

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.

M23- 0023257

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11438

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOSLIH REDA

Date de naissance :

23-03-1976

Adresse :

EL SULFA CASA

Tél. : 06 98 466258

Total des frais engagés : Dhs

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 :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 23/03/2013

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 :

Le : /

Signature de l'adhérent(e) :



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

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
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H 25533412 00000000	G 21433552 00000000			
D 00000000	B 00000000			
	35533411			
	11433553			
[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

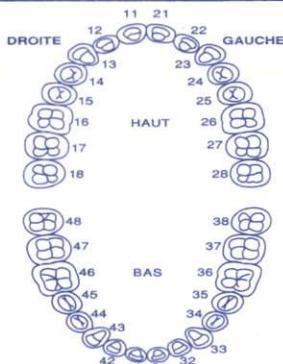
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

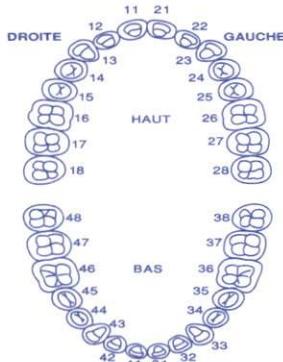
Coefficient des travaux

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

DROITE	11 21	GAUCHE	H
D	25533412 00000000	21433552 00000000	G
HAUT	00000000	00000000	
BAS	35533411	11433553	

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM :

Mme

DECLARATION N° P 17 / 050341



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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

Cachet
MUPRAS



P 17 / 050341

DATE DE DEPOT
/ 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 11438

Nom & Prénom MOSLIH REDOUANE

Fonction AGENT ADM Phones 0698466258

Mail moslih@royalairmaroc.com

MEDECIN Prénom du patient MOSLIH REDOUANE

Adhérent Conjoint Enfant Age

Nature de la maladie

Date 11/10/2023

Simulicile

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

C 1 200 DT

PHARMACIE Date 11/10/2023

Montant de la facture

317,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date

Désignation des Coefficients

11/10/2023

Montant détaillé des Honoraires

041142357

de Radiologie El Oulfa

Oum Rabii - Rue 58 N°2
Casablanca - 20200
Tél: 05 22 93 94 93

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

CACHET

CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II.

Docteur Bouchaib ELMDARI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II

Ex médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 11/10/2023

FACTURE N°10201/2023

NOM & PRENOM: MOSLIH REDOUANE

EXAMEN	MONTANT
BLONDEAU SCANNER	800 DH
TOTAL	800 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :HUIT CENTS DH TTC

Centre de Radiologie El Oulfa
Bd. Oued Oum Rabii – Rue 50, N°2- Oulfa – 20220 Casablanca
Tél. : 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 – Fax 0522 93 563
Capital: 100 000, 00
Dhs - RC: SCP – TP: 37989156 – IF: 4049398 – ICE: 001581917000057
E-mail: radiologie-oulfa@.com

Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité – Nancy II
- Ex Médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam

- Scanner Spirale Corps Entier
- Dentascanner – Panoramique Dentaire
- Echographie Générale

Dr Bouchaïb EL MDARI

Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité – Nancy II
- Ex-Médecin attaché au CHU Ibn Rochd

- Echographie-Doppler Couleur
- Echographie Ostéo Articulaire
- Radiologie Numérisée

- Ostéodensitométrie
- Mammographie Numérisée
- Radiographie Rachis Entier
- Radio - Photo

Casablanca , le 11/10/2023

PATIENT

: MOSLIH REDOUANE

MEDECIN TRAITANT

: DR. EL KHADRAJ Widad

EXAMEN(S) REALISE(S)

: BLONDEAU SCANNER

TECHNIQUE :

Examen scanographique réalisé en acquisition volumique de 2.5mm reconstruite en 1.25mm sans injection de produit de contraste avec reconstruction coronale.

