

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

- 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'Horizon
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-005862

156143

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5340 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mounir Boucharb

Date de naissance : 1953

Adresse :

Tél. : 0663517268 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AZOUZI Souad
Médecin Généraliste
C/S Al Oud - Berroussi

Date de consultation : 30/03/2023

Nom et prénom du malade : Mounir Boucharb Age : 1953

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypertension artérielle

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie :



En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 05 AVR 2023


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.

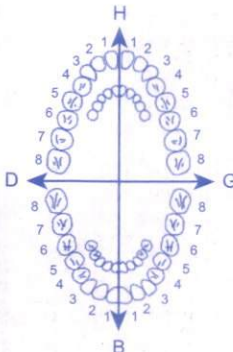
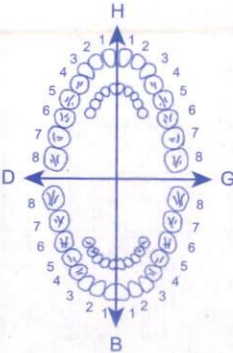
Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
30/03/2023		Conseil	général	  DR. AZOUZI SORH Médecin Généraliste C.S. Al Qods

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/01/23	607,00

[illegible][illegible]

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 style="width: 80%;" type="text"/>								
					Montants des Soins <input style="width: 80%;" type="text"/>								
					Début d'exécution <input style="width: 80%;" type="text"/>								
					Fin d'exécution <input style="width: 80%;" type="text"/>								
O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<div style="margin-bottom: 5px;">H</div> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 5px;">11433553</td> </tr> </table> <div style="margin-top: 5px;">B</div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Coefficient des Travaux <input style="width: 80%;" type="text"/>
	25533412	21433552											
	00000000	00000000											
	00000000	00000000											
	35533411	11433553											
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montants des Soins <input style="width: 80%;" type="text"/>								
					Date du devis <input style="width: 80%;" type="text"/>								
					Date de l'exécution <input style="width: 80%;" type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

PHARMACIE SEMLALI
n°83, Angle des Rues 11 et 18
Sid El Khadir
Tél : 06.22.89.62.93



20/10/2023

Mouad Boucharb

134.5000

① - CO - IRVEL

150/12,5mg

1/2 à 3 mois

② - Kolmoner 48

6900 48 x 2 j



T. 607.02

PHARMACIE SEMLALI
n°83, Angle des Rues 11 et 18
Sid El Khadir
Tél : 06.22.89.62.93



CO-IRVEL® 150 mg/12,5 mg & 300 mg/12,5 mg Comprimés pelliculés, boîtes de 7, 14 et 28

Irbésartan/Hydrochlorothiazide

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre 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'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais 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 CO-IRVEL® et dans quel cas est-il utilisé ?
- 2- Quelles sont les informations à connaître avant de prendre CO-IRVEL® ?
- 3- Comment prendre CO-IRVEL® ?
- 4- Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- 5- Comment conserver CO-IRVEL® ?
- 6- Informations supplémentaires.

1- QU'EST-CE QUE CO-IRVEL® ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique :

CO-IRVEL® est une association de deux substances actives, l'irbésartan et l'hydrochlorothiazide, code ATC : C09DA04. L'irbésartan appartient à un groupe de médicaments connus sous le nom d'antagonistes des récepteurs de l'angiotensine-II. L'angiotensine-II est une substance formée par l'organisme qui se lie aux récepteurs des vaisseaux sanguins, ce qui entraîne leur constriction. Il en résulte une élévation de la pression artérielle. L'irbésartan empêche la liaison de l'angiotensine-II à ces récepteurs et provoque ainsi un effet relaxant au niveau des vaisseaux sanguins et une baisse de la pression artérielle. L'hydrochlorothiazide fait partie d'un groupe de médicaments (appelés diurétiques thiazidiques) qui favorisent l'élimination d'urine, diminuant de cette manière la pression artérielle. Les deux principes actifs de CO-IRVEL® permettent ensemble de diminuer la pression artérielle de manière plus importante que s'ils avaient été pris seuls.

Indication thérapeutique :

CO-IRVEL® est utilisé pour traiter l'hypertension artérielle (pression artérielle élevée), lorsqu'un traitement par l'irbésartan seul ou l'hydrochlorothiazide seul ne contrôle pas de façon adéquate votre pression artérielle.

2- QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE CO-IRVEL® ?

Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament :

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucs, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Contre-indications :

Ne prenez jamais CO-IRVEL®, comprimés pelliculés dans les cas suivants :

- si vous êtes allergique à l'irbésartan, ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament.
- si vous êtes allergique à l'hydrochlorothiazide ou à tout autre médicament dérivé des sulfonamides.
- si vous êtes enceinte de plus de 3 mois (il est également préférable d'éviter de prendre CO-IRVEL® en début de grossesse).
- si vous avez des problèmes hépatiques ou rénaux graves.
- si vous avez des difficultés pour uriner.

Si votre médecin constate la persistance de taux élevés de calcium ou de taux faibles de potassium dans votre sang, ou si vous avez du diabète ou une insuffisance rénale et que vous êtes traité(e) par un médicament contenant de l'aliskiren, pour diminuer votre pression artérielle.

CO-IRVEL® dans l'une des situations ci-dessus, ne prenez pas CO-IRVEL® et parlez-en à votre médecin.

Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi :

Faites attention avec CO-IRVEL®, comprimés pelliculés :

- si vous souffrez de vomissements ou de diarrhées importantes.
- si vous souffrez de problèmes rénaux, ou si vous avez une greffe de rein.
- si vous souffrez de problèmes cardiaques.
- si vous souffrez de problèmes hépatiques.
- si vous souffrez d'un diabète.
- si vous souffrez d'un lupus érythémateux (connu aussi sous le nom de lupus ou LED).
- si vous souffrez d'hyperaldostérionisme primaire (une condition liée à une forte production de l'hormone aldostérone, qui provoque une rétention du sodium et par conséquent une augmentation de la pression artérielle).
- si vous prenez l'un des médicaments suivants pour traiter une hypertension :
 - un « inhibiteur de l'enzyme de Conversion (IEC) » (par exemple énalapril, lisinapril, ramipril), en particulier si vous avez des problèmes rénaux dus à un diabète.
 - aliskiren.

Votre médecin pourra être amené à surveiller régulièrement le fonctionnement de vos reins, votre pression artérielle et le taux des électrolytes (par ex. du potassium) dans votre sang.

Vous devez informer votre médecin si vous pensez être (ou susceptible de devenir) enceinte.

CO-IRVEL® est déconseillé en début de grossesse, et ne doit pas être pris si vous êtes plus de 3 mois de grossesse, car il peut entraîner de graves problèmes de santé chez l'enfant à naître s'il est utilisé au cours de cette période.

Vous devez également prévenir votre médecin :

- si vous suivez un régime hyposodé (peu riche en sel)
- si vous avez des signes, tels que soif anormale, bouche sèche, faiblesse générale, somnolence, douleurs musculaires ou crampes, nausées, vomissements ou battements du cœur anormalement rapides qui pourraient indiquer un effet excessif de l'hydrochlorothiazide (contenu dans CO-IRVEL®).

La posologie recommandée de CO-IRVEL® est de 1 comprimé par jour. Ce médicament sera habituellement prescrit par votre médecin si votre précédent traitement n'a pas permis une réduction suffisante de votre pression artérielle. Votre médecin vous indiquera comment passer de votre précédent traitement à CO-IRVEL®. Si ce traitement ne permet pas de réduire votre pression artérielle de manière suffisante, votre médecin sera en mesure de vous prescrire un traitement complémentaire.

Mode et voie d'administration :

CO-IRVEL® se prend par voie orale. Les comprimés doivent être avalés avec une quantité suffisante de liquide (par exemple, un verre d'eau). Vous pouvez prendre ce médicament au cours ou en dehors des repas. Vous devez essayer de prendre votre dose quotidienne approximativement à la même heure chaque jour. Il est important que vous continuiez à prendre CO-IRVEL® sauf si votre médecin vous demande le contraire.

L'effet maximal de la baisse de pression artérielle est obtenu en 6 à 8 semaines après le début du traitement.

Symptômes et conduite à tenir en cas de surdosage

Si vous avez pris plus de CO-IRVEL® que vous n'auriez dû ; Si vous prenez accidentellement un trop grand nombre de comprimés, prévenez immédiatement votre médecin.

