

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

- 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



Déclaration de Maladie : N° P19- 0023171

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8662 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAHRAOUI KHALID Date de naissance : 27/06/19

Adresse :

Tél. : 06 61 57 16 45 Total des frais engagés : 575,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HASSANI Redouane

Date de consultation : 09/09/2019

Nom et prénom du malade : SAHRAOUI ILIAS Age : 1

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

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 : NSR Le : 16/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0023171

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).


Matricule : 8662

Nom de l'adhérent(e) : SAHRAOUI KHALID


Total des frais engagés : 575,00

Date de dépôt : 16/10/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
C16		200 DH	
Androg		300 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/03/19	75.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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	

VOLET ADHERENT

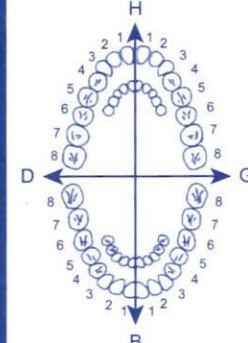
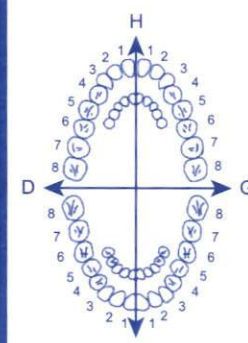
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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															
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr HASSANI Redouane

Spécialiste

Oto-rhino-laryngologie
Chirurgie cervico-faciale

Tél: 0522 52 69 78



د. الحسنی رضوان

أخصائي

طب وجراحة الأذن الأنف والحنجرة
جراحة العنق والوجه

الهاتف : 0522 52 69 78

Ordonnance Médicale

Casablanca le : 04/09/2019

MR SAHRAOUI ILIAS

- Nazair 50 µg / dose
2 pulvérisation, matin, pendant 4 semaines



75,00



Dr. HASSANI Redouane
Spécialiste Oto-rhino-laryngologie
Chirurgie cervico-faciale
Bd. Oudj-Rue Oudj-Casablanca
Im. GH8 Appt 1 - Ain Chock
Casablanca - Tél: 05 22 52 69 78

NAZAIR® 50µg/dose

Suspension pour pulvérisation nasale
Propionate de fluticasone

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes sur votre traitement et votre maladie. Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT :

Dénomination

NAZAIR® 50µg/dose, suspension pour pulvérisation nasale.

Forme pharmaceutique et présentations

Suspension pour pulvérisation nasale, boîte de 1 flacon pulvérisateur avec pompe doseuse assurant 100 doses de 50 µg.

Composition

Propionate de fluticasone (DCI) 50,30 µg

Equivalent en fluticasone 50 µg

Excipients : Dextrose anhydre, cellulose microcristalline et carboxyméthylcellulose sodium, chlorure de benzalkonium, polysorbate 80, alcool phényléthylrique, eau purifiée, q.s.p. une pulvérisation.

Classe pharmacothérapeutique

Glucocorticoïde par voie locale.

2. DANS QUEL CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Indications :

Ce médicament contient un corticoïde. Il s'administre par voie nasale.

C'est un médicament anti-inflammatoire indiqué :

- en traitement de la rhinite allergique chez l'adulte et l'enfant de plus de 12 ans et uniquement en traitement de la rhinite allergique saisonnière (rhume des foins) chez l'enfant de 4 à 12 ans.
- pour soulager les symptômes liés à la présence de polypes dans les fosses nasales chez l'adulte.

3. DANS QUEL CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT :

Contre indications :

Ne prenez jamais NAZAIR® 50µg/dose, suspension pour pulvérisation nasale dans les cas suivants :

- allergie à l'un des composants,
- trouble de la coagulation sanguine avec en particulier saignements de nez,
- en cas d'infection herpétique nasale, buccale, orale ou oculaire.

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

Faites attention avec NAZAIR® 50µg/dose, suspension pour

Mises en garde spéciales :

En cas de surinfection (mouchage purulent), de fièvre ou de broncho-pulmonaire concomitante, **prévenir votre médecin.**

Ce produit n'est pas recommandé chez les patients ayant subi une intervention chirurgicale ou un traumatisme au niveau du nez sans complication.

