

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- Reclamation : 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.

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10215 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : CHGUIRA Masta Pha

Date de naissance : 01/01/1961

Adresse : Meme adresse

Tél. : Total des frais engagés : 25.8.60 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 : / /

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : / /

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) :

## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>D. CHALAK</b> Docteur en Pharmacie 55, Av. Oued Souf Casablanca ICE : 00000000000000000000000000000000		151,63

**Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur**

**B. CHALAK PHARMACEUTIQUE  
Docteur en PH.  
55 AV. Oued Sfar  
Tel/Fax: 02154343  
ICE: 00154343**

## 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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F		DETERMINATION DU COEFFICIENT		

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[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

## FACTURE

N°

A

Cas

Le

20

M

Mar Kapta

Doit

QUANTITE	DESIGNATION	PRIX U.	TOTAL
	spectrum 500 /10 g	24,80	
	AM 0,5	49,40	
	AM 1,0	63,70	
	opatanol	90,70	
	total	258,60	
	la facture est en cours de préparation		
	date : 25/07/2007		



PHARMACIE AL OUARD  
S. CHALAK Haj Nassar  
Docteur en Pharmacie  
55, Av. Oued Sebou - El Oued  
Tel / Fax : 05 22 90 53 45  
CASABLANCA  
ICE : 001541468000057

Lot 44

PER:02/2024

AMM N° 148/14 DMP/21/NNP  
Steripharma  
Z.I Lina n° 347 Sidi Maârouf - Casablanca  
Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable



#### **DENOMINATION, FORMES ET COMPOSITIONS**

**AM-5®**, boîtes de 10 et 30 comprimés ..... 5,00 mg  
Amlodipine .....  
(sous forme d'amlodipine bésylate)  
Excipients q.s.p. ..... 1 comprimé

**AM-10®**, boîtes de 10 et 30 comprimés ..... 10,00 mg  
Amlodipine .....  
(sous forme d'amlodipine bésylate)  
Excipients q.s.p. ..... 1 comprimé

#### **CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE**

Inhibiteur calcique sélectif à effet vasculaire

#### **INDICATIONS**

- Hypertension artérielle.
- Traitement préventif des crises d'angor: angor d'effort, angor spontané (dont l'angor de Prinzmetal).

#### **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION**

• Hypertension artérielle  
La dose initiale est de un comprimé (à 5 mg) une fois par jour, qui pourra être augmentée à 10 mg par jour en une seule prise en fonction de la réponse au traitement.

• Angine de poitrine  
La dose initiale est de un comprimé (à 5 mg) une fois par jour, qui pourra être augmentée à 10 mg par jour en une seule prise en fonction de la réponse au traitement.

La dose quotidienne maximale est de 10 mg.

• Chez le sujet âgé  
L'amiodipine, utilisée à des doses similaires chez le sujet âgé ou le sujet plus jeune, est tolérée de la même manière.

• Chez l'insuffisant rénal  
Le traitement peut être débuté à la posologie usuelle recommandée. Les variations des concentrations plasmatiques ne sont pas corrélées avec le degré d'insuffisance rénale. L'amiodipine n'est pas dialysable. Il n'est pas nécessaire d'ajuster les doses d'amiodipine en cas d'association avec des diurétiques thiazidiques, des bêta-bloquants ou des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine.

#### **CONTRE-INDICATIONS**

- Ce médicament ne doit jamais être utilisé en cas d'hypersensibilité aux dihydropyridines.
- Ce médicament est généralement déconseillé en cas d'association au dantrolène.

#### **MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI**

##### **Mises en garde spéciales**

- L'efficacité et la tolérance de l'amiodipine n'ayant pas été étudiées chez l'enfant, son utilisation chez l'enfant est déconseillée.
- En cas de survenue de signes cliniques (asthénie, anorexie, nausées persistantes), il est recommandé de doser les enzymes hépatiques. En cas d'élévation des taux et, à plus forte raison, en cas d'ictère, le traitement doit être interrompu.





compliance (en particulier au début du

e, constipation, indigestion.

liste suivante ont été rapportés. Si vous ne grave ou si vous présentez des effets désirables non mentionnés dans cette notice, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

**Effets indésirables peu fréquents : pouvant affecter jusqu'à 1 personne sur 100 :**

- Changement de l'humeur, anxiété, dépression, insomnie.
- Tremblements, anomalies du goût, perte de conscience.
- Sensations d'engourdissement ou de fourmillements dans les membres, perte de la sensation de douleur.
- Tintements dans les oreilles.
- Diminution de la pression artérielle.
- Eternuements et écoulement nasal provoqués par une inflammation de la muqueuse du nez (rhinite).
- Toux.
- Bouche seche, vomissements (nausées).
- Chute des cheveux, augmentation de la transpiration, démangeaisons cutanées, plaques rouges sur la peau, changement de coloration de la peau.
- Difficulté à uriner, augmentation des envies d'uriner la nuit, augmentation du nombre de révolutions.
- Incapacité à obtenir une érection, gêne ou augmentation des seins chez l'homme.
- Douleur, malaise.
- Douleurs articulaires ou musculaires, douleurs dorsales.
- Augmentation ou diminution du poids.

