

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 : adhésion@mupras.com

Dos n°

N° W19-490507

10635.

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **00543**

Société :

Retraite

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL KHATIFI

Neel

Date de naissance :

01.01.1943

Adresse :

**Jardin de California c19 Bd de FES
CASABLANCA**

Tel. : **066054555**

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

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'adhérent conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : _____ Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) :

Date de la Facture	Chiffre de Partie	Nom et S. Coifficant	Valeur de l' Honoraires	Cachet et signature du Particulier et la Plaquette
N° 11				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Laboratoire	Date	Montant de la Facture
		75,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	

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

TOURNEMENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

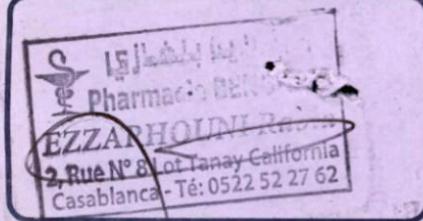
D.O.F
PROTHESES DENTAIRES

H
Hypothèse Prothétique
Tournant des Prothèses
D -> G
Tournois - remontage
35033411 11433302

B
(Création, remont, adjonction)
Préparation - remontage - adjonction à la prothèse

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



Le 20/04/2014

251

Facture 31480

M: ECKE

NAZAIR® 50µg /dose

Suspension pour pulvérisation nasale
Propionate de fluticasone

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

OC
té

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 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'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

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

Mises en garde spéciales :

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

Ce produit n'est pas recommandé chez les patients ayant subi récemment une intervention chirurgicale ou un traumatisme au niveau du nez, tant que la guérison n'est pas complète.

Précautions d'emploi :

Ce médicament est un traitement régulier et continu. Son efficacité sur les symptômes ne peut apparaître que plusieurs jours après le début du traitement.

Pour que ce médicament soit actif, les fosses nasales doivent être libres.

Il convient par conséquent de se moucher avant l'instillation du produit.

Si l'obstruction nasale (sensation de nez bouché) persiste malgré la mise en route du 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 notable : En raison de la présence du chlorure de benzalkonium, 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, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Sportifs

Attention cette spécialité contient des substances pratiquées lors d'entraînement :

Il ne sera utilisée

LOT: GA81166

PER: 06/09

PPV: 75 DH 00

avrez que vous seul peut juger conseil à votre médecin

véhicules et utilisable que NAZAIR® n'a pas d'effets sur l'aptitude

UTILISER CE MEDICAMENT

• rhume allergique :
Adulte et enfant de plus de 12 ans : une narine 1 fois par jour le matin.

La posologie maximale est de 2 par jour. Enfant de 4 à 12 ans: en traitement uniquement: 100 µg par jour soit 2 fois par jour le matin.

La posologie maximale est de 1 par jour.

La mise en route et la durée du traitement :

• Polypose nasosinusienne :
Traitement d'attaque: 400 µg par narine 2 fois par jour, matin et soir. Une fois le contrôle des symptômes, traitement d'entretien: 200 µg par narine, une fois par jour le matin. Dans tous les cas il convient de toucher les deux narines.

En cas de persistance des troubles, consulter votre médecin.

DANS TOUS LES CAS SE CONSULTER MEDECIN.

Mode et voie d'administration :
Voie nasale.

• Mouchez-vous doucement pour éviter la rétention de liquide.

• Agitez doucement le flacon.

• Retirez le capuchon protecteur latérales.

• Bouchez une narine, penchez l'autre vers le bas et penchez la tête vers la verticale; insérez doucement l'application de haut en bas sur la collerette par la narine avant de répéter l'opération.

• Répétez l'opération pour l'autre narine.

• Essuyez l'applicateur nasal et remettez le capuchon. Lors de la toute première utilisation, lavez l'applicateur avec celui-ci depuis une semaine ou plus, puis rincez-le à l'eau sur la collerette avec l'index et le majeur de chaque flacon. Pressez jusqu'à obtention d'un jet continu.

Fréquence d'administration :
DANS TOUS LES CAS, SE CONSULTER MEDECIN.

Durée de traitement :
DANS TOUS LES CAS, SE CONSULTER MEDECIN.

Ne pas augmenter ou diminuer la posologie.

Nettoyage

NAZAIR 50 µg/dose doit être nettoyé.

Procéder comme suit :

1. Détailler le pulvérisateur du flacon.
2. Laver le pulvérisateur et l'obturateur à l'eau en excès, laisser sécher dans un endroit sec.
3. Replacer le pulvérisateur et l'obturateur.
4. Si le pulvérisateur est bouché, le