

## 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, parodontologie 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.

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



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-453174

ND: 26289

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8436 Société : ROYAL AIR MAROC  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : DEPART VOLONTAIRE  
 Nom & Prénom : EL MEQDAME HOUSSINE  
 Date de naissance : 05-06-1960  
 Adresse : ADRESSE HABITUELLE  
 Tél. : 0653 605234 Total des frais engagés : 1040,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : EL MEQDAME HOUSSINE Age : 60 ans  
 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 : 15/04/2020

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
				INP : <input type="text"/>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15-04-2020	1040.00

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

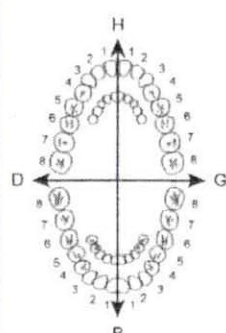
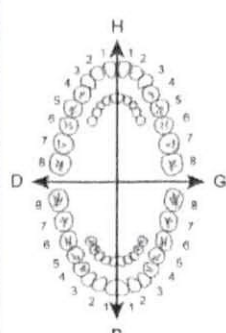
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(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



Lot 11. May fetch near 6 N° 3 Lot. 64  
Cashmere - Tel: 6522 98 10 28

Facture N° 76

M. = ELMER DAME House no

Quantité	désignation	Prix	Montant
05	Coverlam Smg / 5mg	208.00	1040.00
			<u>1040.00</u>

STE PHARMACEUTICALS  
CASAPLANCA  
L'Esplanade de la Santé  
Casablanca - Maroc 2019

## 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/ère.
- 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 vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. (Cf. «Quels sont les effets indésirables éventuels?»)

### Dans cette notice :

1. De quel est-ce que COVERAM, comprimé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Classe pharmacothérapeutique : inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et inhibiteurs calciques
3. Code ATC : C09BB04
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver COVERAM, comprimé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

### 1-QU'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 dilatant 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 préféralable 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 soit 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'alisirène pour diminuer votre pression artérielle.

- si vous avez une 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 :

- cardiomyopathie 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 sclérodermie,

- 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,

- 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 avez 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.

**Insuffisance cardiaque chronique**

Votre médecin vous recommandera normalement d'arrêter de prendre COVERAM, comprimé avant d'être enceinte ou de le prendre si vous êtes enceinte. Il vous recommandera de prendre un autre médicament que COVERAM, comprimé, si vous êtes enceinte ou si vous êtes allaitée. Si vous êtes enceinte ou si vous êtes allaitée, ne prenez pas COVERAM, comprimé.

### Allaitement

Il a été démontré que l'amlodipine est

informez votre médecin si vous alla

COVERAM, comprimé est déconseillé

rait choisir un autre traitement si

nouveau-né ou un prématuré.

### Conduite de véhicules et utilisation de machines

COVERAM, comprimé peut affecter votre

de machines.

Si avec le traitement, vous ne vous sentez

si vous vous sentez faible ou fatigué, ou si

devez pas conduire de véhicules

immédiatement.

### COVERAM, comprimé contient

Si votre médecin vous a informé

sucres, contactez-le avant de

### 3. COMMENT PRENDRE COVERAM

Veillez à toujours prendre ce mé

votre médecin ou pharmacien. V

cas de doute.

Avalez votre comprimé avec un v

journée, le matin, avant le repas. V

vous. La dose habituelle est de 1 com

COVERAM, comprimé sera généraleme

nement des comprimés de périndopril et d

### Utilisation chez les enfants et les adolescents

COVERAM, comprimé n'est pas re

Si vous avez pris plus de COVER

Si vous avez pris trop de comprimé

de l'hôpital le plus proche ou votre

surdosage, est l'hypertension a

produit, elle peut être combattue

Si vous oubliez de prendre COVER

Il est important de prendre votre

est plus efficace. Cependant, si

reprenez simplement votre traiteme

Ne prenez pas une double dose p

prendre.

### Si vous arrêtez de prendre COVERAM, comprimé

Le traitement avec COVERAM, comprimé

durée, vous devez demander conseil à

Si vous avez d'autres questions

d'informations à votre médecin.

### 4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES

Comme tous les médicaments, d

mais ils ne surviennent pas syst

Si vous remarquez l'un des eff

prendre ce médicament et contr

- respiration sifflante soudaine,

- raie

- gonflement des paupières, du v

- gonflement de la langue et de la gon

- réactions cutanées sévères, notamm

- de la peau sur l'ensemble du corps, des

- desquamation et gonflement de

- Stevens-Johnson, nécrolyse ép

- vertiges ou étourdissement

- crise cardiaque, battement

- leurs thoraciques

- inflammation du pancréas

- sévère accompagné d'un tré

- Les effets indésirables fréq

- devient gênant ou si dure p

- Effets indésirables très tr

- oedème (rétention d'eau),

- effets indésirables suivants :

- tête, étourdissements, gonflem

- sensation d'engourdissement ou tou

- vision (y compris vision double), acou

- palpitations (conscience de vos batteme

- une baisse de pression artérielle, toux, ess

- leurs abdominaux, troubles du goût, dyspe

- transit abdominal, diarrhées, constipation, réa

- cutanées, démangeaisons, crampes musculaire

- chevilles (œdème périphérique).

- D'autres effets indésirables figurant sur la liste

- ressentent l'un des effets mentionnés comme grave

- effets indésirables non mentionnés dans cette notice, veuillez en informer votre médecin

- 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,