

# 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 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](http://www.mupras.com)

M22- 0006054

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6946

Société : R.A.T

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NASBAR Nadia

Date de naissance : 17/01/1965

Adresse : 17, Rue Arcouan, Casab

Tél : 06 78 28 48 26

Total des frais engagés : 885,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04 JUIL. 2023

Nom et prénom du malade : MAMOUN Nada 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 : Casablanca

Le : 06/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

[Signature]</p

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant la tenue des Actes                                 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 04 JUL. 2023    | GREF -            |                       | 30000                           | <i>H. BENNOUNA<br/>166 Avenue de l'Indépendance<br/>Tunisie 1000<br/>Tél. 0522 52 99 99</i> |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Formasseur  | Date    | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| PHARMACIE CALIFORNIA ALI ALAMI Docteur en pharmacie 435, Bd Panoramique 9000 | 04/7/23 | 58500                 |

## ANALYSES - RADIographies

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

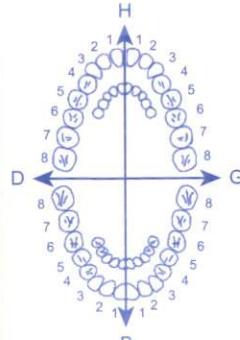
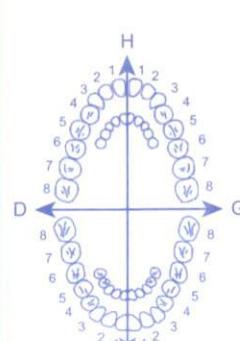
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## **Docteur Hamza BENNOUNA**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy

Spécialistes et Pathologie Cardiaque  
et Vasculaire (Nancy)

Ancien Interne et Attaché des Hôpitaux de Nancy

Diplômé en Echographie et doppler Cardiaque  
et Vasculaire (Nancy)

Capacité d'Aide Médicale Urgente (Nancy)

Capacité de Médecine de Catastrophe (Nancy)

## **الدكتور حمزة بنونة**

خريج كلية الطب بنانسي (فرنسا)

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

طبيب سابق بمستشفيات نانسي

خريج في الفحص الآلي للقلب والشرايين (نانسي)

خريج في طب المستعجلات بنانسي

**04 JUIL. 2023**

Casablanca, le : ..... الدار البيضاء ، في :

**أ. مارتن فود**

**3x/58,00** Coimex 300/100 **S.V**

**3x37,00** **1 - 0 - 5**

**3x POL2,00** **S.V** **0 - 0 - 1**

**585,00**

**PHARMACIE CALIFORNIE**  
**ALI ALAMI**  
Docteur en Pharmacie  
435 Bd. Panoramique Pdo Hamza BENNOUNA  
Cardologue  
Casablanca  
Tél. 05 22 52019 93  
Abdelmoumen et Rue Abdelmalek  
CASABLANCA  
Tél. 05 22 86 39 38 / 38 38

إقامة هشام، زاوية سارع عبد المؤمن وزنقة عبد الصالك أبو مروان - الدار البيضاء - الـ 10  
Résidence Hicham, Avenue Abdelloumen et Rue Abdelmalek Abou Marouane - CASABLANCA  
Tél. : 05 22 86 39 38 / 05 22 86 38 38 - Urgences : 06 61 16 96 78 - E-mail : bennounahamza@yahoo.fr

**BIPROL® 2,5 mg**30 Comprimés pelliculés  
sécables

6 118000 121299

pi  
p  
p  
p

• Ce médicament n'est pas prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

• 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.

**IDENTIFICATION DU MEDICAMENT****Composition qualitative et quantitative**

|                             |        |
|-----------------------------|--------|
| Bisoprolol (DCI) sous forme | p cp   |
| de Bisoprolol Fumarate.     | 2,5 mg |
|                             | Ou     |
|                             | 5 mg   |

Excipients..... qsp ..... 1 Comprimé

**Classe pharmaco-thérapeutique**

La substance active dans ce médicament a pour nom le fumarate de bisoprolol. Le fumarate de bisoprolol appartient à un groupe de médicaments appelés les bêta-bloquants.

**DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

La substance active de **BIPROL POLYMEDIC**, comprimé pelliculé sécable est le Bisoprolol. Le Bisoprolol appartient à la classe de médicaments appelés bêtabloquants.

Les bêtabloquants agissent en modifiant la réponse de l'organisme à certaines impulsions nerveuses, en particulier au niveau du cœur. Le Bisoprolol ralentit ainsi le rythme cardiaque et permet au cœur de pomper plus efficacement le sang dans l'ensemble du corps.

