

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 :

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

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 canaux.

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

- Ordonnance : 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° W19-410594

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 02414

Matricule : 02414 Société : Royal Air MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Hi Yaj Abdelatif

Date de naissance : 08 Sept. 1954

Adresse : Sidi Maarouf 4, Rue 18, Nr 05, Casa
EL FIDA. 20520

Tél. : 0663249977 Total des frais engagés : # 547,70# Dhs

Cadre réservé au Médecin : **Dr. CHIBANI MOSTAFA**
CARDIOLOGUE
231, Bd. Bir Anzarane, Qt. Maârif
Casablanca
Tél: 0522 22 66 66/65-Fax: 0522 22 66 64
E-mail: mustchibani@gmail.com
ICE: 001668263000013

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13 Mars 2015

Nom et prénom du malade : Hi Yaj Abdelatif Age : 60

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : 13 Mars 2015

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la facture |
| <p>Pharmacie Bin Lamin</p> <p>MAAMOUNI ALI OUF</p> <p>Sidi Maarouf IV N° 12 Angle Rue</p> <p>Tél: 05 22 29 14 24 - Ghabeni</p> | 13/11/19 | 547.75 |

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

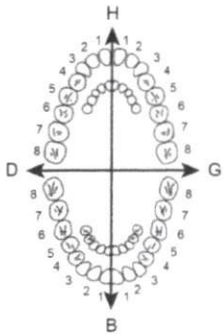
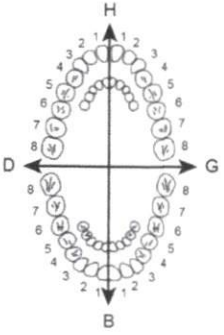
[illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------|---|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---|
|  | | | | CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

☒ **valable 3 mois**

Le 13/11/2019

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. : HIYAJ Abdellatif

Présente HTA

Nécessitant un traitement d'une durée de : 3 ans

Dont ci-joint ordonnance : du 13-11-2019

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : 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
CARDIOLOGUE
231, Bd. Bir Anzarane, Qt. Maarif
Casablanca
Tél: 0522 22 66 66 - Fax: 0522 22 66 64
E-mail: mustchibani@gmail.com
ICE: 001668263000013

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 Averoès

Attaché au centre Hospitalo Universitaire de BORDEAUX

Membre de la Société EUROPEENNE de Cardiologie

Membre de la Société Française de Cardiologie

Echographie Doppler du Cœur des Artères et des veines

Réadaptation Cardio - Vasculaire

Epreuves d'Effort

Hotel Tensionnel et ECG



الدكتور شباني مصطفى

إختصاصي في أمراض القلب والشرابين

أستاذ سابقا بكلية الطب والصيدلة

مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء

ملحق بالمركز الإستشفائي الجامعي ببوردو

عضو الجمعية الأوروبية لأمراض القلب والشرابين

عضو الجمعية الفرنسية لأعراض القلب والشرابين

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

125,00x3

97,70+49,60+25,60

Pharmacie Bin Lamdoune

MAMOUNI ALAOUI Faïçal

231, Bd. Bir Anzarane, Quartier Maârif, Casablanca
Tél.: 05 22 28 44 24

TRAITEMENT A SUIVRE REGULIEREMENT
ET A RENOUVELER SELON LES BESOINS
PENDANT UNE PERIODE DE 3 MOIS

Dr. CHIBANI MOSTAFA
CARDIOLOGUE
231, Bd. Bir Anzarane, Qt. Maârif
Casablanca
Tél: 0522 22 66 66/63 - 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 colloïdale, stéarate de magnésium, talc, hydroxypropylméthylcellulose, dioxyde de titane, oxyde de fer, chlorure de méthylène.

FORMES ET PRESENTATIONS:

Comprimés pelliculés, 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 organisme qui agit sur les vaisseaux sanguins entraînant leur contraction. Cela induit une augmentation de la pression artérielle. L'hydrochlorothiazide permet aux reins d'éliminer plus d'eau et de sodium, ce qui contribue à la baisse de la pression artérielle. L'hydrochlorothiazide agit comme un diurétique, c'est-à-dire qu'il agit sur le péricarde des vaisseaux sanguins empêchant la liaison de l'angiotensine II à ces récepteurs entraînant la dilatation des vaisseaux sanguins et une diminution de la pression artérielle.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitement de l'hypertension artérielle essentielle chez les patients dont la pression artérielle 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 pendant les 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.



AM

Veuillez lire attentivement l'intégralité de
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la consulter.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, consultez votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Son utilisation doit être strictement identique, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient gênant, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Dans cette notice :

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

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

- AMEP® contient la substance active l'amlodipine.
- AMEP® est utilisé pour traiter l'hypertension artérielle.

thoracique dénommé angor, dont une forme rare est l'angor de Prinzmetal. Chez les patients présentant des valeurs élevées de la pression artérielle, le sang se traverse plus facilement.

l'apport sanguin au muscle cardiaque, qui reçoit ainsi plus de sang. Votre médicament n'apporte pas de soulagement immédiat.

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

a- Contre-Indications :

Ne prenez jamais AMEP® comprimés dans les cas suivants :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à l'amlodipine ou à l'un des composants du médicament.
- Si vous êtes atteint d'une maladie des artères coronaires, dont la liste est indiquée dans la rubrique 6, ou aux autres symptômes de la maladie coronarienne.
- Si vous présentez une baisse sévère de la pression artérielle.
- Si vous présentez un rétrécissement de la valve aortique.
- Si vous souffrez d'une insuffisance cardiaque hémodynamique.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDICIN 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 MEDICIN 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 kétoconazole, l'itraconazole (médicaments antifongiques),
- Le ritonavir, l'indinavir, le nelfinavir (appelés inhibiteurs de protéase utilisés 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 (perfusion 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'hypertension.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDICIN 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'amlodipine, ce qui peut entraîner une augmentation imprévisible de l'effet hypotenseur de AMEP®.

e - Grossesse et allaitement :

La sécurité de l'amlodipine 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'amlodipine est excrétée dans le lait maternel. Si vous allaitez ou si vous êtes sur le point d'allaiter, parlez-en à votre médecin.

25,60

49,40

LOT 190539
EXP 03/2022
PPV 97.70DH