

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 canalaire, 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 canalaire.

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- 002317

Maladie

Dentaire

Optique

CP

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8662 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

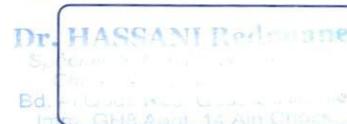
Nom & Prénom : SAHRAOUI, KHALID Date de naissance : 27/06/19

Adresse :

Tél. : 06.61.57.16.41 Total des frais engagés : 575,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/09/2010

Nom et prénom du malade : SAHRAOUI, ILIAS Age : 1

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

AF SL

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'attent de l'adhérent conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare ne pas avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : N.S.R.

Le : 16/11/2010

Signature de l'adhérent(e) : K.C.

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 : 16/11/2010

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Chet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04 / 03 / 19	75,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
Chet et signature du Renseignement 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
		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.

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
25533411	11423553

The diagram illustrates the H-B-C-D-H ring system. It features two vertical columns of five carbon atoms each, labeled A and B from top to bottom. The left column (A) has substituents: a methyl group (-CH₃) at position 1, a hydroxyl group (-OH) at position 2, a hydrogen atom at position 3, a chlorine atom (-Cl) at position 4, and a nitro group (-NO₂) at position 5. The right column (B) has substituents: a hydrogen atom at position 1, a chlorine atom (-Cl) at position 2, a methyl group (-CH₃) at position 3, a nitro group (-NO₂) at position 4, and a hydroxyl group (-OH) at position 5. The central ring consists of five carbon atoms labeled 1 through 5, with a hydrogen atom at position 6. The entire structure is enclosed in a circle.

(Création, remont, adjonction)

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.الحسني رضوان

أخصائي

طب وجراحة 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 Otolaryngologiste et Chirurgien Cervico-Facial
Bd Hassan II, Avenue Hassan II, Ain Chock
Casablanca - Tel: 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 dosseuse assurant 100 doses de 50 µg.

Composition

Propionate de fluticasone (DCI) 50,30 µg

Équivalent en fluticasone 50 µg

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

Classe pharmaco-thérapeutique

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'AUTO MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

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

Mises en garde spéciales :

En cas de surinfection (mouillage purulent), de fièvre ou

broncho-pulmonaire concomitante, prévenir votre méde

Ce produit n'est pas recommandé chez les patients
intervention chirurgicale ou un traumatisme au niveau c
n'est pas complète.

Précautions d'emploi :

Ce médicament est un traitement régulier et conti
symptômes ne peut apparaître que plusieurs jours après
Pour que ce médicament soit actif, les fosses nasales doiv

Il convient par conséquent de se moucher avant l'instillation o

Si l'obstruction nasale (sensation de nez bouché) persiste malgré le
traitement, consultez votre médecin afin qu'il réévalue le traitemen
En cas de traitement prolongé, un examen détaillé de la muqueus
réalisé.

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

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER

MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACEIN.

Interactions médicamenteuses et autres interactions :

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

Sportifs

Attention cette spécialité contient un p
positive des tests pratiqués lors des con

Grossesse-allaitement :

Ce médicament ne sera utilisé pendant
médecin.

Si vous découvrez que vous êtes ence
médecin car lui seul peut juger de la né
Demandez conseil à votre médecin ou
médicament.

Conduite de véhicules et utilisation de
IL est peu probable que NAZAIR® 50µg/
nasale ait des effets sur l'aptitude à
machines.

4. COMMENT UTILISER CE MEDICAM

Posologie :

- Rhinite allergique :

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

La posologie maximale est de 2 pulvérisa
Enfant de 4 à 12 ans: en traitement de la
uniquement: 100 µg par jour soit 1 pulvér
matin.

La posologie maximale est de 1 pulvérisa
La mise en route et la durée du traitemen

- Polypose nasosinusienne:

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

Une fois le contrôle des symptômes obte
traitement d'entretien: 200 µg par jour, s
narine, une fois par jour le matin.

Dans tous les cas il convient de toujours
En cas de persistance des troubles ne pa
médecin.

DANS TOUS LES CAS SE CONFO
MEDECIN.

Mode et voie d'administration :

Voie nasale.

- Mouchez-vous doucement pour assécher

• Agitez doucement le flacon.