L'insuffisance cardiaque se produit lorsque le muscle cardiaque est faible et incapable de pomper suffisamment de sang pour répondre aux besoins de l'organisme. **BIPROL POLYMEDIC**, comprimé pelliculé sécable est utilisé pour traiter les patients présentant une insuffisance cardiaque chronique stable. Ce produit est utilisé en association avec d'autres médicaments adaptés à cette affection (tels que les inhibiteurs de l'enzyme de conversion ou IEC, les diurétiques et les glycosides cardiaques).

**COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?****POSOLOGIE :**

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

Une surveillance régulière par le médecin est requise lors du traitement par **BIPROL POLYMEDIC**, comprimé pelliculé sécable. Elle est tout particulièrement nécessaire en début de traitement, en cas d'augmentation de la dose, et lorsque vous arrêtez le traitement. Prenez le comprimé avec un peu d'eau, le matin, avant, pendant ou après le petit-déjeuner. Les comprimés ne doivent pas être mâchés ou écrasés.

Les comprimés sécables peuvent être divisés en deux demi-doses égales.

**BIPROL POLYMEDIC**, comprimé pelliculé sécable est habituellement utilisé dans le cadre d'un traitement au long cours.

Chez l'adulte, y compris les personnes âgées :

Le traitement par Bisoprolol doit être instauré à faible dose et augmenté progressivement.

Votre médecin décidera de l'augmentation de la dose à appliquer, en général selon le schéma suivant :

- 1,25 mg de Bisoprolol une fois par jour pendant une semaine
- 2,5 mg de Bisoprolol une fois par jour pendant une semaine
- 3,75 mg de Bisoprolol une fois par jour pendant une semaine
- 5 mg de Bisoprolol une fois par jour pendant quatre semaines
- 7,5 mg de Bisoprolol une fois par jour pendant quatre semaines
- 10 mg de Bisoprolol une fois par jour en traitement d'entretien (en continu)

La dose quotidienne maximale recommandée est de 10 mg de Bisoprolol.

Selon votre tolérance au médicament, votre médecin pourra également décider de prolonger l'intervalle entre les augmentations de la dose. Si votre état s'aggrave ou si vous ne tolérez plus le médicament, il pourra être nécessaire de réduire à nouveau la dose ou d'interrompre le traitement. Chez certains patients, une dose d'entretien inférieure à 10 mg de Bisoprolol peut être suffisante. Votre médecin vous indiquera

**BIPROL 2,5 mg**30 Comprimés pelliculés  
sécables

6 118000 121299

ATTENTION ! DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ne prenez jamais **BIPROL POLYMEDIC**, comprimé pelliculé sécable dans les cas suivants :

- Allergie (hypersensibilité) au bisoprolol ou à l'un des autres composants.
- Asthme ou problèmes respiratoires chroniques sévères.

• Troubles sévères de la circulation sanguine périphérique (de type phénomène de Raynaud), pouvant entraîner des picotements dans les doigts et les orteils ou les faire pâlir ou virer au bleu.

• Phéochromocytome non traité : tumeur rare de la glande surrenale.

• Acidose métabolique, c'est-à-dire présence d'acide en excès dans le sang.

• Insuffisance cardiaque aiguë.

• Aggravation de l'insuffisance cardiaque nécessitant l'injection dans vos veines de médicaments amplifiant la force de contraction de votre cœur.

• Rythme cardiaque lent.

• Pression artérielle basse.

• Certaines affections cardiaques engendrant un rythme cardiaque lent ou irrégulier.

• Choc cardiogénique, grave trouble cardiaque aigu aboutissant à une chute de la pression artérielle et une insuffisance de la circulation sanguine.

• EN CAS DE DOUBTE, IL EST INDISSENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

**EFFETS NON SOUHAITES ET DÉSIRABLES**

Comme tous les médicaments **BIPROL POLYMEDIC**, comprimé pelliculé sécable est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet. Pour éviter la survenue d'une réaction grave, parlez à un médecin si un effet indésirable se produit soudainement ou si vous ressentez rapidement. Les effets indésirables les plus graves sont liés à la fonction cardiaque :

• Raalentissement du rythme cardiaque (affecte plus d'1 patient sur 100).

• Aggravation de l'insuffisance cardiaque (affecte plus d'1 patient sur 1000.)

• Bâttements cardiaques irréguliers (affecte moins d'1 patient sur 100).

Si vous ressentez des étourdissements ou une faiblesse ou si vous avez des difficultés pour respirer, veuillez contacter votre médecin aussi tôt que possible.

Tous autres effets indésirables sont présentés ci-dessous en fonction de leur fréquence :

**Effets fréquents (affectent moins d'1 patient sur 10)**

• Faible sensation de faiblesse (chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque chronique), vertiges\*, maux de tête\*.

