

## 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.

### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit 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.

Nº W19-519512

ND. 32505

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1608	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AZZOUZI - ELIDRISSI My TAHAR			
Date de naissance : 1950			
Adresse : Rue Ahmed Kadmiri Res Nadia Im D Apt 13 Casablanca			
Tél. : 0663082895	Total des frais engagés : 1753,42 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	11/05/2020
Nom et prénom du malade :	Mr. AZZOUZI ELIDRISSI MY TAHAR 1950
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	TR Dpshf
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 : 05/05/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 11/05/2020



#### **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
11.05.20	CS7 Echos		700,-	INP : 091128231

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ROUTE D'EL JADID 19, Bd Ibrahim Roudan 522 99 57 46	11/05/2020	ROUTE D'EL JADID, 240, 5a Bish, n° Zoudan Tél: 05 22 99 57 46 1053,45

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

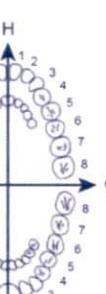
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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 l'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### [Création, remont, adjonction]

The diagram shows a 7x7 grid of circles arranged in a diamond shape. The grid is centered at the origin (0,0). The circles are labeled with letters A through G and numbers 1 through 7. The labels are as follows:

- Row 1:** H (top), 1 (top-left), 2 (top-right), 1 (top-right), 2 (top-right), 3 (top-right), 4 (top-right), 5 (top-right), 6 (top-right), 7 (top-right).
- Row 2:** 4 (left), 3 (left), 5 (left), 6 (left), 7 (left), 8 (left), 8 (left), 7 (left), 6 (left), 5 (left).
- Row 3:** 3 (bottom-left), 4 (bottom-left), 5 (bottom-left), 6 (bottom-left), 7 (bottom-left), 8 (bottom-left), 8 (bottom-left), 7 (bottom-left), 6 (bottom-left), 5 (bottom-left).
- Row 4:** 2 (bottom), 1 (bottom), 2 (bottom), 1 (bottom), 2 (bottom), 3 (bottom), 4 (bottom), 5 (bottom), 6 (bottom), 7 (bottom).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le 11 - 05 - 2006

SERVICE RECEPTION ET APOTHEQUE  
HÔPITAL PRIVE DE CASABLANCA  
AIN SEBAâ  
279, Bd. Chefchaouen, Casablanca  
INPE : 090053272

M. Azzouzi. EL IDRISSI  
MDY TMCAR

Hépanat  
200ml

68,60



ROUTE D'EL JADID,  
240, Bd Yassine N° 2, Casablanca  
Tél: 05 22 95 52 46

Pilax  
1 Càs X3h

84,00



Megasfon 160  
1g x 8li

8,30



Euzol 20  
1P de tin

144,50



T3 = 1  
1P li

PD 2 mois

290,00

YASSINE ABDELMOURHIT  
spécialiste de l'appareil digestif  
S. Yassine N° 2, Casablanca  
Tél: 05 22 95 52 46



ROUTE 5 SI LADIDA  
240, 250 H - Rudanai  
Tels: 05 22 99 57 46

CHARWICK  
COLLEGE  
LIBRARY  
HABIB  
Rougarou

ROUTE DE LA  
240, 8<sup>e</sup> Tel. n° 123 Ibrahim HABID,  
Télé. n° 123 00 00 Roudar

Casablanca, le 11 - 05 - 2022

M. AZZOUI El IDRISI  
M. Y. TAHAR

- Foie très sain et fonctionnel.
- La vésicule biliaire est sans particularité (calithiasique, paroi fine).
- L'UDG et le VL sont normaux.
- Les OS digestifs sont normaux.
- Le pancréas et le Rete sont normaux.
- Métabolisme des lipides abondant.

Dr. YASSINE ABDERRAHMANE  
Spécialiste de l'appareil Digestif  
rés. Yassine N° 2 Hay Houbaray  
Bennoussi - Tel. : 05 22 76 72 22



# Euzol®

Esoméprazole

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, demander plus d'informations à votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- 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 votre pharmacien.