**Effets indésirables rares : pouvant affecter jusqu'à 1 personne sur 1 000 :**

- Diminution du nombre des globules blancs, diminution des plaquettes sanguines pouvant entraîner une formation anormale d'hématoques ou des saignements récurrents.
- Augmentation du sucre dans le sang (hyperglycémie).
- Trouble des nerfs entraînant une faiblesse musculaire, des fourmillements ou un engourdissement.
- Gonflement des gencives.
- Ballonnement abdominal (gastre).
- Anomalies de la fonction hépatique, inflammation du foie (hépatite), jaunissement de la peau (ictère), élévation des enzymes hépatiques pouvant avoir un effet sur certaines analyses médicales.
- Augmentation de la tension musculaire.
- Inflammation des vaisseaux sanguins, souvent accompagnée d'une éruption cutanée.
- Sensibilité à la lumière.
- Troubles combinant de la rigidité, des tremblements et/ou trouble du mouvement.

**Déclaration des effets indésirables suspectés :**

La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament.

**6. Comment conserver AMEP® comprimés ?**

- Pas de conditions particulières de conservation.
- Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.
- Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur la boîte.
- Ne jetez aucun médicament au tout-à-l'égoût ni avec les ordures ménagères.
- Demandez à votre pharmacien d'éliminer les médicaments que vous n'utilisez plus. Ces mesures contribueront à protéger l'environnement.

**6. Informations supplémentaires :**

**• Que contient AMEP® comprimés ?**

Pour un comprimé

	AMEP 10 en mg	AMEP 5 en mg
Principe actif :	13.90	6.95
Amiodipine	10.00	5.00
Équivalents en amiodipine		
Excipients : Cellulose microcristalline, Hydrogénophosphate de calcium dihydraté, Silice colloïdale anhydre, Carboxyméthyle d'amidon (type A), Stéarate de magnésium.		

• Liste des Excipients à effet notable : Sans objet.

**• Nom et adresse de l'EPI titulaire de l'AMM au Maroc**



41, rue Mohamed Diour 20110 Casablanca

**• La dernière date à laquelle cette notice a été approuvée est : Janvier 2019**

**• Conditions de prescription et de délivrance**

Tableau A (liste I).

Cl : 6278

**AMEP® 5 mg & 10 mg, Tablets**

**Box of 14, 28 & 56.**

**amiodipine**

Read all of this leaflet carefully before you start taking this medicine because it contains important information for you.

• Keep this leaflet. You may need to read it again.

• If you have any further questions, ask your doctor or pharmacist.

• This medicine has been prescribed for you only. Do not pass it on to others. It may harm them, even if their signs of illness are the same as yours.

• If any of the side effects get serious, or if you notice any side effects that are not listed in the leaflet, please tell your doctor or pharmacist.

**What is in this leaflet:**

1. What AMEP® 5 & 10 mg Tablets are and what they are used for?

2. What you need to know before you take AMEP® 5 & 10 mg Tablets?

3. How to take AMEP® 5 & 10 mg Tablets?

4. What are the possible side effects?

5. How to store AMEP® 5 & 10 mg Tablets?

6. Further information

**1. What AMEP® 5 & 10 mg Tablets are and what are they used for ?**

AMEP® contains the active substance amiodipine which belongs to a group of medicines called calcium channel blockers.

AMEP® is used to treat high blood pressure (hypertension) or a certain type of chest pain called angina, a rare form of which is Prinzmetal's angina.

In patients with high blood pressure this medicine works by relaxing blood vessels, so that blood passes through them more easily. In patients with angina, AMEP® works by improving blood supply to the heart muscle which then receives more oxygen and as a result chest pain is prevented. This medicine does not provide immediate relief of chest pain from angina.

**2. What do you need to know before you take AMEP® 5 & 10 mg Tablets ?**

**Do not take AMEP® Tablet:**

- If you are allergic (hypersensitive) to amiodipine or any other ingredients of this medicine listed in section "Composition", or to any other calcium channel blockers. This may be itching, reddening of the skin or difficulty in breathing.
- If you have severe low blood pressure (hypotension).
- If you have narrowing of the aortic heart valve (aortic stenosis) or cardiogenic shock (a condition where your heart is unable to supply enough blood to the body).
- If you suffer from heart failure after a heart attack.

**Pay attention with AMEP® Tablet:**

Talk to your doctor or pharmacist before taking AMEP®.

You should inform your doctor if you have or have had any of the following conditions:

- Recent heart attack
- Heart failure
- Severe increase in blood pressure (Hypertensive crisis)
- Liver disease
- You are elderly and your dose needs to be increased

**Children and adolescents:**

AMEP® has not been studied in children under the age of 6 years. AMEP® should only be used for hypertension in children and adolescents from 6 years to 17 years of age (see section 3). For further information, talk to your doctor.

**Other medicines and AMEP® Tablets:**

Tell your doctor or pharmacist if you are taking or have recently taken any other medicines, including medicines obtained without a prescription.

AMEP® may affect or be affected by other medicines, such as:

- ketoconazole, itraconazole (anti-fungal medicines),
- ritonavir, indinavir, nefavirine (so called protease inhibitors used to treat HIV),
- rifampicin, erythromycin, clarithromycin (antibiotics),
- Hypericum perforatum (millepertuis),
- verapamil, diltiazem (heart medicines),
- dantrolene (infusion for severe body temperature abnormalities),
- tacrolimus, sirolimus, temsirolimus, and everolimus (medicines used to alter the way your immune system works),
- simvastatin (cholesterol lowering medicine),
- cyclosporine (an immunosuppressant).

AMEP® may lower your blood pressure even more if you are already taking other medicines to treat your high blood pressure.

**AMEP® with food and drink:**

Grapefruit juice and grapefruit should not be consumed by people who are taking AMEP®. This is because grapefruit and grapefruit juice can lead to an increase in the blood levels of the active ingredient amiodipine, which can cause an unpredictable increase in the blood pressure lowering effect of AMEP®.

**Pregnancy and breast-feeding:**

**Pregnancy:**