

## 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

M22- 0038303

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 344 Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : NFER Faïda

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 06 73 473361 Total des frais engagés : 145 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : W. S. D. Age: .....

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Soins Dentaires

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....

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 : Casablanca Le : 12 / 11 / 2014

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



### RELEVÉ 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

21-12-23

145,20

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

### RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

#### SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

pulpeux  
repose

2 pulpeux D18

12 Capote D10

COEFFICIENT DES TRAVAUX

221

MONTANTS DES SOINS

600,00

DEBUT D'EXECUTION

02/12/23

FIN D'EXECUTION

26/12/23

#### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

(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



Le

05/02/2015

NSER

STIDA

102,00

10/

Zamox

1g

(ST)

75

187

2x1

pl+

4

36,20

10/

Meloxam

1,5g

75

1g

2x1

pl+

4

145,20

Dr TAHIR HASSANI Badr  
 Chirurgien Dentiste  
 Lotissement El Wahda N° 40, 1er étage  
 Deroua - Tel/Fax : 05 22 53 22 32

صيدلية الوفاء  
 Pharmacie AL WAFAE  
 Dr. Mohamed Ouedrhiri  
 N° 152, Coopération Al wafae - Deroua  
 Casablanca - Tel.: 05 22 53 22 32



**ZAMOX**  
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1 g/125 mg,

Poudre pour suspension  
buvable en sachet

Boîte de 12,14,16,21 et 24 sachets

**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, 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 remarquez un effet indésirable non mentionné dans la notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

#### FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATION

Poudre pour suspension buvable, boîte de 12,14,16,21 et 24 sachets.

#### COMPOSITION :

**Principes actifs :**  
Amoxicilline trihydratée, quantité correspondante à 1 g  
Clavulanate de potassium, quantité correspondante à 125 mg

**Excipients :** q.s.p un sachet

#### CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

ZAMOX est un antibiotique qui tue les bactéries responsables des infections. Il contient deux molécules appelées amoxicilline et acide clavulanique. L'association appartient à un groupe de médicaments appelés « pénicillines » qui peuvent parfois arrêter d'être efficaces (être l'autre constituant actif (l'acide clavulanique) en inactivation).

#### INDICATIONS :

ZAMOX est utilisé chez l'adulte et chez l'enfant pour traiter les infections suivantes :

- infections de l'oreille moyenne et des sinus,
- infections des voies respiratoires,
- infections des voies urinaires,
- infections de la peau et des tissus mous, incluant les infections dentaires,
- infections des os et des articulations.

#### CONTRE-INDICATIONS :

Ne prenez jamais ZAMOX 1 g/125 mg, poudre pour suspension buvable en sachet :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à l'amoxicilline, à l'acide clavulanique, à la pénicilline ou à l'un des autres composants contenus dans ZAMOX.
- Si vous avez déjà présenté une réaction allergique grave (hypersensibilité) à un autre antibiotique. Ceci peut inclure une éruption cutanée ou un gonflement du visage ou du cou.
- Si vous avez déjà eu des problèmes au foie ou développé un icteré (jaunissement de la peau) lors de la prise d'un antibiotique.

**Ne prenez pas ZAMOX si vous êtes dans l'une des situations mentionnées ci-dessus.**

En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre ZAMOX.

#### MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Faites attention avec ZAMOX 1 g/125 mg, poudre pour suspension buvable en sachet :

Demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre ce médicament si vous :

- souffrez de mononucléose infectieuse,
- êtes traité(e) pour des problèmes au foie ou aux reins,
- n'urinez pas régulièrement.

En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre ZAMOX.

Dans certains cas, votre médecin pourra rechercher le type de bactérie responsable de l'infection.

Selon les résultats, il pourra vous prescrire un dosage différent de ZAMOX ou un autre médicament.

#### Réactions nécessitant une attention particulière

ZAMOX peut aggraver certaines maladies ou engendrer des effets secondaires graves, notamment des réactions allergiques, des convulsions et une inflammation du gros intestin. Lorsque vous prenez ZAMOX, vous devez surveiller certains symptômes afin de réduire les risques. Voir « Réactions nécessitant une attention particulière dans les effets non souhaités et gênants ».

#### Tests sanguins et urinaux

Si vous effectuez des analyses de sang (nombre de globules

rouges ou explorations fonctionnelles hépatiques) ou des analyses d'urine (dosage du glucose), vous devez informer le médecin ou l'infirmière (ier) que vous prenez ZAMOX. En effet, ZAMOX peut influencer sur les résultats de ces types de tests.

**Liste des excipients à effet notoire :** Saccharose, Potassium, Sodium

**Informations importantes concernant certains composants de ZAMOX 1 g/125 mg, poudre pour suspension buvable en sachet :**

- L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au fructose, un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou un déficit en sucralose/maltase (maladies héréditaires rares).