Résultat :

- Discret épaississement polypoïde des sinus maxillaires.
- Transparence normale des sinus frontaux et du sinus sphénoïdal
- Comblement de quelques cellules éthmoïdales.
- Epaississement de la muqueuse nasale.
- Déviation de la cloison nasale à gauche
- Absence de concha bullosa.
- Procidence des canaux carotidiens
- Procidence des canaux ophthalmiques.
- Parties molles du cavum d'épaisseur normale.
- Absence de lésion osseuse.

Conclusion :

- Aspect TDM d'une rhino-sinusite éthmoïdale.
- Variantes de la normale voir texte.

*Confraternellement
DR LASRI FATIHA*

I.S**

Centre de Radiologie El Oulfa
Bd. Oued Oum Rabii - Rue 50 N°2
Casablanca - 20220
Tél: 05 22 93 04 93

Dr LASRI Fatiha

Docteur LASRI Fatiha
Médecin Radiologue

Docteur Widad El Khadraj

الدكتورة وداد الخضرج

Médecine Générale
ECHOGRAPHIE

ECG

Surveillance de Grossesse
Nutrition



الطب العام
الفحص بالصدى
تخطيط القلب
مراقبة الحمل

الحمية الطبية وتخفيض الوزن

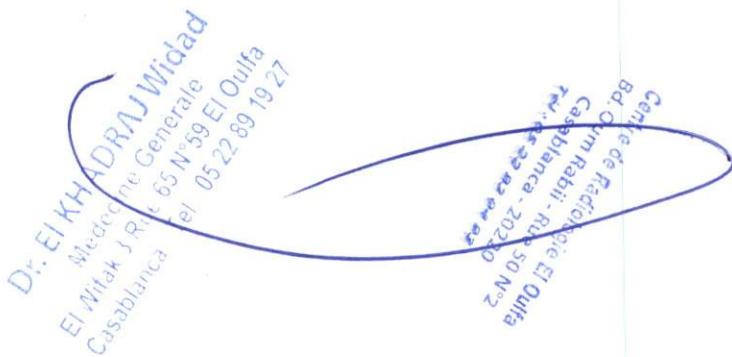
Casablanca, le :

Dr. EL KHADRAJ Widad
Médecine Générale
El Wifak 3 Rue 65 N°59 El Oulfa
Casablanca
Tél.: 05 22 89 19 27

دار البيضاء في 2023

MR HYSOU READING

11 - Blood em scanner



حي الوفاق 3 زنقة 65 رقم 59 الألفة الدار البيضاء (قرب صيدلية الوفاق)

Hay Wifak 3 Rue 65, N° 59 El Oulfa - Casablanca (Prés de pharmacie Al Wifak)

Tél.: 05 22 891 927

Docteur Widad El Khadraj

الدكتورة وداد الخضرجي

Médecine Générale

ECHOGRAPHIE

ECG

Surveillance de Grossesse

Nutrition



الطب العام

الفحص بالصدى

تخطيط القلب

مراقبة الحمل

الممية الطبية وتخفيض الوزن

Casablanca, le :

11/10/2017
Dr. EL KHADRAJ Widad
Medecine Générale
El Wifak 3 Rue 65 N° 59 Casablanca
Tél. 05 22 89 19 27

الدار البيضاء في :

111,60 x L

DR EL KHADRAJ WIDAD
Medecine Générale
El Wifak 3 Rue 65 N° 59 Casablanca
Tél. 05 22 89 19 27

11 - ZANON Cn 400

REBOUANE
S.V.

19,30

1 g x 8 jet 10 ml

21 - shivine Gp

S PHARMACIE NOURL HOUAD
55 LOT YASSINE LISSASPA
CASABLANCA
Tél. 05 22 89 90 56

75, حم

1 joli x 3 g x 10 ml

31 - NAZAR Widad

S.V.

