannoune	Date de réception de la déclaration	: 27/12/2019
N° Adhésion	: 5	Date de validation	: 31/12/2019
Personne soignée	: Rayane Hannoune	Date de survenance	: 17/12/2019
Sinistre N°	: 4750110	Déclaration N°	: 15034359A
Bordereau N°	: 730364	Médecin Traitant	: MANSOURI MOUNA

Nature de soins	Frais engagés	Coefficient	Valeur	Base de remboursement (a)	Frais remboursés par le premier assureur	Taux de remboursement (b)	Frais remboursés (c) = (a)*(b)
CONSULTATION / SPECIALISTE	200.00	NA	NA	200.00	NA	80.00 %	160.00
MEDICAMENTS	159.40	NA	NA	61.80	NA	80.00 %	49.44
RADIOGRAPHIE	200.00	NA	NA	200.00	NA	80.00 %	160.00
Totaux	559.40			461.80			369.44

Détail explicatif des soins non remboursés

Nature du soin non remboursé	Montant du soin non remboursé	Motif du non remboursement
ANTI GAS	97.60	Produits non remboursables
Totaux	97.60	

Nom du gestionnaire : BEZOUI AYMEN

Date de l'édition : 31/12/2019

- a) Si la nature du soin correspond à une prestation avec une valeur clé (dentaire, analyses, etc.), la base de remboursement est le produit du coefficient de remboursement par la valeur clé.
 Si la nature du soin ne correspond pas à une prestation avec valeur clé, la base de remboursement est issue de la Nomenclature générale des actes professionnels marocaine.
- b) Le taux de remboursement est le taux de couverture garanti défini pour chaque prestation dans le contrat.
 c) Les frais remboursés ne peuvent pas dépasser le solde restant du plafond général ou le solde restant du plafond de la prestation.