

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 canaux, 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 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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 0045088

ND- 20991

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1619 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AB RABATE M. Louna

Date de naissance :

Adresse : 72 Rue ...

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : AB RABATE M. Louna Age :

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

Nature de la maladie : HTA + mycos

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) :

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
21 DEC 2019	C	1	1000	VALHI F. H. JUSSIM Médecine Générale Bloc 5 N° 16 Sidi Bernoussi Casablanca - Tél: 05 22 73 50 6

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SEFRIOU KHAYATEY Pharmacie 11-413 Av. Souhassine S. Bernoussi Tél: 022 73 32 56 Casablanca	21/12/2019	846,30

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
					FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]																	
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
			MONTANTS DES SOINS															
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

CIENT ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr MALHI EL Houssine



الدكتور ملهي الحسين

الطب العام

الدار البيضاء في

LOT : 9MA083
PER: 04/2023
Lasilix 40mg
20 Cp séc
P.P.V : 34DH60



a, le

21 DEC. 2019

AND-ARAF

M. LAM

cd - Touzra N3

35,20

KARDEC 160

34,60

Lasilix 40

33,40

OLMADIE

30,00

IBOMAT

84,20

Derma fix

816,30

Dr. MALHI EL HOUSSEIN
Médecine Générale
Bloc 5 N° 16 Sidi Bernoussi
Casablanca - Tél : 05 22 73 50 6

LOT : 9MA082
PER: 01/2021
KARDEC 160MG
SACHETS 830
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

LOT : 19E001
PER: 10/2020
KARDEC 160MG
SACHETS 830
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

LOT : 9MA081
PER: 01/2021
KARDEC 160MG
SACHETS 830
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

LOT : 19E002
PER: 06/2023
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

LOT : 9MA084
PER: 04/2023
Lasilix 40mg
20 Cp séc
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

JI KHAYATEY
Pharmacie
Sidi Bernoussi
Casablanca

Dr. MALHI EL HOUSSEIN
Médecine Générale
Bloc 5 N° 16 Sidi Bernoussi
Casablanca - Tél : 05 22 73 50 6

سجد سيدي البرنوصي .. الهاتف : 05 22 73 50 6
à côté de la Mosquée - Sidi Bernoussi

Lot : 06/06/04
PER : 04/2023

Lasilix 40mg
20 Cp séc

P.P.V : 34DH60



PIAC 333 1 S

33,40

LOT N° :

EXP :

PBV :

116,60

OLMADIP 5 mg & 10 mg Comprimés Amlodipine

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes sur votre traitement et votre maladie. Si vous avez des questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

I. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT :

FORME PRESENTATION :

OLMADIP® 5 mg, comprimés, boîtes de 14 et 28.
OLMADIP® 10 mg, comprimés, boîtes de 14 et 28.

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :

Bésylate d'amlodipine correspondant à 5 ou 10 mg d'amlodipine
Excipients : cellulose microcristalline, hydrogénophosphate de calcium dihydraté, silice colloïdale anhydre, carboxyméthyle d'amidon, stéarate de magnésium.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

Inhibiteur calcique sélectif à effet vasculaire (dérivé de la dihydropyridine).

II- DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

- INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

OLMADIP est utilisé pour traiter l'augmentation de la pression artérielle (hypertension), ou un certain type de douleur thoracique dénommé angor, dont une forme rare est l'angor de Prinzmetal.

Chez les patients présentant des valeurs élevées de la pression artérielle, votre médicament agit en relaxant les vaisseaux sanguins, de telle sorte que le sang les traverse plus facilement. Chez les patients atteints d'angor, OLMADIP agit en améliorant l'apport sanguin au muscle cardiaque, qui reçoit ainsi plus d'oxygène, ce qui prévient l'apparition d'une douleur thoracique. Votre médicament n'apporte pas de soulagement immédiat pour la douleur thoracique liée à l'angor.

III- DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

- CONTRE INDICATIONS :

- * Allergie (hypersensibilité) à l'amlodipine ou à l'un des autres composants contenus dans le médicament, ou aux autres inhibiteurs calciques. Cela peut se manifester par des démangeaisons, des rougeurs de la peau ou des difficultés respiratoires.
- * Baisse sévère de la pression artérielle (hypotension).
- * Rétrécissement de la valve aortique (sténose aortique) ou un choc cardiogénique (une affection dans laquelle le cœur est incapable d'apporter suffisamment de sang à l'organisme).
- * Insuffisance cardiaque après une crise cardiaque.

- MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS PARTICULIERES D'EMPLOI :

Il faut être prudent avec OLMADIP et informez votre médecin si vous avez présenté l'un des conditions suivantes :

- * Crise cardiaque récente
- * Insuffisance cardiaque
- * Augmentation sévère de la pression artérielle (crise hypertensive)
- * Maladie du foie
- * Personne âgée et la dose a besoin d'être augmentée

- INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES :

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

- OLMADIP 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),
 - * la simvastatine (médicament diminuant le taux de cholestérol).
- OLMADIP peut également agir sur la pression artérielle encore davantage d'autres médicaments destinés à traiter l'augmentation de la pression artérielle.
- Interactions avec boissons et aliments**
- Le jus de pamplemousse et le pamplemousse ne doivent pas être consommés par les personnes traitées par OLMADIP. Cela est dû au fait que le pamplemousse peut entraîner une augmentation des concentrations de l'ingrédient actif, l'amlodipine, ce qui peut entraîner une augmentation de l'effet hypotenseur d'OLMADIP.

- GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

L'utilisation de ce médicament est déconseillée. Prévenir votre médecin en cas de désir de grossesse.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

- CONDUCTEURS ET UTILISATEURS DE M

OLMADIP peut affecter la capacité à conduire les véhicules. Les comprimés provoquent des nausées, des étourdissements, de la fatigue, vous ne devez pas conduire des véhicules jusqu'à ce que vous n'ayez contacté votre médecin immédiatement.

IV. COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

- POSOLOGIE ET VOIE D'ADMINISTRATION

CE MEDICAMENT VOUS A ETE PERSONNELLEMENT RECOMMANDE PAR VOTRE MEDECIN. IL NE PEUT ETRE ADAPTE A UN AUTRE CAS. NE PAS LE CONSEILLER A UNE AUTRE PERSONNE. DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A VOTRE MEDECIN.

Voie orale.

La posologie initiale est de 5 mg par jour, avec ou sans repas. Votre médicament peut être utilisé avant ou après les repas. Il est préférable de prendre votre médicament avec un verre d'eau. Ne prenez pas OLMADIP avec du jus de pamplemousse. Dans tous les cas se conformer strictement à l'ordonnance de votre médecin.

- SURDOSAGE :

Prendre trop de comprimés peut entraîner une augmentation de la pression artérielle, des vertiges ou vous sentir faible. Si la pression artérielle baisse, il peut y avoir des effets secondaires. Survenir. Votre peau peut devenir froide et marbrée. En cas de prise massive et/ou accidentelle, contactez votre pharmacien.

- SI VOUS OUBLIEZ DE PRENDRE OLMADIP :

Continuer votre traitement tel qu'il vous a été prescrit. Ne pas doubler la dose pour compenser la dose oubliée.

- Mode d'administration

Voie orale

Les comprimés doivent être avalés avec de l'eau.

- Fréquence d'administration :

Ce médicament est à prendre en une seule prise.

- Durée du traitement :

Se conformer strictement à l'ordonnance de votre médecin.

V. EFFETS NON SOUHAITES ET GENANT

Comme tous les médicaments, OLMADIP peut provoquer des effets indésirables. Dans tous les cas, si les effets indésirables sont graves, consultez votre médecin immédiatement.