• Retirez le capuchon protecteur de l'app

penchez légèrement l'applicateur
colletière pour l'i
l'opération pour u
sur l'autre narine.
nasal et remettez
ère utilisation du p
aine ou plus, amo
index et le majeur
obtention d'une fi
ration :

AS, SE CONFO

LOT: GA81166

PER: 08/2020

PPV: 75 DH 00

NAZAIR® 50µg/dose

Suspension pour pulvérisation nasale
flacon de 100 doses

ES CAS, SE CONFO

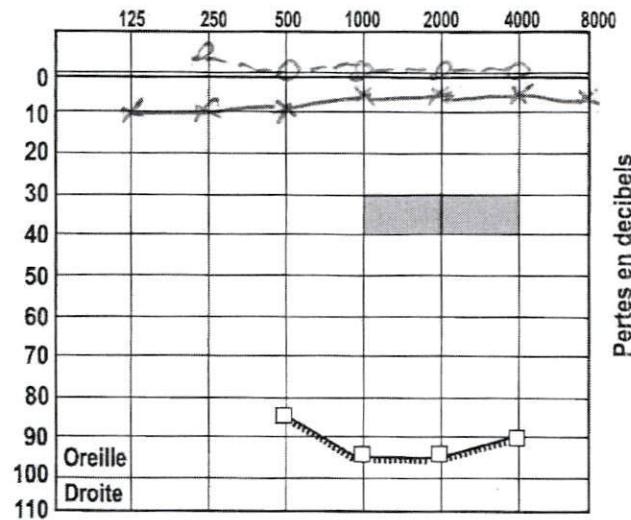
er ou diminuer la dose

ise doit être nettoyé au r
e suit :

l'événement du flacon:
ateur et l'obturateur da
isser sécher dans un en
l'événement et l'obturateur
teur est bouché, le retri

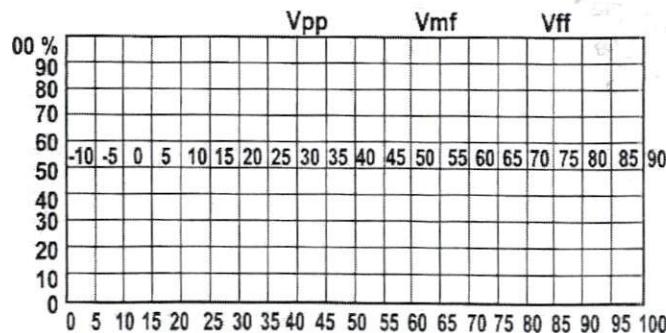


6 118001 101269

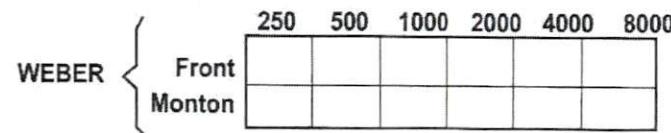
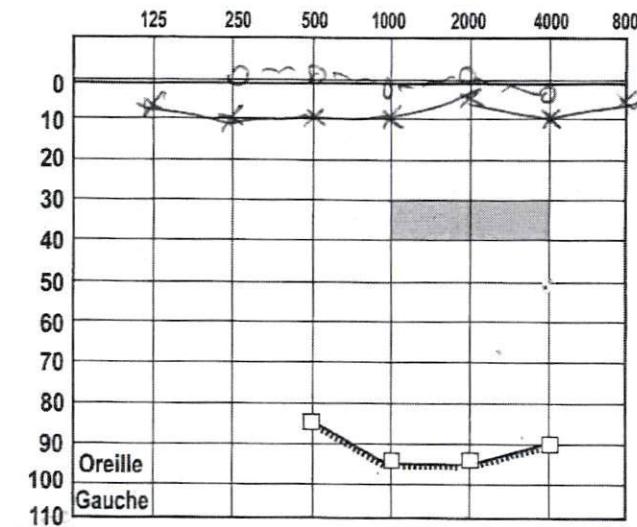


- O.D. : Trait rouge
- O.G. : Trait bleu
- + appareil : pointillé

EPREUVES VOCALES



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



Nom : SAHRAOUI

Prénom : ILIAS

Age : 14

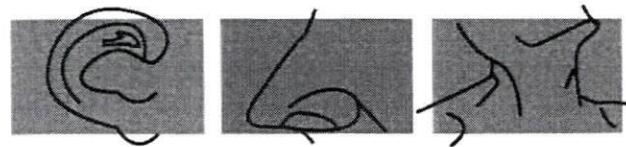
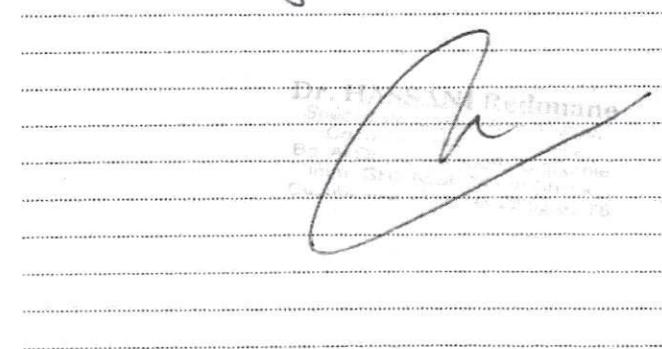
Profession :

Tableau clinique :

Date : 04/03/10

Résultat :

Audiogramme



Cabinet Dr Hassani
Oto-Rhino-Laryngologie

Explorations fonctionnelles :
Audiométrie