## Que contient cette notice ?

- Qu'est-ce qu'EUZOL®, microgranules gastro-résistants en gélule et dans quels cas est-il utilisé ?
- Quelles sont les informations à connaître avant de prendre EUZOL®, microgranules gastro-résistants en gélule ?
- Comment prendre EUZOL®, microgranules gastro-résistants en gélule ?
- Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- Comment conserver EUZOL®, microgranules gastro-résistants en gélule ?
- Informations supplémentaires

## 1. QU'EST-CE QU'EUZOL®, microgranules gastro-résistants en gélule ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

### Classe pharmacothérapeutique

EUZOL® contient une substance appelée esoméprazole. C'est un médicament de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac. EUZOL® en gélule est utilisé chez l'adulte dans le traitement des maladies suivantes :

### EUZOL® 20 mg, microgranules gastro-résistants en gélule

- Le reflux gastro-œsophagien (RGO) lorsque l'acide de l'estomac remonte au niveau de l'œsophage (le tube qui relie votre gorge à votre estomac) et entraîne une douleur, une inflammation et des brûlures,
- L'ulcère de l'estomac ou du duodénum (intestin grêle) en cas d'infection par une bactérie

• Si vous avez des problèmes hépatiques sévères.

- Si vous avez des problèmes rén
- Si vous avez déjà eu une réa similaire à EUZOL® réduisant l'ac
- Si vous devez faire un examen

### EUZOL® peut masquer des EUZOL® vous devez informer

- Vous perdez du poids sans raiso
  - Vous avez des douleurs à l'estom
  - Vous vomissez de la nourriture
  - Si vous avez des selles noires te
- En cas de prescription d'un traiteme de contactez votre médecin si
- La prise d'un inhibiteur de la pompe à proton peut entraîner une période supérieure à un an (hanche, du poignet ou des doigts) ou si vous présentez des symptômes d'ostéoporose ou si vous prenez des médicaments contre l'ostéoporose).

Si vous développez une éruption cutanée (comme une éruption solaire), consultez votre médecin. N'oubliez pas que certains effets indésirables, comme une douleur au niveau de l'estomac, peuvent également être causés par d'autres médicaments.

### Autres médicaments et EUZOL®

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez d'autres médicaments. EUZOL® peut interagir avec certains d'entre eux.

- Vous ne devez pas prendre EUZOL® si vous prenez certains médicaments suivants :
- Nelfinavir (utilisé dans le traitement du VIH)
  - Atazanavir (utilisé dans le traitement de l'infection par le VIH)
  - Clopidogrel (utilisé pour prévenir la formation de caillots dans le sang)

médicament

vous prenez

besoins, vous

particulier sur  
fracture de la  
vous souffrez  
nter le risque

es exposées au  
ne arrêter votre  
ut autre effet

en gélule  
ors ou pourriez  
ns ordonnance.  
roiquement.

par l'un de ces effets, vous ne devez pas prendre EUZOL®.

**EUZOL®, microgranules gastro-résistants**  
Son utilisation est déconseillée chez les patients porteurs d'une maladie héréditaire rare (maladie des sucreurs). Si votre médecin vous prescrit EUZOL®, contactez-le avant de prendre ce médicament.

## 3. COMMENT PRENDRE EUZOL®, microgranules gastro-résistants en gélule

Prenez toujours ce médicament exactement comme votre pharmacien vous l'a dit. Demandez à votre pharmacien si besoin.

- Si vous prenez ce médicament depuis longtemps, il est recommandé que votre médecin sera amené à vous surveiller.
- Si votre médecin vous a dit de prendre ce médicament, il est recommandé que vous devez l'informer si les symptômes persistent ou s'aggravent.

### Posologie

Votre médecin vous dira le nombre de gélules à prendre et la dose à prendre. La posologie dépendra de votre état de santé, de votre âge et de la durée de traitement. Les doses recommandées sont mentionnées ci-dessous.

### Utilisation chez les adultes âgés de 18 ans et plus

#### Traitement des symptômes du reflux gastro-œsophagien (brûlures et remontées acides)

- Si votre médecin diagnostique une infection par le VIH, la dose recommandée est de 40 mg d'EUZOL® une fois par jour pendant au moins 4 semaines. Un traitement supplémentaire de 4 semaines peut être nécessaire pour la guérison complète.