Les effets indésirables les plus fréquents sont :

- * Respiration sifflante soudaine, douleur thoracique.
- * Gonflement des paupières, du visage ou des membres.
- * Gonflement de la langue et de la gorge entraînant des difficultés à avaler.
- * Réactions cutanées sévères, notamment éruption cutanée, démangeaisons, desquamation et gonflement de la peau, infection (Stevens-Johnson) ou autres réactions allergiques.
- * Crise cardiaque, battements cardiaques anormaux.
- * Inflammation du pancréas pouvant entraîner des douleurs abdominales.

Les effets indésirables fréquents suivants sont observés chez plus d'une personne sur dix :

- * Fatigue, maux de tête, étourdissements, nausées, soif.

Les effets indésirables suivants sont observés chez une personne sur dix :

- * Battements cardiaques rapides, douleurs articulaires, constipation, troubles digestifs, troubles de la vision, troubles du sommeil.

Les effets indésirables suivants sont observés chez une personne sur dix :

- * Nausées, vomissements, diarrhée, constipation, troubles de la vision, troubles du sommeil.

LOT 190541
EXP 03/2022
PPV 33.40DH

DERMOFIX® Poudre

Sertaconazole

COMPOSITION :

Sertaconazole nitrate 2 g
Excipients q.s.p. 100 g

PROPRIETES :

Le Sertaconazole est un nouvel anti-mycosique à usage topique possédant une nouvelle structure chimique. Son spectre d'activité s'avère très large :

- Les levures pathogènes (*Candida albicans*, *C. tropicalis*, *C. spp.*, *Pityrosporum orbiculaires*)
- Les dermatophytes (*trichophyton*, *Epidermophyton* et *Microsporum*)
- Les champignons opportunistes filamenteux (*Aspergillus*)
- Les germes résistants à d'autres anti-mycosiques
- Les bactéries gram⁺ (*Staphylocoques* et *Streptocoques*)

INDICATIONS :

Traitement topique des infections cutanées et unguéales dues aux *Candida* et dermatophytes, avec exsudation et plus particulièrement l'intertrigo.

La durée du traitement varie d'un patient à l'autre en fonction de l'agent étiologique et de la localisation de l'infection. En général, on recommande 4 semaines de traitement afin d'assurer une guérison clinique et microbiologique complète et d'éviter ainsi toute récurrence, sachant que souvent cette guérison apparaît après 2 à 4 semaines de traitement.

EFFETS INDESIRABLES :

Le Sertaconazole présente une innocuité totale et une excellente tolérance : aucun cas de toxicité ou de réaction de photosensibilité n'a été relevé. Seul un érythème léger peut survenir lors des premières applications n'entraînant jamais la suspension du traitement.

CONDITIONS PARTICULIERES D'EMPLOI :

Après application de grandes quantités chez le nouveau né et chez la de niveaux plasmatiques. Malgré cela, son innocuité n'a pas été démontrée.

POSOLOGIE USUELLE, VOIES ET MODE D'ADMINISTRATION :

Voie topique.

Mycoses des plis : 1 application par jour

Pieds d'athlète : 1 application par jour

Il est conseillé d'appliquer la poudre non seulement au niveau des lésions mais aussi sur les chaussures.

FORMES ET AUTRES PRESENTATIONS :

Dermofix® Poudre : Flacon de 30 g.

Dermofix® Crème à 2% : Tube de 30 g.

Dermofix® Solution à 2% : Flacon de 30 ml.

Dermofix® Gel à 2% : Flacon de 100 g.

Gyno-dermofix® 300 mg boîte de 1 ovule.

Liste I (Tableau A).

84,20

TEGUMA® 1%, solution pour pulvérisation cutanée en flacon de 30 ml.

Terbinafine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'information à votre médecin ou à votre pharmacien. Ce médicament vous a été personnellement 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.

1. Composition du médicament

- Composition qualitative et quantitative en substance(s) active(s) par unité de prise :

- Chlorhydrate de Terbinafine

- Composition qualitative en excipients :

- Excipients : Alcool isopropylique, cétylmacrogol 1000, propylène glycol, eau purifiée q.s.

- Liste des Excipients à effet notoire :

• Propylène glycol

2. Classe pharmacothérapeutique ou le type d'activité

Sans objet.