- Ce médicament contient du potassium. À prendre en compte chez les patients sous traitement par diurétiques ou chez les patients

**ZAMOX\* 14 Adulte**

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

1g / 125 mg



PPV: 109DH00

PER: 09-26

LOT: M 2983

**Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines**

ZAMOX peut provoquer des effets indésirables susceptibles de réduire la capacité à conduire.

#### GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Si vous êtes enceinte ou si il est possible que vous le soyez, ou si vous allaitez, vous devez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

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

**COMMENT PRENDRE ZAMOX 1 g/125 mg, poudre pour suspension buvable en sachet ?**

#### Instructions pour un bon usage

Respectez toujours la posologie indiquée par votre médecin. En cas de doute, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

**Posologie, Mode et/ou voie(s) d'administration, Fréquence d'administration et Durée du traitement**

#### Posologie

→ Adultes et enfants de 40 kg et plus

• Dose habituelle : 1 sachet trois fois par jour

• Dose inférieure : 1 sachet deux fois par jour

→ Enfants pesant moins de 40 kg

Les sachets ZAMOX 1 g/125 mg ne sont pas recommandés.

→ Patients souffrant de problèmes rénaux et hépatiques

• En cas de problèmes rénaux, une adaptation de la posologie peut être nécessaire. Le médecin pourra prescrire un dosage différent ou un autre médicament.

• En cas de problèmes au foie, des analyses de sang plus fréquentes pourront être nécessaires afin de vérifier le fonctionnement de votre foie.

#### Comment administrer ZAMOX ?

• Juste avant la prise de ZAMOX, ouvrez le sachet et mélangez son contenu dans un demi-verre d'eau

• Avaler le mélange au début d'un repas ou un peu avant.

• Répartissez les prises de manière régulière au cours de la journée ; elles doivent être espacées d'au moins 4 heures. Ne prenez pas 2 doses en 1 heure.

• Ne conduisez pas et n'utilisez pas de machines si vous ne vous sentez pas bien

• Ne prenez pas ZAMOX pendant plus de 2 semaines. Si vos symptômes persistent, consultez de nouveau un médecin.

#### Symptômes et instructions en cas de surdosage

Si vous avez pris plus de ZAMOX 1 g/125 mg, poudre pour suspension buvable en sachet que vous n'auriez dû :

La prise d'une quantité excessive de ZAMOX peut entraîner des maux de ventre (nausées, vomissements ou diarrhée) ou des convulsions. Parlez-en à votre médecin le plus tôt

# 1. DENOMINATION DU MEDICAMENT :

**MELOXAM® 7,5 mg et 15 mg PROMOPHARM, Boîtes de 7, 14 et 28 comprimés**  
Méloxicam

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 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 surdosage.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous présentez d'autres symptômes, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## 2. COMPOSITION

Méloxicam (DCI) ...

Excipients : Citrate

monohydraté, povidone

carboxyméthylamidé

Liste des excipients

## 3. CLASSE PHARMACOLOGIQUE

MELOXAM PROMOPHARM

substance active de

## 4. INDICATIONS

MELOXAM PROMOPHARM

douleurs aiguës d'arthrose

rhumatismes inflammatoires

## 5. POSOLOGIE :

**CE MEDICAMENT VOUS A ETE PRESCRIT DANS LA SITUATION PRECISE :**

- IL NE PEUT ETRE ADAPTE A VOUS

- NE PAS LE CONSEILLER A UN

DANS TOUTS LES CAS SE CONFOIER A VOTRE

MEDECIN.

Vole orale.

Respectez toujours la posologie indiquée.

consultez votre médecin ou votre pharmacien.

La dose habituelle est :

Poussées aiguës d'arthrose

7,5 mg une fois par jour. Elle peut être augmentée jusqu'à 15 mg une fois par jour.

Polyarthrite rhumatoïde

15 mg une fois par jour. Elle peut être réduite à 7,5 mg une fois par jour.

Spondylarthrite ankylosante

15 mg une fois par jour. Elle peut être réduite à 7,5 mg une fois par jour.

Les comprimés doivent être avalés avec de l'eau, ou un autre liquide, au cours d'un repas.

NE PAS DEPASSER LA POSOLOGIE DE 15 mg PAR JOUR.

Si l'une des informations énumérées sous le titre « Faites attention avec MELOXAM PROMOPHARM » s'applique à vous, votre médecin peut limiter la dose à 7,5 mg une fois par jour.

MELOXAM PROMOPHARM ne doit pas être administré chez les enfants de moins de 16 ans.

