

## 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 :

éances de

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

La facture 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

- 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



→ Maladie Chronique (HTA)

## Déclaration de Maladie

N° W19-410594

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

02414

Société :

Royal Air MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Hijaj Abdellatif

Date de naissance :

08 Sept. 1954

Adresse :

Sidi Maârouf 4, Rue 18 N° 15, Casablanca  
EL FIDA. 26520

Tél. :

066 324 99 77

Total des frais engagés : # 547,70# Dhs

Dr. CHIBANI MOSTAFA

CARDIOLOGUE

131, Bd. Bir Anzarane, Qt. Maârif  
Casablanca  
Tél: 0522 22 66 66/65-Fax: 0522 22 66 64  
E-mail: mustchibani@gmail.com  
ICE: 001668263000013

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

11-11-2015 Héjaj Abdellatif

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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) :

11-11-2015 Héjaj Abdellatif

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie B'n LAM Sidi Mâarouf 11 N° 12 Angle Rue TEL: 05 22 98 14 04 - CPTB MADOUNI AÏSSA	13/11/19	547,70

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

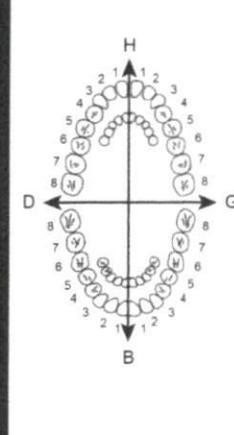
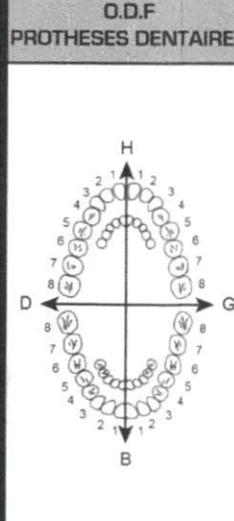
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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	INP : <input type="text"/>										
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>										
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>										
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>										

**valable 3 mois**

Le 13/11/2015

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr CHIBANI Mostafa

Certifie que Mlle, Mme, M. :

H.I.Y.A. Abdellatif

Présente

HTA

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois

Dont ci-joint ordonnance :

du 13-11-2015

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

**Dr. CHIBANI MOSTAFA**  
231, Bd. CARDIOLOGUE  
Bir Anzarane, Qt. Maârif  
Tél: 0522 22 66 66/64 - Fax: 0522 22 66 64  
E-mail: [mostchibani@gmail.com](mailto:mostchibani@gmail.com)  
ICE: 001669263000013

# Cabinet de cardiologie et d'exploration cardio-vasculaire

**Dr. Mostafa Chibani**  
CARDIOLOGUE

Ex. Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca  
et à l'hôpital Averroès

Attaché au centre Hospitalo Universitaire de BORDEAUX  
Membre de la Société EUROPEENNE de Cardiologie

Membre de la Société Française de Cardiologie

Echographie Doppler du Coeur des Artères et des veines

Réadaptation Cardio - Vasculaire

Epreuves d'Effort

Hotel Tensionnel et ECG



الدكتور شبانى مصطفى

إخلاصي في أمراض القلب والشرايين

أستاذ سابق بكلية الطب والصيدلة

مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء

ملحق بالمركز الاستشفائى الجامعى ببوردو

عضو الجمعية الأوروبية لأمراض القلب والشرايين

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض القلب والشرايين

Casablanca, le : ..... 13 NOV 2019

## ORDONNANCE MEDICALE

Nom : HIYAJ

Prénom : Abdelatif

Régime peu sodé

Activité physique régulière modérée

1- COANGINIB : 1cp/j le matin

2- AMEP 5 mg : 1cp/j le soir



Pharmacie Bin Lamdoune

MAMOUNI ALAOUI Faïcal

Sidi Mâârif IV N° 13 Angle Rue 50 et 1

Tél.: 05 22 28 14 24 - Casablanca

Tarif : 500 X 3

Dr. CHIBANI MOSTAFA  
231, Bd. Bir Anzarane, Qt. Maârif  
Casablanca  
Tél: 0522 22 66 64 - Fax: 0522 22 66 64  
E-mail: mustchibani@gmail.com  
ICE: 001668263000013

231, Bd Bir Anzarane. Quartier Maârif. Casablanca . ☎ C. : 0522 22 66 66/65

FAX : 0522 22 66 64, en cas d'urgence appelez le 0661 14 78 94 / Email : cabinet\_drchibani@live.fr

IF : 420004000-CNSS : 2362226-TP : 35800281 - ICE : 001668263000013

# CO-ANGINIB® 50 mg/12,5 mg

Losartan Potassium et Hydrochlorothiazide



## **COMPOSITION :**

Chaque comprimé contient:

Losartan (DCI) potassique .....	50 mg
Hydrochlorothiazide (DCI) .....	12,5 mg

Excipients :

Cellulose microcristalline, phosphate de calcium dibasique, silice colloïde, magnésium, talc, hydroxypropylméthylcellulose, dioxyde de titane, oxyde de méthylène.

## **FORMES ET PRESENTATIONS:**

Comprimés naculés, boîte de 30 et 60 comprimés sous strips.