La dose recommandée après cicatrisation de l'œsophage est d'environ 20 mg une fois par jour.

- Si votre œsophage ne présente pas d'inflammation, la dose recommandée est de 20 mg une fois par jour. Un traitement supplémentaire de 4 semaines peut être nécessaire pour la guérison complète.

Si vous avez de graves problèmes hépatiques, la dose recommandée est d'environ une dose plus faible.

**TITANOREINE®**  
A LA LIDOCAINE 2%, Crème en tube de 20 g  
Carraghénates/Lidocaïne/Oxyde de zinc/Dioxyde de titane

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 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:**

**Principes actifs :**

Carraghénates .....	2,50 g
Dioxyde de titane .....	2,00 g
Oxyde de zinc .....	2,00 g
Lidocaïne .....	2,00 g
Excipients .....	q.s.p 100 g

**Excipients :** Palmitostéarate de macrogol, glycérides polyglycolysés saturés, diméticone, cellulose microcristalline propylène glycol, parahydroxybenzoate de méthyle (E 219), parahydroxybenzoate de propyle (E217), sorbate de potassium, eau purifiée.

**Excipients à effet notable :** parahydroxybenzoate de méthyle, parahydroxybenzoate de propyle propylène glycol.

**Classe pharmaco-thérapeutique :**

TOPIQUE EN PROCTOLOGIE

(C : Système cardio-vasculaire)

**Indications thérapeutiques :**

Traitements locaux des symptômes (prurit, douleurs) liés à la crise hémorroïdaire.

**Posologie :**

1 à plusieurs applications par jour.

**Mode et/ou voie(s) d'administration**

Voie rectale.

**Durée du traitement**

La durée du traitement ne doit pas excéder 7 jours.

**Contre-indications :**

N'utilisez jamais TITANOREINE A LA LIDOCAINE 2 POUR CENT, crème en cas d'antécédent d'allergie à la lidocaïne ou à l'un des autres composants de ce médicament (voir composition).

**Effets indésirables :**

**Description des effets indésirables :**

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

- Les effets suivants peuvent survenir :

- Réactions au niveau du site d'application, telles que :

brûlures, rougeurs, irritations, douleurs, démangeaisons, éruptions

- Réactions d'hypersensibilité

# TITANOREINE®

Suppositoires — Boîte de 12

Carraghénates • Oxyde de Zinc/Dioxyde de Titane

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 DU MÉDICAMENT :

Carraghénates .....	0,30 g
Oxyde de zinc .....	0,40 g
Dioxyde de titane .....	0,20 g

Excipients : Talc, Glycerid

LOT : 191953  
PER : 12-22  
PPV : 19.30DH

..... q.s.p. un suppositoire

thérapeutique des hémorroïdes

marine et de topiques

## TYPE D'ACTIVITÉS

TITANOREINE est une p...  
et de leurs complications.

Son action est due à l'ass...  
muco-protecteurs.

Le pouvoir couvrant du mucilage permet un meilleur contact des autres composants sur la muqueuse ano-rectale. De ce fait, TITANOREINE facilite l'évacuation des selles, réduit l'inflammation et la douleur.

## INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

- Hémorroïdes et leurs complications inflammatoires et douloureuses ; procidence hémarroïdaire, anite congestive, papillite, fissure anale, hémorroïdes internes.
- Soins post-opératoires après les interventions ano-rectales.

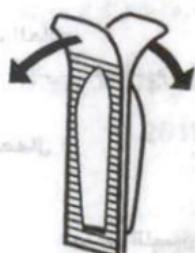
## POSOLOGIE

Se conformer à la prescription médicale.

Habituellement 1 à 2 suppositoires par jour, de préférence après une selle.

