

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

201344

M23- N° 0032889

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

|   |                                       |                                  |  |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|--|
| Cadre réservé à l'adhérent (e)                  |                                       |                                  |  |
| Matricule : <b>11135</b>                        | Société : <b>12 A 7</b>               |                                  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif       | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |  |
| Nom & Prénom : <b>JEBRARI ABDELLATIF</b>        |                                       |                                  |  |
| Date de naissance : <b>21/12/70</b>             |                                       |                                  |  |
| Adresse : <b>39 Rue El Yasmine Hay El Manha</b> |                                       |                                  |  |
| Tél. : <b>06 137 26 43</b>                      | Total des frais engagés : ..... Dhs   |                                  |  |

|  |                          |  |  |
|--|--------------------------|--|--|
| Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019  | Cadre réservé au Médecin |  |  |
| Cachet du médecin :<br>   |                          |  |  |
| Date de consultation : <b>01 / 04 / 2024</b>   |                          |  |  |
| Nom et prénom du malade : ..... Age: .....   |                          |  |  |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant  |                          |  |  |
| Nature de la maladie : ..... Pathologie : ..... <b>Pathologie infectieuse</b>  |                          |  |  |
| Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC <input type="checkbox"/> Pathologie : ..... <b>Pathologie infectieuse</b>                        |                          |  |  |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ..... <b>Pathologie infectieuse</b>   |                          |  |  |
| 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'exhaustivité 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 01/04/24        | G                 | G                     |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

|  |          |                       |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur<br>PHARMACIE MOUMEN<br>BD LA PALESTIRE LOT MOUMEN<br>EL ALEM MOHAMMEDIA<br>INPE 1092044049<br>TEL: 05 23 28 44 85 | Date     | Montant de la Facture |
|  | 01/04/24 | 873,00                |

## 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

## 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         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |  |             |                         |
|                           | H<br>25533412<br>00000000<br>00000000<br>35533411   | 21433552<br>00000000<br>00000000<br>11433553 | B<br>G      | Coefficient DES TRAVAUX |
|                           | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                           |   |  |             | DATE DU DEVIS           |
|                           |   |  |             | DATE DE L'EXECUTION     |

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 :

01/04/24

nous

Jahja

~~231°  
873°  
x3~~

~~Foster 100ml 16% (CN3)  
spray buccal~~

~~15-20li x 90jour~~

PHARMACIE MOUMEN  
BD LA PALESTINE LOT MOUMEN  
EL-AUA MOHAMMEDIA  
INPE: 09 204 40 49  
TEL: 05 23 28 44 85

رقم 169، الطابق الأول، شارع فلسطين، المحمدية - 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

# FOSTER®

100/6 microgrammes/dose

## Solution pour inhalation en flacon pressurisé, de 120 doses

Dipropionate de bêclométasone, fumarate de formotérol dihydraté.

### Utilisation chez l'adulte

Veuillez 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 toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'information au pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre présentant des symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, 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 CONNAITRE AVANT D'UTILISER FOSTER?
3. COMMENT UTILISER FOSTER?
4. EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS
5. COMMENT CONSERVER FOSTER?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

#### 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 inhalé par inspiration buccale à l'aide d'un embout sur le dispositif pour être délivré directement dans les voies respiratoires. Les deux principes actifs sont le dipropionate de bêclométasone et le fumarate de formotérol. Le dipropionate de bêclométasone appartient à un groupe de médicaments appelés corticoïdes et exerce 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 «bronchodéTECTeurs» 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 maladie pulmonaire chronique obstructive (BPCO) facilite la respiration en soulageant les symptômes de l'asthme et de la BPCO tels que les difficultés respiratoires et la toux et aide également à éviter la survenue d'attaques d'asthme.

#### Asthme

FOSTER est destiné au traitement régulier de l'asthme chez l'adulte. Il n'est pas recommandé pour les enfants de moins de 12 ans. L'asthme n'est pas correctement contrôlé par des corticoïdes utilisés «à la demande».

Quelques personnes peuvent développer une réaction allergique au fumarate de formotérol. Si vous ressentez des symptômes de réaction allergique, arrêtez immédiatement l'utilisation de FOSTER et consultez votre médecin.

#### Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)



6 118001 260447

12/2024  
03/2023  
1170748

Expi.:  
Fob.:  
Lot:

# FOSTER®

100/6 microgrammes/dose

## Solution pour inhalation en flacon pressurisé, de 120 doses

Dipropionate de bêclométasone, fumarate de formotérol dihydraté.

### Utilisation chez l'adulte

Veuillez 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 toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'information au pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre présentant des symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, 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 CONNAITRE AVANT D'UTILISER FOSTER?
3. COMMENT UTILISER FOSTER?
4. EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS
5. COMMENT CONSERVER FOSTER?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

#### 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 inhalé par inspiration buccale à l'aide d'un embout sur le dispositif pour être délivré directement dans les voies respiratoires. Les deux principes actifs sont le dipropionate de bêclométasone et le fumarate de formotérol. Le dipropionate de bêclométasone appartient à un groupe de médicaments appelés corticoïdes et exerce 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 «bronchodéTECTeurs» 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 maladie pulmonaire chronique obstructive (BPCO) facilite la respiration en soulageant les symptômes de l'asthme et de la BPCO tels que les difficultés respiratoires et la toux et aide également à éviter la survenue d'attaques d'asthme.

#### Asthme

FOSTER est destiné au traitement régulier de l'asthme chez l'adulte. Il est recommandé pour les patients dont l'asthme n'est pas correctement contrôlé par des corticoïdes utilisés «à la demande».

Quelques patients peuvent répondre bien au traitement associant des corticoïdes et des bronchodilatateurs de longue durée d'action.

Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

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

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

PPV : 291DH00

12/2024  
03/2023  
1170748

Expi.:  
Fob.:  
Lot:



6 118001 260447



# FOSTER®

100/6 microgrammes/dose

## Solution pour inhalation en flacon pressurisé, de 120 doses

Dipropionate de bêclométasone, fumarate de formotérol dihydraté.

### Utilisation chez l'adulte

Veuillez 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 toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'information au pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre présentant des symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou 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 CONNAITRE AVANT D'UTILISER FOSTER?
3. COMMENT UTILISER FOSTER?
4. EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS
5. COMMENT CONSERVER FOSTER?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

#### 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 inhalé par inspiration buccale à l'aide d'un embout sur le dispositif pour être délivré directement dans les voies respiratoires. Les deux principes actifs sont le dipropionate de bêclométasone et le fumarate de formotérol. Le dipropionate de bêclométasone appartient à un groupe de médicaments appelés corticoïdes et exerce 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 «bronchodéTECTeurs» 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 maladie pulmonaire chronique obstructive (BPCO) facilite la respiration en soulageant les symptômes respiratoires et la toux et aide également à éviter la survenue d'asthme nocturne.

#### Asthme

FOSTER est destiné au traitement régulier de l'asthme chez l'adulte. Il n'est pas recommandé pour les personnes dont l'asthme n'est pas correctement contrôlé par des corticoïdes utilisés «à la demande».

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

#### Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

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

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

PPV : 291DH00

12/2024  
03/2023  
1170748

Expi.:  
Fob.:  
Lot:



6 118001 260447