## **CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE :**

CO-ANGINIB® est une combinaison d'un antagoniste des récepteurs (hydrochlorothiazide). L'angiotensine II est une substance produite par votre organe vasculaire sanguin entraînant leur contraction. Cela induit une augmentation de la liaison de l'angiotensine II à ces récepteurs entraînant la dilatation des vaisseaux artériels. L'hydrochlorothiazide permet aux reins d'éliminer plus d'eau et de sel dans les urines.

## **INDICATIONS THERAPEUTIQUES :**

Traitements de l'hypertension artérielle essentielle chez les patients dont la pression n'est pas contrôlée par une monothérapie.

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

Voie orale.

CO-ANGINIB® 50 mg/12,5 mg peut être pris pendant ou à distance des repas. La posologie habituelle pour la plupart des patients hypertendus est de 1 comprimé par jour pour contrôler votre pression artérielle sur une période de 24 heures, 3 semaines suivant le début du traitement.

Cette dose peut être augmentée à 2 comprimés une fois par jour.

La dose maximum par jour est de 2 comprimés par jour de CO-ANGINIB® 50 mg/12,5 mg, comprimés.

Il est important de continuer à prendre CO-ANGINIB® 50 mg/12,5 mg aussi longtemps que votre médecin vous le prescrit, cela permettra un contrôle régulier de votre pression sanguine.



AMF

Veuillez lire attentivement l'intégralité de  
Gardez cette notice, vous pourriez avoir  
Si vous avez toute autre question, si  
pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement  
identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient g  
parlez-en à votre médecin ou à votre phar

Dans cette notice :

- 1- Qu'est ce que AMEP® comprimés, et
- 2- Quelles sont les informations à conn
- 3- Comment prendre AMEP® comprim
- 4- Quels sont les effets indésirables év
- 5- Comment conserver AMEP® compre
- 6- Informations supplémentaires ?

- 1- Qu'est ce que AMEP, et dans que

• AMEP® contient la substance active ;

• AMEP® est utilisé pour traiter l'a

thoracique dénommée angor, dont une forme rare est l'angina de poitrine.

Chez les patients présentant des valeurs élevées de la pression artérielle sanguins, de telle sorte que le sang les traverse plus facilement.

l'apport sanguin au muscle cardiaque, qui reçoit ainsi plus d'oxygène.

Votre médicament n'apporte pas de soulagement immédiat.

- 2- Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser ce médicament ?

a - Contre-Indications :

Ne prenez jamais AMEP® comprimés dans les cas suivants :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à l'amiodipine, dont la liste est indiquée dans la rubrique 6, ou aux autres médicaments contenant l'amiodipine.
- Si vous présentez une baisse sévère de la tension artérielle.
- Si vous présentez un rétrécissement de la valve aortique, laquelle votre cœur était incapable d'apporter suffisamment d'oxygène à l'ensemble du corps.
- Si vous souffrez d'une insuffisance cardiaque hémodynamique.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

b - Mises en garde spéciales et précautions d'emploi :

Mises en garde spéciales

Vous devez informer votre médecin si vous présentez ou avez présenté l'une des conditions suivantes :

- Crise cardiaque récente
- Augmentation sévère de la pression artérielle (crise hypertensive)
- Maladie du foie
- Vous êtes une personne âgée et votre dose à besoin d'être augmentée
- Insuffisance cardiaque

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Enfants et adolescents

AMEP® n'a pas été étudié chez l'enfant âgé de moins de 6 ans. AMEP® ne doit être utilisé que pour le traitement de l'hypertension chez les enfants et les adolescents âgés de 6 à 17 ans (voir rubrique 3).

Pour des informations complémentaires, veuillez vous adresser à votre médecin.

c - Interactions médicamenteuses :

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

AMEP® peut affecter ou être affecté par d'autres médicaments, tel que :

- Le kétocozaole, l'itraconazole (médicaments antifongiques),
- Le ritonavir, l'indinavir, le neflavir (appelés inhibiteur de protéase utilisé pour traiter l'infection par le VIH),
- La rifampicine, l'érythromycine, la clarithromycine (antibiotiques),
- Hypericum perforatum (millepertuis),
- Le vérapamil, le diltiazem (médicaments pour le cœur),
- Le dantrolène (pour les augmentations sévères de la température corporelle),
- La simvastatine (médicament diminuant le taux de cholestérol).

AMEP® peut diminuer votre pression artérielle encore davantage si vous prenez déjà d'autres médicaments destinés à traiter l'augmentation de la pression artérielle.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

d - Interactions avec les aliments et les boissons :

Le jus de pamplemousse et le pamplemousse ne doivent pas être consommés par les personnes traitées par AMEP®. Cela est dû au fait que le pamplemousse et le jus de pamplemousse peuvent entraîner une augmentation des concentrations sanguines de l'ingrédient actif, l'amiodipine, ce qui peut entraîner une augmentation imprévisible de l'effet hypotenseur de AMEP®.

e - Grossesse et allaitement :

La sécurité de l'amiodipine chez la femme enceinte n'a pas été établie. Si vous pensez être enceinte, ou si vous prévoyez d'être enceinte, vous devez en parler à votre médecin avant de prendre AMEP®.

Il n'a pas été établi si l'amiodipine est excrétée dans le lait maternel.

Si vous allaitez ou si vous êtes sur le point d'allaiter, consultez votre pharmacien ou votre médecin.

25,60

49,40

LOT 190539  
EXP 03/2022  
PPV 97.70 DH