Précautions d'emploi :

Ce médicament est un traitement régulier et continu. Les symptômes ne peuvent apparaître que plusieurs jours après le début du traitement. Pour que ce médicament soit actif, les fosses nasales doivent être nettoyées. Il convient par conséquent de se moucher avant l'instillation du médicament. Si l'obstruction nasale (sensation de nez bouché) persiste malgré le traitement, consultez votre médecin afin qu'il réévalue le traitement. En cas de traitement prolongé, un examen détaillé de la muqueuse nasale doit être réalisé.

Excipients à effet notoire : En raison de la présence du chlorure de sodium, ce médicament peut provoquer une gêne respiratoire.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Interactions médicamenteuses et autres interactions :

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, consultez votre médecin ou votre pharmacien. Ce médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Sportifs

Attention cette spécialité contient un principe actif positif des tests pratiqués lors des contrôles antidopage.

Grossesse-allaitement :

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse et l'allaitement.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité d'arrêter le traitement.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Conduite de véhicules et utilisation

IL est peu probable que NAZAIR® 50µg/dose, suspension pour pulvérisation nasale ait des effets sur l'aptitude à conduire des véhicules.

4. COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

Posologie :

• Rhinite allergique :

Adulte et enfant de plus de 12 ans : 200 µg par jour, 1 fois par jour le matin.

La posologie maximale est de 2 pulvérisations par jour.

Enfant de 4 à 12 ans : en traitement de la rhinite allergique saisonnière, 100 µg par jour soit 1 pulvérisation par jour.

La posologie maximale est de 1 pulvérisation par jour.

La mise en route et la durée du traitement sont à l'appréciation du médecin.

• Polyposes nasosinusales :

Traitement d'attaque : 400 µg par jour, 2 fois par jour, matin et soir.

Une fois le contrôle des symptômes obtenu, traitement d'entretien : 200 µg par jour, 1 fois par jour le matin.

Dans tous les cas il convient de toujours utiliser le médicament.

En cas de persistance des troubles ne pas arrêter le traitement.

DANS TOUS LES CAS SE CONFOIER A VOTRE MEDECIN.

Mode et voie d'administration :

Voie nasale.

• Mouchez-vous doucement pour assécher les fosses nasales.

• Agitez doucement le flacon.

• Retirez le capuchon protecteur de l'applicateur.

LOT: GA81166

PER: 08/2020

PPV: 75 DH 00

ROC
Stabilité

NAZAIR® 50µg/dose

Suspension pour pulvérisation nasale
flacon de 100 doses



6 118001 101269

penchez légèrement le flacon pour que le produit s'écoule dans la narine. Appliquez le produit dans la narine. Retirez le capuchon protecteur de l'applicateur. Collez la collerette pour l'opération pour une utilisation sur l'autre narine. Nettoyez le flacon et remettez-le à l'usage. Répétez l'opération du matin au soir, une fois par jour le matin, une fois par jour le soir. Dans tous les cas il convient de toujours utiliser le médicament. En cas de persistance des troubles ne pas arrêter le traitement. DANS TOUS LES CAS SE CONFOIER A VOTRE MEDECIN.

ES CAS, SE CONFO

er ou diminuer la dose

se doit être nettoyé au r

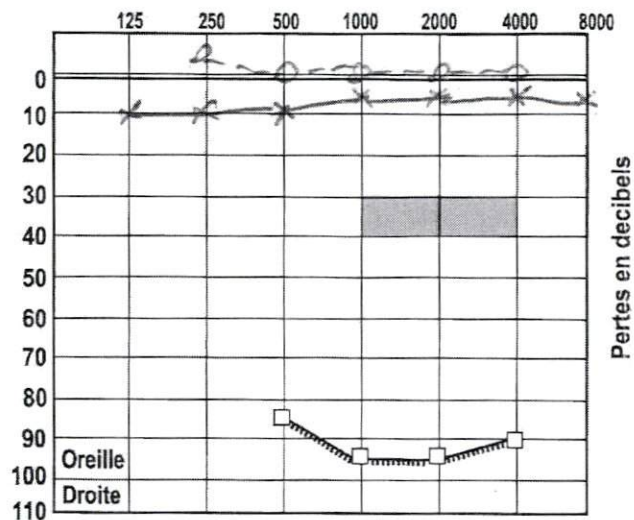
e suit :

l'évaporateur du flacon.