## Mode et /ou voie d'administration

Votre rectale



Tirez sur  
les languettes

# Megasfon®

Phloroglucinol, Triméthylphloroglucinol

MEGASFON® 80 mg, comprimés orodispersibles

MEGASFON® 160 mg, comprimés orodispersibles

MEGASFON® 150 mg / 150 mg, suppositoires

#### Veuillez lire attentivement cette n° contient des informations importa

Ce médicament peut être utilisé en auto  
consultation ni prescription d'un médecin.  
Si les symptômes persistent, s'ils s'aggra  
apparaissent, demandez l'avis de votre p  
Cette notice est faite pour vous aider à bi  
pourriez avoir besoin de la relire.

Si votre médecin vous a informé(e) d'une  
avant de prendre ce médicament.

NE LAISSEZ PAS CE MEDICAMENT A LA POR

#### PRÉSENTATION

MEGASFON® 80 mg et 160 mg, comprimés orodispersibles boîte de 10 et 20.

MEGASFON® 150 mg / 150 mg, suppositoires, boîte de 8.

#### COMPOSITION

Substance actives : Phloroglucinol, Triméthylphloroglucinol

MEGASFON® 80 mg contient 80 mg de Phloroglucinol hydraté par comprimé  
orodispersible

MEGASFON® 160 mg contient 160 mg de Phloroglucinol hydraté par comprimé  
orodispersible

MEGASFON® suppositoires contiennent 150 mg de Phloroglucinol hydraté et 150 mg de  
Triméthylphloroglucinol par suppositoire.

Excipients : qsp 1 comprimé orodispersible ou 1 suppositoire.

#### CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE

LOT : 6684  
U.T.AV : 11-21  
P.P.V : 58 DH 30

ser ce médicament. Elle  
aîtement.  
lire utilisé sans  
aux symptômes  
tre médecin.  
ament. Gardez là, vous  
ns sucre, contactez-le

#### INTERACTIONS AVEC LES PRODUITS DE PHYTOTHERAPIE OU THERAPIES ALTERNATIVES

Sans objet.

#### GROSSESSE ET ALLAITEMENT

##### Grossesse

Si vous êtes une femme enceinte, vous devez demander l'avis de votre médecin ou de  
votre pharmacien avant de prendre ce médicament. L'utilisation de MEGASFON® ne  
doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire.

##### Allaitement

L'utilisation de MEGASFON® est déconseillée chez la femme qui allaite.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout  
médicament.

#### SPORTIFS

Sans objet.

#### EFFETS SUR L'APTITUDE A CONDUIRE DES VÉHICULES OU A UTILISER DES MACHINES

Sans objet.

#### LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

MEGASFON® comprimés orodispersibles : Lactose, aspartam.

#### POSOLOGIE, MODE ET/OU VOIE(S) D'ADMINISTRATION

##### Posologie

MEGASFON® 80 mg comprimés orodispersibles :

Chez l'adulte, la posologie usuelle est de 2 comprimés orodispersibles par jour, à  
prendre au moment de la crise, à renouveler en cas de spasmes importants.

Chez l'enfant, 1 comprimé orodispersible 2 fois par jour.

MEGASFON® 160 mg comprimés orodispersibles, est RESERVE A L'ADULTE.

Prenez 1 comprimé orodispersible, au moment de la crise. Renouvez en cas de  
spasmes importants en respectant un intervalle minimum de 2 heures entre chaque  
prise sans dépasser 3 comprimés de MEGASFON® 160 mg par jour.

MEGASFON® suppositoires : 3 suppositoires par 24 heures.

#### Mode et voies d'administration, Fréquence d'administration

MEGASFON® comprimés orodispersibles : Voie orale.

Chez l'adulte, le comprimé est à dissoudre dans un verre d'eau ou le laisser fondre  
sous la langue pour obtenir un effet rapide.

Chez l'enfant, le comprimé est à dissoudre dans un verre d'eau.

MEGASFON® suppositoires : Voie rectale.



**Solution buvable**  
Voie orale

# ISILAX®

SOLUTION BUVABLE

Lot:  
IPC: 84,00 DH  
à consommer de  
préférence avant le:  
12/2023  
190779

## FORME ET PRÉSENTATION :

Solution buvable : flacon de 200 ml.

## COMPOSITION :

Mannitol (Fraxinus ornus), Jus concentré de Prune, Jus concentré déminéralisée, conservateur: sorbate de potassium.