3. Indications thérapeutiques

TEGUMA® 1 %, solution pour pulvérisation cutanée est un antifongique à appliquer sur la peau. Il élimine les champignons responsables des mycoses de la peau.

TEGUMA® 1 %, solution est indiqué pour traiter les mycoses suivantes :

- pied d'athlète (intertrigo interdigito-plantaire)
- intertrigo génito-crural (Tinea cruris)
- dermatophytie de la peau glabre (Tinea corporis)
- Pharyngite versicolore

4. Posologie

Veuillez à toujours utiliser ce médicament en suivant exactement les indications de cette notice ou de votre médecin. Vérifiez auprès de votre médecin ou de votre pharmacien en cas de doute. La dose recommandée est de 1 ou 2 applications par jour pendant une semaine comme indiqué ci-dessous.

- Mode et voies d'administration :

Adulte :

• Nettoyez et séchez la zone concernée et lavez-vous les mains

• Retirez le bouchon du flacon

• Avant la première utilisation, appuyez plusieurs fois sur le diffuseur (généralement 3 fois) afin d'amorcer la pompe.

• Appliquez une quantité suffisante de produit afin que toute la peau lésée et la zone périphérique soient recouvertes et traitées.

Le flacon TEGUMA® 1 %, solution pour pulvérisation cutanée peut être utilisé "lège en haut" ou "lège en bas" pour atteindre les zones à traiter plus facilement.

• Remplacez le bouchon du flacon

• Lavez-vous les mains après utilisation afin d'éviter la propagation de l'infection à d'autres parties de votre peau ou à d'autres personnes.

- Durée du traitement & fréquence d'administration :

Une à deux applications par jour pendant une semaine selon le champignon en cause selon la prescription de votre médecin : Pied d'athlète : 1 application par jour pendant une semaine.

Intertrigo génito-crural ou dermatophytie de la peau glabre : 1 application par jour pendant une semaine.

• Pharyngite versicolore : 2 applications par jour pendant une semaine.

Dans tous les cas, se conformer strictement à l'ordonnance de votre médecin.

Votre peau devrait commencer à s'améliorer en quelques jours, mais cela peut prendre jusqu'à 4 semaines pour que votre peau se régénère complètement.

Si vous n'avez observé aucun signe d'amélioration après 2 semaines de traitement avec TEGUMA® 1 %, solution, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

• Jetez le reste du flacon 12 semaines après ouverture.

- Mesures complémentaires

• Nettoyez régulièrement la zone atteinte. Séchez la zone soigneusement sans frotter

possibles démangeaisons, essayez de ne pas vous gratter car cela risquerait de ca

processus de guérison ou de propager l'infection.

• Utilisez votre propre serviette et vos propres vêtements et ne les partagez pas av

peuvent être transmis facilement. Lavez vos vêtements et serviettes fréquen

ré-infection.

5. Contre-indications

N'utilisez jamais TEGUMA® 1 %, solution pour pulvérisation cutanée.

• si vous êtes allergique à la terbinafine ou à l'un des autres composants contenus dans c

• En cas de doute il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou votre

6. Effets indésirables

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets ind

systématiquement chez tout le monde.

Certaines personnes peuvent être allergiques à TEGUMA® 1 % solution, ce qui peut

des symptômes cutanés d'une urticaire. Ces réactions ont été rapportées avec une l

Si vous levez des symptômes, cessez d'utiliser la solution et informez immédiate

LOT : A680407
PER : 05-2020
PPV : 70,00DH

1.00 g

CO-TANZAR®

Losartan potassique/Hydrochlorothiazide

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des

informations importantes sur votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à

votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau.

1. IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

a) DÉNOMINATION

CO-TANZAR®.

b) COMPOSITIONS QUALITATIVES ET QUANTITATIVES

Par comprimé pelliculé.