l'évaporateur et l'obturateur da

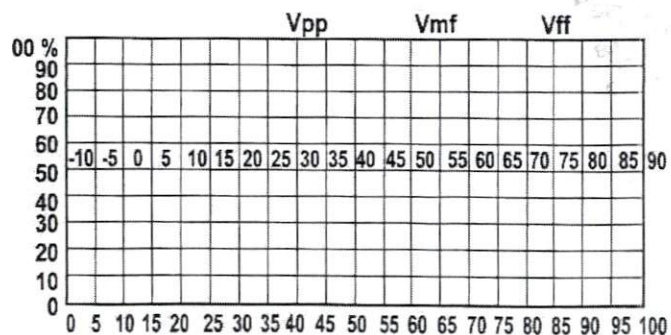
l'obturateur et l'obturateur

l'obturateur est bouché, le retirez

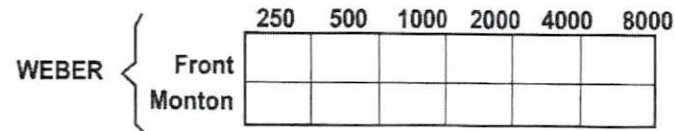
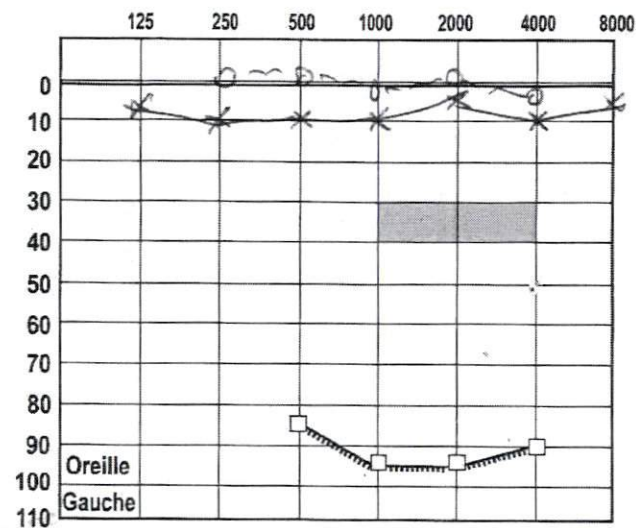


- O.D. : Trait rouge
- O.G. : Trait bleu
- + appareil : pointillé

EPREUVES VOCALES



$$\text{I.C.A.} = + + = \frac{\quad}{3} =$$



Nom : SAKRAOUI

Prénom : ILIAS

Age : 14

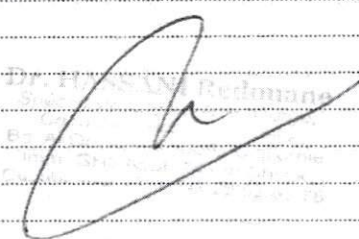
Profession :

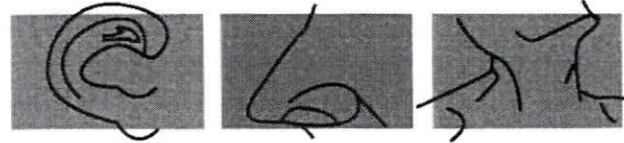
Tableau clinique :

Date : 04/02/19

Résultat :

Audition normale





Cabinet Dr Hassani
Oto-Rhino-Laryngologie

Explorations fonctionnelles :
Audiométrie