317,50

Dr. EL KHADRAJ Widad
Medecine Générale
El Wifak 3 Rue 65 N° 59 Casablanca
Tél. 05 22 89 19 27

8312

حي الوفاق 3 زنقة 65 رقم 59 الألفة الدار البيضاء (قرب صيدلية الوفاق)

Hay Wifak 3 Rue 65, N° 59 El Oulfa - Casablanca (Prés de pharmacie Al Wifak)

Tél.: 05 22 891 927

ZANOCIN® OD 400 mg

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes sur votre traitement. Si vous avez d'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 symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau.

1- DENOMINATION

ZANOCIN OD®. Boîtes de 5 & 10 comprimés pelliculés à libération prolongée.

2- COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Par comprimé

Ofluoxacine (DCl) 400 mg

Excipients : crospovidone, bicarbonate de sodium, hydroxypropyl méthyl cellulose, eau purifiée, alginate de sodium, gomme xanthane, carbopol 971P, lactose monohydraté, stéarate de magnésium, silice colloïdale dioxyde, alcool isopropylique, Opadry 31B5891 blanc

Excipients à effets notoires : Lactose, sodium.

3- CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Antibactériens à usage systémique (Code ATC: J01MA01).

4- INDICATIONS THERAPEUTIQUES

ZANOCIN OD® est indiqué chez l'adulte dans le traitement des infections suivantes causées par des germes sensibles :

Infections urinaires hautes et basses, compliquées ou non ;

Urétrite gonococcique et non gonococcique ;

Infections sévères dans les manifestations prostataques ;

Infections gynécologiques hautes ;

Traitemennt de relais des infections ostéoarticulaires ;

Suppression bronchique, en l'absence de toute atteinte parenchymateuse :

- chez le sujet à risque (éthylique chronique, tabagique, sujet de plus de 65 ans),
- chez le bronchitique chronique lors de poussées itératives ;

Infections ORL suivantes :

- Sinusites chroniques,

- Poussées de surinfection des otites chroniques (quelle que soit leur nature) et des cavités d'évidement,

- Préparations préopératoires d'otites chroniques ostéitiques ou cholestéatomateuses.

ZANOCIN OD® est réservé au secteur hospitalier et limité chez l'adulte aux infections sévères à bactéries Gram - et à staphylocoques définis comme sensibles dans leurs manifestations :

Septicémiques,

Respiratoires,

ORL chroniques,

Rénales et urinaires, y compris prostataques,

Gynécologiques,

Osseuses et articulaires,

Cutanées,

Abdominales et hépatobiliaires.

Situations particulières :

Traitemennt prophylactique post-exposition et traitement curatif de la maladie du charbon.

5- CONTRE-INDICATIONS

CE MEDICAMENT NE DOIT PAS ETRE UTILISE DANS LES CAS SUIVANTS :

Antécédents de tendinopathie avec une fluorquinolone / garde/Précautions d'emploi, Effets indésirables.

Hypersensibilité à l'ofloxacine ou à l'acide fluoroquinolone.

DEMANDER CONSEIL A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN

AVANT DE PRENDRE TOUT MÉDICAMENT

ZANOCIN® OD 400 mg

Boîte de 10 comprimés pelliculés à libération prolongée



PPV : 111DH60

9- ONDULETTE ET UTILISATION DE MACHINES

Comme lors de tout traitement susceptible de neurologiques, il convient d'avertir de ce risque véhicules et les utilisateurs de machines.

10- POSOLOGIE USUELLE ET DUREE DU TRAITEMENT

Adulte :

Les posologies usuelles sont regroupées dans le tableau suivant :

Type d'infection	Posologie admise	
Infections urinaires		
Cystites dues à E.coli ou K.pneumoniae	400 mg/jour	
Cystites dues aux autres germes	400 mg/jour	
Infections urinaires compliquées	400 mg/jour	
Infections de la peau et des tissus mous		
Pneumonies ou exacerbation des bronchites chroniques	800 mg/jour	10 jours
Maladies sexuellement transmissibles		
Gonorrhées non compliquées	400 mg/jour	Dose unique
Urétrites et cervicités non gonococciques	400 mg/jour	7 jours
Infections mixtes de l'urètre et du col de l'utérus dues à C.trachomatis et à N. gonorrhoeae	400 mg/jour	7 jours
Prostatites		
	400 mg/jour	6 semaines
Maladies pelviennes inflammatoires aiguës		
	800 mg/jour	10-14 jours
Maladie du charbon		
	800 mg/jour	8 semaines

Pour les autres infections, une dose quotidienne de 400 à 800 mg/jour pourra être administrée, dépendant de la sévérité de l'infection et du germe.