CO-TANZAR® 50 mg / 12,5 mg:

Losartan (DCI) potassique

50,0 mg

Hydrochlorothiazide (DCI)

12,5 mg

CO-TANZAR® 100 mg / 25 mg:

Losartan (DCI) potassique

100,0 mg

Hydrochlorothiazide (DCI)

25,0 mg

Excipients (communs): Cellulose microcristalline PH112, amidon prégelatinisé, lactose anhydre, aérosil 200,

talc, stéarate de magnésium, opadry jaune, eau purifiée.

neuroleptiques, le cisapride, l'érythromycine IV...): prédisposition aux torsades de pointe (tachycardie

ventriculaire).

- Sels de calcium : augmentation du taux de calcium dans le sang en raison de la diminution de son excrétion urinaire.

- Interaction avec les tests de laboratoire : risque d'influence du diurétique sur les tests de la fonction parathyroïdienne.

- Carbamazépine : risque de diminution du taux de sodium sanguin.

- Produits de contraste iodés à hautes doses : risque accru d'insuffisance rénale aiguë.

- Amphotéricine B (voie parentérale), corticoïdes, ACTH ou laxatifs stimulants : majoration des déséquilibres électrolytiques, en particulier la baisse du taux de f

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS
SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE
VOTRE PHARMACIEN.

d) GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Grossesse :

CO-TANZAR® est déconseillé en début de grossesse.

de 3 mois.

Allaitement :

CO-TANZAR® est déconseillé pendant l'allaitement.

profil de sécurité bien établi, particulièrement chez

DEMANDER CONSEIL À VOTRE MÉDECIN OU

MÉDICAMENT.

e) CONDUCTEURS ET UTILISATEURS DE MACHINES

Vous devrez savoir que les traitements antihypertenseurs

ou une somnolence, en particulier en début de traitement.

LISTE DES EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE

09,916

LOT N° :

EXP :

PPV :

501168 b

CO-TANZAR®

Losartan potassique/Hydrochlorothiazide

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des

informations importantes sur votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à

votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau.

1. IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

a) DÉNOMINATION

CO-TANZAR®.

b) COMPOSITIONS QUALITATIVES ET QUANTITATIVES

Par comprimé pellicule.

CO-TANZAR® 50 mg / 12,5 mg:

Losartan (DCI) potassique

50,0 mg

Hydrochlorothiazide (DCI)

12,5 mg

CO-TANZAR® 100 mg / 25 mg:

Losartan (DCI) potassique

100,0 mg

Hydrochlorothiazide (DCI)

25,0 mg

Excipients (communs): Cellulose microcristalline PH112, amidon prégelatinisé, lactose anhydre, aérosil 200,

talc, stéarate de magnésium, opadry jaune, eau purifiée.

neuroleptiques, le cisapride, l'érythromycine IV...): prédisposition aux torsades de pointe (tachycardie

ventriculaire).

- Sels de calcium: augmentation du taux de calcium dans le sang en raison de la diminution de son excrétion

urinaire.

- Interaction avec les tests de laboratoire: risque d'influence du diurétique sur les tests de la fonction

parathyroïdienne.

- Carbamazépine: risque de diminution du taux de sodium sanguin.

- Produits de contraste iodés à hautes doses: risque accru d'insuffisance rénale aiguë.

- Amphotéricine B (voie parentérale), corticoïdes, ACTH ou laxatifs stimulants: majoration des déséquilibres

électrolytiques, en particulier la baisse du taux de f

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTI

SIGNALER SYSTEMATIQUÉMENT TOUT AUTRE

VOTRE PHARMACIEN.

d) GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Grossesse:

CO-TANZAR® est déconseillé en début de gross

de 3 mois.

Allaitement:

CO-TANZAR® est déconseillé pendant l'allaitem

profi de sécurité bien établi, particulièrement chez

DEMANDER CONSEIL À VOTRE MÉDECIN OU

MÉDICAMENT.

e) CONDUCTEURS ET UTILISATEURS DE MACH

Vous devrez savoir que les traitements antihyperten

ou une somnolence, en particulier en début de traitem

LI LISTE DES EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE

LOT N°:

EXP:

PPV:

501168 b

09'91v