

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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

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- 0038104 « M.L.D »

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9436

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MEQDAME Houssine

Date de naissance : 05-06-1960

Adresse : ADRESSE HABITUELLE

Tél. : Total des frais engagés : 1456,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : « M.L.D »

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 : CASABLANCA

Le : 11/08/2020

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

**STE PHARMACIE HAMZA CASABLANCA**  
 11, Bd. H. J. Fatah Rue 6 N° 3 Lot. 64  
 Casablanca - Tél: 0522 93 10 29

11.08.20      1456,00

# 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

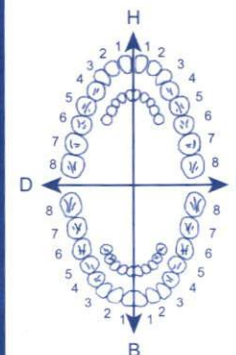
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

# 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

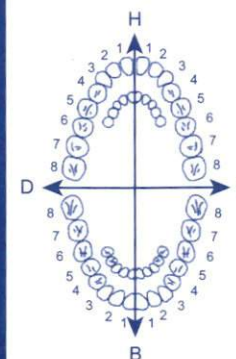
H  
 25533412 21433552  
 00000000 00000000  
 D 00000000 00000000 G  
 35533411 11433553  
 B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



**(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

**Louis-Henri Rue 6 N° 3 Lot. 64**  
**Camblanca - Tél: 0522 93 10 28**

**Facture N° 95**

M. EELMEQDAM?

| Quantité | désignation    | Prix   | Montant |
|----------|----------------|--------|---------|
| 07       | Colerem 5/5 mg | 208.00 | 1456.00 |
|          |                |        | 1456.00 |

**STE PHARMACIE HANZA**  
**CASABLANCA**  
 Local. 104, Avenue Rue 6 N° 9 Lot. 64  
 Casablanca - Tél: 0522 93 40 20



## COVERAM® 5 mg / 5 mg Comprimés

Périndopril arginine / Amlodipine

## COVERAM® 5 mg / 10 mg Comprimés

Périndopril arginine / Amlodipine

## COVERAM® 10 mg / 5 mg Comprimés

Périndopril arginine / Amlodipine

## COVERAM® 10 mg / 10 mg Comprimés

Périndopril arginine / Amlodipine

**Veillez Lire attentivement 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, interrogez votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Les effets indésirables sont identiques aux autres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Il ne serait pas mentionné dans cette notice. (Cf. «Quels sont les effets indésirables éventuels»).

### Dans cette notice :

1. Ou est-ce que COVERAM, comprimé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre COVERAM, comprimé ?
3. Comment prendre COVERAM, comprimé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver COVERAM, comprimé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

### 1-OU'EST-CE QUE COVERAM, COMPRIMÉ ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et inhibiteurs calciques.  
Code ATC : C09BB04

COVERAM, comprimé est indiqué dans le traitement de l'hypertension artérielle et/ou dans le traitement de la maladie coronarienne stable (une maladie où l'alimentation du cœur en sang est réduite ou bloquée).

Les patients qui prennent déjà séparément des comprimés de périndopril et d'amlodipine peuvent à la place recevoir un comprimé de COVERAM, comprimé qui contient les deux principes actifs.

COVERAM, comprimé est une association de deux principes actifs, périndopril et amlodipine.

Le périndopril est un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC). L'amlodipine est un antagoniste calcique (qui appartient à la classe des dihydropyridines). Ceux-ci agissent en relaxant et en décontractant les vaisseaux sanguins, facilitant ainsi le travail du cœur pour expulser le sang dans les vaisseaux.

### 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE COVERAM, COMPRIMÉ ?

#### Ne prenez jamais COVERAM, comprimé :

- si vous êtes allergique au périndopril ou à tout autre inhibiteur de l'enzyme de conversion ou à l'amlodipine ou aux autres inhibiteurs calciques, ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament (Cf. «Contenu de l'emballage et autres informations»).

- si vous êtes enceinte depuis plus de 3 mois (il est également préférable d'éviter de prendre COVERAM, comprimé, en début de grossesse, voir rubrique «Grossesse et Allaitement»).

- si vous avez déjà eu des symptômes tels que des sifflements respiratoires, un gonflement de la face ou de la langue, des démangeaisons intenses ou des éruptions cutanées sévères lors d'un traitement antérieur par IEC ou si vous ou un membre de votre famille a déjà eu ces symptômes quel que soient les circonstances (état appelé angioedème).

- si vous avez du diabète ou une insuffisance rénale et que vous êtes traité par un médicament contenant de l'alsikirene pour diminuer votre pression artérielle.

- si vous avez un rétrécissement de la valve aortique (sténose aortique) ou un choc cardiogénique (une affection dans laquelle votre cœur est incapable de fournir assez de sang à l'organisme).

- si vous avez une pression artérielle très basse (hypotension).

- si vous souffrez d'une insuffisance cardiaque après une crise cardiaque.

- si vous êtes dialysé(e) ou si vous bénéficiez d'un autre type de filtration sanguine.

En fonction de la machine utilisée, COVERAM peut ne pas être adapté.