- Insuffisance rénale :

• Clairance à la créatinine entre 20 à 50 ml/min:

La posologie recommandée est de 200 mg/jour.

• Clairance à la créatinine 20 ml/min :

La posologie recommandée est de 200 mg toutes les 48h.

- Insuffisance hépatique :

Chez les patients souffrant notamment d'une cirrhose du foie ou d'une ascite, la dose journalière à ne pas dépasser est de 400 mg.

- Enfant :

Dans les cas exceptionnels du traitement des infections sévères, le schéma posologique est le suivant : 10 à 15 mg/kg/jour en deux prises quotidiennes, sans dépasser 400 mg/jour en deux prises.

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DU MEDECIN.

VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION

A avaler avec de l'eau ou une autre boisson, sans mâcher ni croquer, de préférence le matin.

SE CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DU MEDECIN.

11- CONDUITE À TENIR EN CAS DE SURDOSE

Prévenez immédiatement

ZANOCIN® OD 400 mg

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes sur votre traitement. Si vous avez d'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 symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau.

1- DENOMINATION

ZANOCIN OD®. Boîtes de 5 & 10 comprimés pelliculés à libération prolongée.

2- COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Par comprimé

Ofluoxacine (DCl) 400 mg

Excipients : crospovidone, bicarbonate de sodium, hydroxypropyl méthyl cellulose, eau purifiée, alginate de sodium, gomme xanthane, carbopol 971P, lactose monohydraté, stéarate de magnésium, silice colloïdale dioxyde, alcool isopropylique, Opadry 31B5891 blanc

Excipients à effets notoires : Lactose, sodium.

3- CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Antibactériens à usage systémique (Code ATC: J01MA01).

4- INDICATIONS THERAPEUTIQUES

ZANOCIN OD® est indiqué chez l'adulte dans le traitement des infections suivantes causées par des germes sensibles :

Infections urinaires hautes et basses, compliquées ou non ;

Urétrite gonococcique et non gonococcique ;

Infections sévères dans les manifestations prostataques ;

Infections gynécologiques hautes ;

Traitemennt de relais des infections ostéoarticulaires ;

Suppression bronchique, en l'absence de toute atteinte parenchymateuse :

- chez le sujet à risque (éthylique chronique, tabagique, sujet de plus de 65 ans),
- chez le bronchitique chronique lors de poussées itératives ;

Infections ORL suivantes :

- Sinusites chroniques,

- Poussées de surinfection des otites chroniques (quelle que soit leur nature) et des cavités d'évidement,

- Préparations préopératoires d'otites chroniques ostéitiques ou cholestéatomateuses.

ZANOCIN OD® est réservé au secteur hospitalier et limité chez l'adulte aux infections sévères à bactéries Gram - et à staphylocoques définis comme sensibles dans leurs manifestations :

Septicémiques,

Respiratoires,

ORL chroniques,

Rénales et urinaires, y compris prostataques,

Gynécologiques,

Osseuses et articulaires,

Cutanées,

Abdominales et hépatobiliaires.

Situations particulières :

Traitemennt prophylactique post-exposition et traitement curatif de la maladie du charbon.

5- CONTRE-INDICATIONS

CE MEDICAMENT NE DOIT PAS ETRE UTILISE DANS LES CAS SUIVANTS :

Antécédents de tendinopathie avec une fluorquinolone / garde/Précautions d'emploi, Effets indésirables.