Si vous trouvez que l'effet de MELOXAM PROMOPHARM est trop fort ou trop faible, ou si après plusieurs jours vous ne ressentez aucune amélioration de votre état, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## 6. CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais MELOXAM PROMOPHARM, comprimé dans les cas suivants :

- pendant le 3ème trimestre de la grossesse,
- enfant et adolescents de moins de 16 ans,
- allergie (hypersensibilité) au méloxicam,
- allergie (hypersensibilité) à l'aspirine ou à d'autres médicaments anti-inflammatoires (AINS),
- allergie (hypersensibilité) à l'un des composants de MELOXAM PROMOPHARM
- si vous avez présenté l'un des signes suivants après avoir pris de l'aspirine ou d'autres AINS :

- respiration sifflante, oppression respiratoire, difficulté à respirer (asthme),
- obstruction nasale due à des petits renflements de la muqueuse nasale (polypes nasaux),
- éruptions cutanées / urticaire,
- gonflement soudain des tissus sous la peau et les muqueuses, tel qu'un gonflement autour des yeux, du visage, des lèvres, de la bouche ou de la gorge, rendant éventuellement la respiration difficile (oedème de Quincke),
- si vous avez déjà présenté, après un traitement avec des AINS :
  - un saignement de l'estomac ou des intestins,
  - des perforations de l'estomac ou des intestins,
- ulcères ou saignement de l'estomac ou des intestins
- antécédents d'ulcères ou de saignements récidivants de l'estomac ou des intestins (ulcération ou saignement s'étant produit au moins deux fois),
- insuffisance hépatique sévère

**MELOXAM 7,5 mg Promopharm®**

Méloxicam

14 comprimés

**PROMOPHARM s.a.**



6 118000 242079

• insuffisance rénale  
• saignements récents  
• troubles hémorragiques  
• insuffisance cardiaque  
• intolérance à certains médicaments  
EN CAS DE DOUBTE, CONSULTEZ VOTRE MEDECIN OU VOTRE PHARMACIEN.  
**7. Effets indésirables**  
Comme tous les médicaments, MELOXAM PROMOPHARM peut provoquer certains effets indésirables, mais

et effets indésirables  
saignements (écchymoses, hémorragies)  
ulcères ou perforations de l'estomac ou des intestins  
et d'évolution rapide  
symptômes de saignements  
inflammatoires  
né à suivre tous les jours  
présentent certains effets indésirables  
**Effets indésirables**  
**stéroïdiens (AINS)**  
L'utilisation de certains médicaments, en particulier chez les personnes âgées, peut augmenter le risque de saignements, d'ulcères ou de perforations de l'estomac ou des intestins.  
Des rétentions de liquide (hypertension) et un traitement par AINS peuvent aggraver ces effets indésirables.  
Les effets indésirables les plus fréquents sont :

- ulcères de l'estomac ou des intestins
- saignements de l'estomac ou des intestins
- perforation de l'estomac ou des intestins
- en particulier chez les personnes âgées

Les effets indésirables les plus graves sont :

- sensation de malaise
- selles molles (diarrhées)
- flatulences
- constipation
- indigestion (dyspepsie)
- douleurs abdominales
- selles de coloration rouge ou noire
- vomissement de sang
- inflammation de l'estomac ou des intestins
- aggravation des symptômes de la maladie de Crohn
- aggravation des symptômes de la maladie de Crohn

Moins fréquemment :  
**Effets indésirables**  
**PROMOPHARM**  
**Très fréquents :**

- indigestion (dyspepsie)
- sensation de malaise
- douleurs abdominales
- constipation
- flatulences
- selles molles (diarrhées)

**Fréquents :**

- toux
- céphalées

**Peu fréquents :** toux

# FACTURE N°...306/23

Nom et Prénom du médecin dentiste : Docteur TAHIRI HASSANI BADR

N° de INPE : 094001716

N° de ICE : 001766966000010

N° de IF : 40112310

Bénéficiaire : N/see SADA

Date : 26/12/23

الاسنان المعالجة Dents Traitées	رمز المعالجة Valeur Clé	تاريخ المعالجة Date des actes	معامل المعالجة Lettre Clé + Cotation NGAP	قيمة المعاملة Valeur Clé	المبلغ المستحق Montant Facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et cachet du médecin dentaire
12	pupette	25/12/23	Dir		300,	
12	Copie	26/12/23	Db		300,	

Montant Global : 600,-

Mode De paiement :

☒ Espèces

☐ Chèque

Signature et cachet.

Adresse : LOT EL WAHDA (1) N° 40 1<sup>er</sup> ETAGE DEROUA

Téléphone : 05 22 53 22 32

Fax : 05 22 53 22 32

DR:TAHIRI HASSANI BADR

DENT: 12

PATIENT: N SER SAIDA

DATE; 01/12/2023



Dr TAHIRI HASSANI Badr  
Chirurgien Dentiste  
Loisirey Mahadja n° 40.1er étage  
Deroua - Telfax : 0522.53.22.32



Dr TAHIRI HASSANI Badr  
Chirurgien Dentiste  
Loisirey Mahadja n° 40.1er étage  
Deroua - Telfax : 0522.53.22.32