• Sensation de refroidissement ou d'engourdissement dans les mains et les pieds.

• Pression artérielle basse.

• Troubles gastro-intestinaux tels que nausées, vomissements, diarrhée ou constipation.

**Effets peu fréquents (affectent moins d'1 patient sur 100) :**

• Troubles du sommeil.

• Dépression.

• Vertiges lors du passage à la position debout.

• Gêne respiratoire chez les personnes ayant un asthme ou des problèmes respiratoires chroniques.

• Faiblesses musculaire, crampes.

**Effets rares (affectent moins d'1 patient sur 1000) :**

• Troubles de l'audition.

• Rhinite allergique.

• Diminution de la sécrétion de larmes.

• Inflammation du foie pouvant causer un jaunissement de la peau ou du blanc des yeux.

• Résultats d'analyses anormaux.

• Réactions allergiques à type de démangeaisons, bouffées de chaleur, éruptions cutanées.

• Troubles de l'érection.

• Cauchemars, hallucinations.

**BIPROL 2,5 mg**30 Comprimés pelliculés  
sécables

6 118000 121299

ac  
in la  
er.  
En  
le(s)  
EDIC,  
nt de



100 mg / 12,5 mg  
Boîte de 28 Cps

O-IRVE



100 mg / 12,5 mg  
Boîte de 28 Cps

ng/12.5  
tan/Hyd  
medicame



300 mg / 12,5 mg  
Boite de 28 Cps

**boîtes de 14 et 28**

Ce 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 pharmaco-thérapeutique : Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine-II + Diurétiques thiazidiques, Code ATC : C09DA0**

**CO-REVET**® est une association de deux substances actives, l'irbesartan et l'Hydrochlorothiazide.

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.

#### **Indication thérapeutique :**

Indication : hypertension artérielle traitée par l'irbesartan seul ou

**Posologie, Mode et/ou voie(s) d'administration, Fréquence d'administration et Durée du traitement**

#### **Passologie: Fréquence d'administration et Durée du traitement**

La dose recommandée de CO-IRVEL® est d'un ou deux comprimés par jour pour 150 mg/12.5 mg, ou un comprimé par jour pour 300 mg/12.5 mg. CO-IRVEL® 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®.

#### **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 CO-IRVEL® 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 convainquez à prendre CO-TRIVEL® sans si vous effectuez maximal de la baisse de pression artérielle et

**Utilisation chez les enfants et les adolescents:**

**CORALIE® ne doit pas être donnée aux enfants et aux adolescents.**

#### **Symptômes et conduite à tenir en cas de surdosage**

**Si vous prenez accidentellement un trop grand nombre de comprimés**

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

**Si vous oubliez de prendre CO-HYVEL® comprimés pelliculés :**

**Si par inadvertance vous oubliez un jour de prendre votre médicament:**

**double pour compenser la dose que vous avez oubliée de prendre.**

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

## **Docteur Hamza BENNOUNA**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy

Spécialistes et Pathologie Cardiaque  
et Vasculaire (Nancy)

Ancien Interne et Attaché des Hôpitaux de Nancy

Diplômé en Echographie et doppler Cardiaque  
et Vasculaire (Nancy)

Capacité d'Aide Médicale Urgente (Nancy)

Capacité de Médecine de Catastrophe (Nancy)

## **الدكتور حمزة بنونة**

خريج كلية الطب بنانسي (فرنسا)

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

طبيب سابق بمستشفيات نانسي

خريج في الفحص الآلي للقلب والشرايين (نانسي)

خريج في طب المستعجلات بنانسي

## **ELECTROCARDIOGRAMME**

Nom : MATSSAL

Prénom : NADIA

Date de naissance : 17 - 02 - 65 Age :

Date d'examen : 04 . 07 . 23 Heure :

Motif d'examen : نفاس

Traitements :

Conclusions :

Dr. Hamza BENNOUNA  
Cardiologue  
8d. Abdelmoumen et Rue Abdelmalek Abou Marouane  
161 - 05 22 86 39 39  
CASABLANCA

اقامة هشام، زاوية ساحي عبد الفتاح، حي الحسكة، شارع الحلالك ابومروان - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86 39 39

Résidence Hicham, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Abdelmalek Abou Marouane - CASABLANCA

Téléphone : 05 22 86 39 39 - Urgences : 06 61 16 96 78 - Fax : 05 22 86 38 38

FC 91  
PR 153  
QRSD 74  
QT 333  
QTc 410

--Axe--  
P 56  
QRS 28  
T 26

