

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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- 0040532

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M135 Société : R A M  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : JERRARI ABDELLATIF  
Date de naissance : 31/12/1970  
Adresse :  
Tél. : 0661592548 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : JERRARI ABDELLATIF Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Bronchopneumopathie obstructive  
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) :



# RELEVÉ 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
13/11/2023		4	280.00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmisser	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOUMEN BD LA PALESTINE LOT MOUMEN EL-ALIA MOHAMMEDIA INPE: 092044049 TEL: 05 23 28 44 85	13/11/23	280.00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

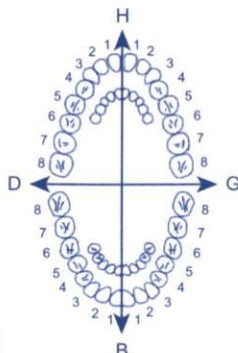
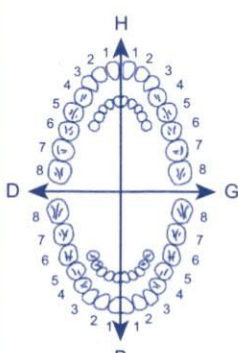
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

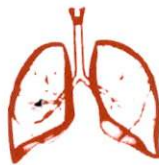
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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. I LAZREQ**

Spécialiste des maladies respiratoires et allergiques  
Diplômé de l'Université Henri Point Carré  
Faculté de Médecine et de Pharmacie de NANCY  
pneumoallergologue  
Diplôme de l'université Henri Point Carré Nancy



**الدكتور ع. الأزرق**

أخصائي أمراض الجهاز التنفسي والحساسية  
خريج جامعة هنري بوان كاري  
كلية الطب والصيدلة نانسي

Mohammedia, le : 13/07/2023

Mr Jebbari

**Dr. I. LAZREQ**  
Cabinet d'Allergologie et de  
Maladies Respiratoires  
169 Bvd. de la Palestine, Etage N°1  
INPE 0911 70581

291.00x2 Foster

100p

169 cm2

spray hucraf

582,00

2023 2x 11 x 60 jours

PHARMACIE MOUMEN  
BD LA PALESTINE LOT MOUMEN  
EL-ALIA MOHAMMADIA  
INPE: 092044049  
TEL: 05 23 28 44 85

**Dr. I. LAZREQ**  
Cabinet d'Allergologie et de  
Maladies Respiratoires  
169 Bvd. de la Palestine, Etage N°1  
INPE 0911 70581

رقم 169، الطابق الأول، شارع فلسطين، الحمدية - الهاتف : 05.23.30.42.41

1er étage, N° 169 Boulevard de Palestine, Mohammedia - Tél: 05.23.30.42.41 - E-mail : lazreqimad@yahoo.fr

Avant la délivrance aux patients  
conserver au réfrigérateur entre 2°C et 8°C

Après délivrance aux patients:

Conserver à une température ne dépassant pas 25°C  
Pour les Pharmaciens:

Inscrire la date de délivrance aux patients sur  
l'étiquette adhésive de l'étui, et coller l'étiquette  
sur l'inhalateur.

S'assurer qu'il ya une période d'au moins de 5 mois  
entre la date de délivrance et la date d'expiration  
inscrite sur l'étui.

Excipient à effet notoire: éthanol anhydre

Foster 100/6µg, solution pour  
inhalation en flacon pressurisé

■ Distribué par PROMOPHARM S.A.  
Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPV : 291DH00

LISTE I

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

**SOU MIS A PRESCRIPTION MEDICALE**



# FOSTER®

100/6 microgrammes/dose, solution pour inhalation en flacon pressurisé de 120 doses

Dipropionate de béclométhasone, fumarate de formotérol dihydraté.

Utilisation chez l'adulte

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'information à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- 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 à votre pharmacien.

## Que contient cette notice

1. QU'EST-CE QUE FOSTER ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER FOSTER ?
3. COMMENT UTILISER FOSTER ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER FOSTER ?
6. CONTENU DE L'EMBALLAGE ET AUTRES INFORMATIONS

## 1. QU'EST-CE QUE FOSTER ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

FOSTER est une solution en flacon pressurisé pour inhalation qui contient deux principes actifs. Elle s'administre par voie inhalée par inspiration buccale à l'aide d'un embout sur le dispositif pour être délivrée directement dans les poumons. Les deux principes actifs sont le dipropionate de béclométhasone et le fumarate de formotérol dihydraté. Le dipropionate de béclométhasone appartient à un groupe de médicaments appelés corticostéroïdes (ou corticoïdes), qui exercent un effet anti-inflammatoire et réduit l'inflammation et l'irritation dans vos poumons.. Le fumarate de formotérol dihydraté appartient à un groupe de médicaments appelés «bronchodilatateurs de longue durée d'action» qui provoquent un relâchement des muscles des voies respiratoires et vous aident à respirer plus facilement. L'association de ces deux principes actifs que ce soit pour les patients asthmatiques ou présentant une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) facilite la respiration en soulageant les symptômes tels que l'essoufflement, les sifflements respiratoires et la toux et aide également à éviter la survenue de ces symptômes.

### Asthme

FOSTER est destiné au traitement régulier de l'asthme chez l'adulte lorsque:

- L'asthme n'est pas correctement contrôlé par des corticoïdes inhalés et des bronchodilatateurs de courte durée d'action utilisés «à la demande».

ou

- L'asthme répond bien au traitement associant des corticoïdes et des bronchodilatateurs de longue durée d'action.

FOSTER est également préconisé pour le traitement de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) chez l'adulte. La BPCO est une maladie chronique des voies aériennes des poumons souvent causée par le tabagisme.

## 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER FOSTER ?

### N'utilisez jamais FOSTER

Si vous êtes allergique ou pensez être allergique à l'un ou l'autre des principes actifs contenus dans FOSTER ou à d'autres médicaments ou médicaments pour inhalation utilisés pour le traitement de votre maladie, ou si vous êtes allergique à d'autres composants de FOSTER (voir rubrique 6: CONTENU DE L'EMBALLAGE ET AUTRES INFORMATIONS).

Faites particulièrement attention si vous prenez Foster

Adressez-vous à votre médecin avant d'utiliser Foster si vous souffrez de troubles cardiaques tels qu'angine de poitrine (douleur cardiaque, douleur récemment eu une crise cardiaque (infarctus du myocarde), en cas d'insuffisance cardiaque (douleur du cœur (cardiopathie coronarienne), de maladie des valves cardiaques, de maladie des artères).

Foster 100/6 µg, solution pour inhalation en flacon pressurisé

Distribué par PROMOPHARM S.A.  
Z.I. de Shail - Had Soualem

PPV : 31DH00