## PROPRIÉTÉS :

ISILAX® est un laxatif doux grâce à l'association synergique de :

- Mannitol et sorbitol qui augmentent le volume du contenu colique stimulant le transit digestif.
- Jus concentré de kiwi et pectine de pomme riches en fibres alimentaires ramollissent les selles et facilitent leur évacuation.
- Inuline, prébiotique qui favorise la croissance des bifidobactéries indispensables pour l'équilibre de la flore intestinale et la régulation du transit.

## INDICATIONS :

pectine de pomme, eau

e intestinal et accélérant

propriétés hydrophiles qui

l'équilibre de la flore

# HEPANAT®

l'herbe

## Composition par comprimé de 400 mg :

Rhamnus purshiana écorce 85,4 mg. Jus d'aloë ferox 64 mg. Foeniculum vulgare graines 53,4 mg. Cassia angustifolia feuilles 42,7 mg. Glycyrrhiza glabra racine 16 mg. Gentiana lutea racine 16 mg. Taraxacum officinale racine 10,7 mg. Rhamnus alpinus écorce 10,7 mg. Rheum palmatum racine 10,7 mg. Marrubium vulgare sommités fleuries 10,7 mg. Maltodextrine ; agent de charge : Cellulose microcristalline ; antiagglomérants : sels de magnésium d'acides gras, dioxyde de silicium; agents de revêtement : Hydroxypropylméthylcellulose, acides gras, cellulose microcristalline.

## Propriétés :

Confort digestif et intestinal

## Conseils d'utilisation :

2 à 4 comprimés par jour

## Précautions d'emploi :

- Ne pas dépasser la dose journalière recommandée
- Ne pas utiliser pendant la grossesse



## Présentations :

- Boîte de 20 comprimés
- Boîte de 40 comprimés

Tenir hors de la portée des enfants

Conserver le produit dans un endroit sec à l'abri de la lumière et de l'humidité

Les compléments alimentaires ne doivent pas être utilisés comme substituts d'un régime alimentaire varié.

COMPLÉMENT ALIMENTAIRE, CE N'EST PAS UN MÉDICAMENT

Produit Fabriqué par ESI srl

Via delle Industrie 1 Albissola Marina (SV) ITALY

[www.esi.it](http://www.esi.it)

Importé et Distribué par ESNAPHARM - 7, Rue Abdelmajid Benjelloun  
Maârif extension - Casablanca

SYSTEME DE GESTION QUALITE  
CERTIFIÉ ISO 9001:2015  
PAR CERTIQUALITY

**Probiotiques  
Complément alimentaire**

30 gélules

270,00 DH  
PPC

i3.1

FAVORISE L'ÉQUILIBRE  
DE LA FLORE INTESTINALE



Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament



**AB-BIOTICS**

vids net : 13,07 g

# HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA



090063272

**Facture N° 06903/20**

CASABLANCA Le : 11-05-2020

**A. Identification**

N° Dossier : HPC20E11133618

N° Identifiant : 020532/20

Nom &amp; M. AZZOUZI-EL-IDRISSI MOULAY

Prénom : TAHER

C.I.N : B602893

Adresse : RES NADIA IMM D ETG ETG 3 APT 13 RUE AHMED KADMIRI

**C. Débiteur**

page 1/1

Organisme : Payant

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

**D. Période d'Hospitalisation**

Date Entrée : 11-05-2020

Date Sortie : 11-05-2020

**B. Assuré**

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom : AZZOUZI-EL-IDRISSI MOULAY TAHER

Médecin traitant : DR . SEMMAR ABDELMOURHITE

Traitement :

Qté@ PRESTATIONS	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
1 CONSULTATION			300,00			300,00
1 ECHO DOPPLERR			400,00			400,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						<b>Total Rubrique :</b>
						<b>700,00</b>
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						<b>700,00</b>
Arrêté la présente facture à la somme de :						0,00
SEPT CENTS DIRHAMS						<b>TOTAL GENERAL</b>
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :						<b>700,00</b>

**Cachet et Signature**

SERVICE RECEPTION DE  
 HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA  
 AIN SEBAA  
 INPE : 090063272  
 279, Bd. Chefchaouen