- si vous avez des problèmes rénaux avec diminution de l'apport sanguin au niveau rénal (sténose artérielle rénale).

- si vous êtes actuellement traité par sacubitril/valsartan, un médicament utilisé pour traiter l'insuffisance cardiaque (voir «Avertissements et précautions» et «Autres médicaments et COVERAM»).

#### Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin, pharmacien ou votre infirmier/ère avant de prendre COVERAM, comprimé, si vous êtes dans les cas suivants :

- insuffisance cardiaque hypertrophique (maladie du muscle cardiaque) ou sténose de l'artère rénale (rétrécissement de l'artère menant le sang au rein),

- insuffisance cardiaque,

- augmentation sévère de la pression artérielle (crise hypertensive),

- tout autre problème cardiaque,

- problèmes hépatiques,

- problèmes rénaux ou si vous êtes dialysé,

- Si vous avez des taux anormalement élevés d'une hormone appelée aldostérone dans le sang (aldostéronisme primaire)

- maladie du collagène vasculaire (maladie du tissu conjonctif) comme un lupus érythémateux disséminé ou une sclérodémie,

- diabète.

- si vous suivez un régime pauvre en sel ou si vous utilisez un substitut de sel contenant du potassium (un bon équilibre du potassium dans le sang est indispensable),

- si vous êtes une personne âgée et que votre dose a besoin d'être augmentée,

- si vous prenez l'un des médicaments suivants pour traiter une hypertension :

- un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II («ARA-II») (aussi connu sous le nom de sartan - par exemple valsartan, telmisartan, irbesartan), en particulier si vous avez des problèmes rénaux dus à un diabète,

- alsikirene.

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.

Voir aussi les informations dans la rubrique «Ne prenez jamais COVERAM, comprimé».

Si vous prenez l'un des médicaments suivants, le risque d'angioedème est augmenté :

- racécadotril (utilisé pour traiter la diarrhée),
- sirolimus, évérolimus, temsirolimus et autres médicaments appartenant à la classe des inhibiteurs de mTOR (utilisés pour éviter le rejet d'organes transplantés),
- sacubitril (disponible en association à dose fixe avec valsartan), utilisé pour traiter l'insuffisance cardiaque chronique.

Votre médecin comprimé avait vous recommander, comprimé. COVERAM, comprimé doit être pris si vous à votre enfant.

#### Allaitement

Il a été démontré

informez votre

COVERAM, comprimé

rait choisir un

nouveau-né ou

Conduite de

COVERAM, comprimé

des machines.

Si avec le traitement,

si vous vous sentez

devez pas continuer

immédiatement

COVERAM, comprimé

Si votre médecin

sucres, contactez

3. COMMENT

Veillez à toujours

votre médecin

cas de doute.

Avalez votre comprimé

jour, le matin, avec

vous. La dose de

COVERAM, comprimé

répond des besoins

Utilisation

COVERAM,

Si vous avez

Si vous avez

de l'hôpital

surdosage,

produit, elle

Si vous oubliez

Il est important

est plus efficace

reprennez sim

Ne prenez pas

prendre.

Si vous arrêtez

Le traitement

durée, vous

Si vous avez

d'information

4. QUELS SONT

Comme tous les

mais ils ne

Si vous re

prendre ce

• respirato

• gorgisme

• gonflem

• réaction

de la peau

desquam

Stevens-Johns

• vertiges ou ét

• crise cardiaque

leurs thoraciq

• inflamm

severe accor

Les effets in

divient géna

• Effets ind

oedème (réter

• Effets ind

tête, étourdis

sensation d'eng

vision (y compris

palpitations (consci

une baisse de pression

leurs abdominaux, troubles

transit abdominal, diarrhées

cutanées (démangeaisons), ou

chevilles (oedème périphérique)

D'autres effets indésirables figurent

ressentent l'un des effets mentionnés

indésirables non mentionnés dans ce

ou votre pharmacien.

• Effets indésirables peu fréquents (peut affecter jusqu'à 1 patient sur 100) : changements d'humeur, anxiété, dépression, insomnie, troubles du sommeil, tremblements,

COVERAM, comprimé. Il COVERAM, comprimé ne doit pas gravement

quantités. à allaher. ecin pour- fant est un

et à utiliser

tête qui tourne,

ex de tête, vous ne

tre médecin

à certains

ications de

rmacien en

oment de la

ie adaptée pour

nant déjà sépa-

folescents.

du

vice d'urgence

able, en cas de

nts. Si cela se

ées.

on traitement régulier

COVERAM, comprimé

avez oublié de

ent de longue

amandez plus

ère.

ets indésirables,

nédiatement de

difficulté respi-

es respiratoires,

ricaire, rougeur

on de vésicules,

syndrome de

ons allergiques,

normaux, dou-

ale et dorsale

de ces effets

tre médecin :

teur sur 10) :

); : maux de

nti, vertiges,

troubles de la

ans les oreilles,

ourdissement dû à

vomissements, dou-

officile, perturbation du

niques (telles que éruptions

ue, faiblesse, gonflement des

avant ont été rapportés. Si vous

ve ou si vous présentez des effets

veillez en informer votre médecin