Hypersensibilité à l'ofloxacine ou à l'acide fluoroquinolone.

DEMANDER CONSEIL A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN

AVANT DE PRENDRE TOUT MÉDICAMENT

ZANOCIN® OD 400 mg

Boîte de 10 comprimés pelliculés à libération prolongée



PPV : 111DH60

9- ONDULETTE ET UTILISATION DE MACHINES

Comme lors de tout traitement susceptible de neurologiques, il convient d'avertir de ce risque véhicules et les utilisateurs de machines.

10- POSOLOGIE USUELLE ET DUREE DU TRAITEMENT

Adulte :

Les posologies usuelles sont regroupées dans le tableau suivant :

Type d'infection	Posologie admise	
Infections urinaires		
Cystites dues à E.coli ou K.pneumoniae	400 mg/jour	
Cystites dues aux autres germes	400 mg/jour	
Infections urinaires compliquées	400 mg/jour	
Infections de la peau et des tissus mous		
Pneumonies ou exacerbation des bronchites chroniques	800 mg/jour	10 jours
Maladies sexuellement transmissibles		
Gonorrhées non compliquées	400 mg/jour	Dose unique
Urétrites et cervicités non gonococciques	400 mg/jour	7 jours
Infections mixtes de l'urètre et du col de l'utérus dues à C.trachomatis et à N. gonorrhoeae	400 mg/jour	7 jours
Prostatites		
	400 mg/jour	6 semaines
Maladies pelviennes inflammatoires aiguës		
	800 mg/jour	10-14 jours
Maladie du charbon		
	800 mg/jour	8 semaines

Pour les autres infections, une dose quotidienne de 400 à 800 mg/jour pourra être administrée, dépendant de la sévérité de l'infection et du germe.

- Insuffisance rénale :

• Clairance à la créatinine entre 20 à 50 ml/min:

La posologie recommandée est de 200 mg/jour.

• Clairance à la créatinine 20 ml/min :

La posologie recommandée est de 200 mg toutes les 48h.

- Insuffisance hépatique :

Chez les patients souffrant notamment d'une cirrhose du foie ou d'une ascite, la dose journalière à ne pas dépasser est de 400 mg.

- Enfant :

Dans les cas exceptionnels du traitement des infections sévères, le schéma posologique est le suivant : 10 à 15 mg/kg/jour en deux prises quotidiennes, sans dépasser 400 mg/jour en deux prises.

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DU MEDECIN.

VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION

A avaler avec de l'eau ou une autre boisson, sans mâcher ni croquer, de préférence le matin.

SE CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DU MEDECIN.

11- CONDUITE À TENIR EN CAS DE SURDOSE

Prévenez immédiatement

Otrivine

0.1% Nébuliseur Adulte

Xylométazoline chlorhydrate

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

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. Ne le 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 si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien.

- Si les symptômes persistent, plus de 7 jours, demandez l'avis de votre médecin.

TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS.

1-Qu'est-ce que Otrivine et quand est-il utilisé ?

Otrivine 0.1% Nébuliseur est indiqué dans le traitement de la congestion nasale, de la rhinite périnéale et allergique (y compris rhume des foins) et de la sinusite.

Otrivine Adulte contient du chlorhydrate de xylométazoline qui aide à décongestionner et à nettoyer les conduits nasaux en réduisant les sécrétions nasales excessives ainsi les vaisseaux sanguins gonflés reviennent à leur taille normale.

2-Quand Otrivine ne doit-il pas être utilisé ?

Ce médicament est contre-indiqué chez l'enfant de moins de 15 ans et en cas notamment :

- D'allergie à la xylométazoline ou aux autres composants du produit.
- D'allergie à un autre décongestionnant.
- D'hypertension artérielle sévère ou mal équilibrée.
- D'antécédents d'accident vasculaire cérébral ou de facteurs de risque susceptibles de favoriser la survenue d'AVC, en raison de l'activité sympathomimétique alpha du vasoconstricteur.
- D'insuffisance coronarienne sévère,
- D'antécédents de convulsions,
- D'intervention chirurgicale récente au niveau de la tête.

