

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.

Bééducation :

- 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 :

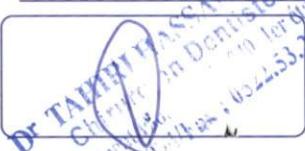
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- 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.

M22- 0038303

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>364</u>	Société : <u>Niger saïda</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre:	<u>191574</u>
Nom & Prénom : <u>Niger saïda</u>		Date de naissance : <u>14/05/1974</u>	
Adresse : <u>145 JH</u>			
Tél. : <u>06.79.473361</u>		Total des frais engagés : <u>145 JH</u> Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : <u>15/05/2022</u>			
Nom et prénom du malade : <u>Niger saïda</u> Age: <u>38</u>			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Soin Dentaire</u>			
Affection longue durée ou chronique :		<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC
Pathologie : <u></u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u></u>			
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 : <u>Essakane</u>		Le : <u>21/05/2022</u>	
Signature de l'adhérent(e) : <u></u>			

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL WAFAE Dr. Meriem OUEDRHIRI N° 152, Cooperative Al wafae - Derou Casablanca - Tél. : 05 22 53 24 22 INR : 092071281	12-23	145,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

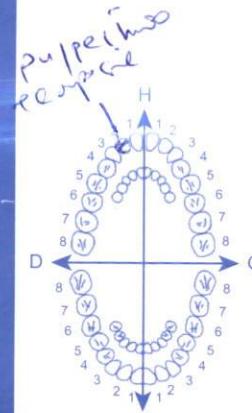
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

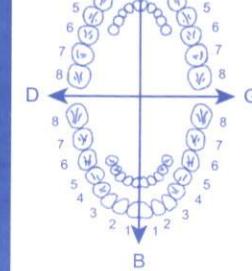
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
	N 2	pulpal D15	CCEFFICIENT DES TRAVAUX D21
	12	Composite D10	
			MONTANTS DES SOINS 600,-
			DEBUT D'EXECUTION 02/12/23
			FIN D'EXECUTION 26/12/23

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

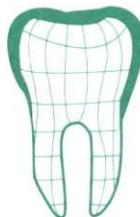
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور طاهرى حسنى بدر
 خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

طبيب داخلى سابق بالمركز الاستشفائى
 الجامعى ابن رشد

Dr. TAHIRI HASSANI
 Dentist
 1^{er} étage, El Wahda
 Deroua, Casablanca
 Tel/Fax: 05 22 53 22 32

N82

S7A

109,00

1/ 2Amox 1f (S) 1S

187

2x11

pft

7i

36,20

2/ meloxam +,5ug

1cp

2x11

pft

115,20

Dr. TAHIRI HASSANI
 Chirurgien Dentiste
 Lotissement El Wahda 1^{er} étage
 Deroua. Tel/Fax: 05 22 53 22 32

عيادة الوند
 Pharmacie AL WAFAE
 Dr. Tahiribadr OUEDRHIRI
 No 152, Cooperativa Casablanca. Tel.: 05 22 53 24

تجزئة الوحدة I رقم 40 الطابق الأول دروة

Lotissement EL WAHDA I N° 40 1^{er} étage Deroua

Tél : 05 22 53 22 32 - Email : dr.tahiribadr@gmail.com



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 c****symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.****• Si l'un des effets indésirables devient grave ou remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.****FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATION**

Poudre pour suspension buvable, boîte de 12, 14, 1 sachets.

COMPOSITION :**Principes actifs :** Amoxicilline trihydratée, quantité correspondante

amoxicilline.

Clavulanate de potassium, quantité correspondante

clavulanique.

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'appartient à un groupe de médicaments appelés « p » qui peuvent parfois arrêter d'être efficaces (être inactivés) par un autre constituant actif (l'acide clavulanique) en

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 (d'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 ictere (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 PRÉCAUTIONS 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 « effets non souhaités et gênants ».

Tests sanguins et urinaires

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 influer sur les résultats de ces types de tests.

Liste des excipients à effet notable : 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 sucrase/isomaltase (maladies héréditaires rares).

- ce médicament contient du potassium. A prendre en compte 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 et/ou des machines

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

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Si vous êtes enceinte ou s'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

- 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.

- Ayez 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

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 : see SoDA

Date : 26/12/23

الاسنن المصليبة Dents Traitées	رمز المصليبات Valeur Clé	تاريخ المصليبات Date des actes	معدل المصليبات Lettre Clé + Cotation NGAP	قيمة العمل Valeur Clé	المبلغ المتفق Montant Facturé	توقيع وطبع قبب الاسنن Signature et cachet du médecin dentaire
12	pulpine	05/12/23	DIR		300,-	Dr TAHIRI HASSANI Badr Chirurgien Dentiste Loissement El Wahda 40 1 ^{er} étage Deraoua - Tel: 0522532232
12	Exposil	26/12/23	DIR		30	

Montant Global : 600,- D

Mode De paiement:

Espèces

Chèque

Adresse : LOT EL WAHDA (1) N° 40 1^{er} ETAGE DEROUA

Téléphone : 05 22 53 22 32

Fax : 05 22 53 22 32

Signature et cachet

DR:TAHIRI HASSANI BADR

DENT: 12

PATIENT: N SER SAIDA

DATE; 01/12/2023



Dr. TAHIRI HASSANI Badr
Chirurgien Dentiste
Lotissement Elouakkia 10^e arrondissement
Dakar, Tél/Fax : 0522.53.22.32

Dr. TAHIRI HASSANI Badr
Chirurgien Dentiste
Lotissement Elouakkia 10^e arrondissement
Dakar, Tél/Fax : 0522.53.22.32