Conduite à tenir en cas d'omission d'une ou plusieurs doses

Si vous oubliez de prendre CO-IRVEL®, comprimés pelliculés : Si par inadvertance vous oubliez un jour de prendre votre médicament, prenez la dose suivante comme d'habitude. Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oubliée de prendre. Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Mention, si nécessaire, d'un risque de syndrome de sevrage

Si vous arrêtez de prendre CO-IRVEL®, comprimés pelliculés : L'arrêt de votre traitement par CO-IRVEL® peut entraîner une aggravation de votre maladie.

N'arrêtez pas votre traitement sans avis contraire de votre médecin.

QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Certains effets peuvent être sérieux et peuvent nécessiter une surveillance médicale.

De rares cas d'allergie cutanée (éruption, urticaire), ainsi que des gonflements localisés de la face, des lèvres et/ou de la gorge ont été rapportés chez des patients prenant de l'irbésartan.

Si vous développez l'un de ces effets ou si vous êtes essouffé, arrêtez le médicament.

La fréquence des effets indésirables listés ci-dessous est définie par :

Fréquent : peut affecter jusqu'à 1 personne sur 10

Peu fréquent : peut affecter jusqu'à 1 personne sur 100

Les effets indésirables rapportés lors des études cliniques chez

Effets indésirables fréquents (pouvant affecter jusqu'à 1 p

• Nausées/vomissements

• Besoin anormal d'uriner

• Fatigue

• Vertiges (y compris en se levant d'une position couchée ou

• Tests sanguins pouvant montrer une augmentation des ta

(créatine kinase) ou une augmentation du taux de substances

créatinine).

Si vous êtes gêné par l'un de ces effets indésirables, parlez

Effets indésirables peu fréquents (pouvant affecter jusqu'à 1

• Diarrhée

• Pression artérielle basse

• Faiblesse

• Accélération des battements cardiaques

• Bouffées de chaleur

• Œdème

• Dysfonctionnement sexuel (problèmes de performance sexuelle

• Tests sanguins pouvant révéler une diminution des taux de po

Si vous êtes gêné par l'un de ces effets indésirables, parlez-en

Effets indésirables rapportés depuis la commercialisation de

Des effets indésirables ont été rapportés depuis la commercialisation,

connue sont : maux de tête, bourdonnements d'oreilles, toux, altérat

anomalie de la fonction hépatique et altération de la fonction rénale, augm

nausées, vomissements ou battements du cœur anormalement rapides qui pourraient indiquer un effet excessif de

hydrochlorothiazide (contenu dans CO-IRVEL®).

134.10

501219b

Lot N°
Exp
ppv



Gélule
Voie orale

Kalmaner

Deva
Pharmaceutique

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Valeriana officinalis L (extrait sec).....100 mg
Crataegus oxyacantha L (extrait sec).....100 mg
Passiflora incarnata L (extrait sec).....100 mg
Lavanda angustifolia (extrait sec).....50 mg
Excipients : stéarate de magnésium, maltodextrine, dioxyde de silicium.

FORME ET PRESENTATIONS

Gélule
Boite de 15 / Boite de 30

PROPRIETES

Kalmaner contient des actifs d'origine végétale ayant prouvé leur efficacité dans les états d'agitation, stress, nervosité et insomnies.

VOIE D'ADMINISTRATION ET UTILISATIONS

Voie orale
Prendre 2 gélules trois fois par jour à avaler avec un grand verre d'eau en complément d'une alimentation variée et équilibrée
Ne pas dépasser la dose recommandée.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Afin d'éviter d'éventuelles interactions nocives entre plusieurs substances, signaler à votre médecin ou à votre pharmacien tout traitement en cours.
Ne pas utiliser chez l'enfant moins de 12 ans.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

D'une façon générale, il convient au cours de la grossesse et de l'allaitement de toujours demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant d'utiliser un produit.

A CONSERVER DANS UN ENDROIT SEC ET FRAIS GARDER HORS DE PORTÉE DES ENFANTS

Autorisation ministère de la santé n° : DA201818052



Deva
Pharmaceutique

146-147 Zone industrielle Ti Moult, Casablanca