3-Quelles sont les précautions à observer lors de l'utilisation d'Otrivine ?

Veuillez consulter votre médecin en cas :

D'hyperactivité de la thyroïde ou de diabète (Diabète mellitus), de glaucome à angle étroit, hypertension, maladies cardiovasculaires, grossesse ou allaitement.

Sans avis médical, Otrivine ne doit pas être utilisé plus de 5 jours.

Ne pas utiliser chez les enfants de moins de 15 ans. Ce médicament ne doit pas être utilisé sans ordonnance médicale.

4-Interactions avec d'autres médicaments

Veuillez informer votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez ou utilisez déjà d'autres médicaments (spécialement : les IMAO ou d'autres antidépresseurs), incluant ceux utilisés sans prescription.

Il est inutile et potentiellement dangereux d'associer entre deux médicaments contenant un vasoconstricteur seul ou associé à une ou plusieurs substances actives (même administrés par des voies différentes).

5-Otrivine peut-il être utilisé pendant la grossesse ou l'allaitement ?

Avant d'utiliser Otrivine pendant la grossesse ou l'allaitement, veuillez consulter votre médecin.

6-Comment utiliser Otrivine ?

Sauf prescription contraire du médecin, vous devez vous tenir aux recommandations posologiques suivantes pour **Adultes et enfants plus de 15 ans** :

Une nébulisation dans chaque narine, 2 à 3 applications par jour.

La posologie maximale journalière ne doit pas être dépassée.

La durée maximale de traitement ne doit pas excéder 5 jours.

Mode d'emploi du nébuliseur :

- 1.nettoyez
2. Inclinez et insérez l'
3. Exercez une inspiration
4. Retirez le nébuliseur
5. Répétez

Veuillez lire

la notice

qui vous es

tente de

faible

adresse

Chaque

personne

Ne pas

ouvertu

à la

température

ambiante

et le

lumière

directe

du soleil

ou de

lumière

artificielle

et la

humidité

ambiante

et la

température

ambiante

et la

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 dosseuse assurant 100 doses de 50 µg.

Composition

Propionate de fluticasone (DCI) 50,3
Equivalent en fluticasone 50

Excipients : Dextrose anhydre, cellulose microcristalline et carboxyméthylcellulose sodium, chlorure de benzalkonium, polysorbate 80, alcool phénylethylique, 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, 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 notoire : 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 un produit des tests pratiqués lors des contrôles.

Grossesse-allaitement :

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de l'utiliser.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

LOT: IC30802

PER: 06/2025

PPV: 75 DH 00

NAZAIR® 50µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
flacon de 100 doses



6 118001 101269

toujours c...
cas de persistance des troubles ne pas
médecin.

DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER AU MEDECIN.

Mode et voie d'administration :

Voie nasale.

- Mouchez-vous doucement pour assécher.
- Agitez doucement le flacon.

• Retirez le capuchon protecteur de l'applicateur latérales.

• Bouchez une narine, penchez légèrement la tête vers l'arrière; insérez doucement l'applicateur nasal dans le nez de haut en bas sur la collerette pour libérer la narine avant de répéter l'opération pour l'autre narine.

• Répétez l'opération pour l'autre narine.

• Essuyez l'applicateur nasal et remettez-le dans son emballage.

Lors de la toute première utilisation du produit, appliquez-le sur la collerette avec l'index et le majeur, puis pressez jusqu'à obtention d'une fine goutte.

Fréquence d'administration :

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER AU MEDECIN.

Durée de traitement

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER AU MEDECIN.

Ne pas augmenter ou diminuer la dose sans avis du pharmacien.

Nettoyage

NAZAIR 50 µg/dose doit être nettoyé au moyen d'un chiffon humide.

Procéder comme suit :

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