

# 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

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



ND: 987601

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0014282

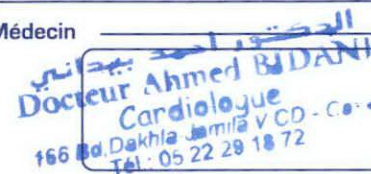
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4313 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : CHAABI Abdelaziz Date de naissance : 03-04-1956  
 Adresse : 6 RUE ABOUMAREKHARIT WALILI'12 CASA  
 Tél. : 0522 807275 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/06/2020  
 Nom et prénom du malade : M. A. 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 : CASABLANCA

Le : 12/06/2020


Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*





# 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
18/05/2020	9	4	3000	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

18/05/2020

126,00

## 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

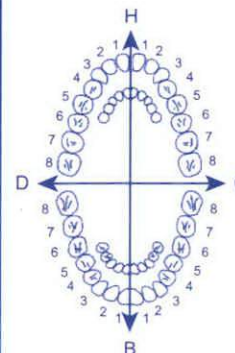
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O

## SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



Coefficient  
DES TRAVAUX

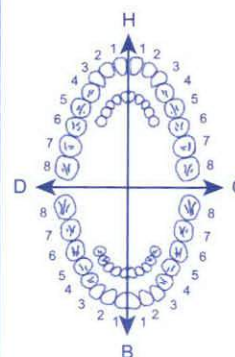
MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE



H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Ahmed BIDANI**

**CARDIOLOGUE**

Spécialiste des Maladies du cœur - Vaisseaux

Circulation Sanguine

Hypertension Artérielle - Électrocardiographie

Holter ECG - Holter - Tensionnel (MAPA)

Echo Doppler Couleur Cardiaque



**الدكتور أحمد بيداني**

اختصاصي في أمراض القلب

الشرايين - الدورة الدموية

ارتفاع الضغط الدموي

التخطيط الكهربائي للقلب - الهولتر

فحص القلب بالأمواج ما فوق الصوتية

والدوبلر بالألوان

Casablanca, Le : 18-05-2010 : الدار البيضاء في

Dr CCB -

كس

8A : 1 6 15

1) - Co - a - cant 50/1126

1 - 0 - 0 / 5

2) - Digne 50/1218

126,00



صيدلية الياسمين  
PHARMACIE DU JASMIN  
Mme. LAMRANI Rajaa  
61, Avenue 2 Mars - CASA  
Tel : 05 22 81 17 67

40 2

الدكتور أحمد بيداني  
Docteur Ahmed BIDANI  
Cardiologue  
166 Bd. Eddakhla - Jamila 5 - Casablanca  
Tel.: 05 22 29 18 72

0106.10.15



# DIPREZAR®

Losartan 50 mg + Hydrochlorothiazide 12,5 mg

Comprimé pelliculé, boîte de 30

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
  - Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
  - Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
  - 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.
- Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que DIPREZAR® 50 mg/12,5 mg, Comprimés pelliculés et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre DIPREZAR® 50 mg/12,5 mg, Comprimés pelliculés ?
3. Comment prendre DIPREZAR® 50 mg/12,5 mg, Comprimés pelliculés ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver DIPREZAR® 50 mg/12,5 mg, Comprimés pelliculés ?
6. Informations supplémentaires.

## 1. QU'EST-CE QUE DIPREZAR® 50 mg/12,5 mg, Comprimé pelliculé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : Antagonistes de l'angiotensine II et diurétiques - code ATC : C09DA01  
DIPREZAR® est une combinaison d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (losartan) et d'un diurétique (hydrochlorothiazide). L'angiotensine II est une substance produite par votre organisme qui se lie aux récepteurs de la paroi des vaisseaux sanguins entraînant leur contraction. Cela induit une augmentation de la pression artérielle. Le losartan empêche la liaison de l'angiotensine II à ces récepteurs entraînant la dilatation des vaisseaux sanguins et une diminution de la pression artérielle. L'hydrochlorothiazide permet aux reins d'éliminer plus d'eau et de sels. Ceci contribue également à réduire la pression artérielle élevée.  
DIPREZAR® est indiqué dans le traitement de l'hypertension artérielle essentielle (pression sanguine élevée).

## 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE DIPREZAR® 50 mg/12,5 mg, Comprimés pelliculés ?

**Ne prenez jamais DIPREZAR® 50 mg/12,5 mg, Comprimé pelliculé :**

- Si vous êtes allergique au losartan, à l'hydrochlorothiazide ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.
  - Si vous êtes allergique aux autres dérivés sulfamide (par exemple autres diurétiques thiazidiques, certains antibiotiques tels que le cotrimoxazole ; si vous n'êtes pas sûr, demandez à votre médecin).
  - Si votre fonction hépatique est gravement altérée.
  - Si vous avez une faible teneur de potassium ou de sodium ou un taux élevé de calcium qui ne peuvent pas être corrigés par un traitement.
  - Si vous souffrez de goutte.
  - Si vous êtes enceinte de plus de 3 mois (Il est également préférable d'éviter de prendre DIPREZAR® en début de grossesse - voir rubrique « Grossesse »).
  - Si votre fonction rénale est gravement altérée ou si vos reins ne produisent plus d'urine.
  - Si vous souffrez de diabète ou d'insuffisance rénale et que vous êtes traité par un médicament destiné à augmenter la sensibilité à l'insuline (insulines).
- EN CAS DE DOUTE, VOUS DEVEZ DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

Faites attention avec DIPREZAR® 50 mg/12,5 mg, Comprimés pelliculés :

Mises en garde et précautions particulières d'emploi :

Adressez-vous à votre médecin, votre pharmacien avant de prendre DIPREZAR®.

Vous devez informer votre médecin si vous êtes enceinte (ou susceptible de devenir) enceinte. DIPREZAR® est contre-indiqué en début de grossesse et ne doit pas être pris si vous êtes enceinte de plus de 3 mois car cela pourrait nuire gravement à votre enfant en cas d'utilisation à partir de ce stade de la grossesse (voir rubrique « Grossesse »).

Il est important de prévenir votre médecin avant de prendre DIPREZAR® :

- Si vous avez déjà eu un gonflement du visage, des lèvres, de la gorge ou de la langue.
  - Si vous prenez des diurétiques.
  - Si vous faites un régime sans sel.
  - Si vous avez eu ou avez eu des vomissements importants et/ou des diarrhées.
  - Si vous avez une insuffisance cardiaque.
  - Si votre fonction hépatique est altérée (voir rubrique 2 - Ne prenez jamais DIPREZAR® 50 mg/12,5 mg, comprimé pelliculé).
  - Si vous avez un rétrécissement des artères rénales (sténose artérielle rénale) ou avez un rein fonctionnel unique, ou si vous avez récemment reçu une transplantation rénale.
  - Si vous avez un rétrécissement des artères (athérosclérose), de l'origine de poitrine (douleur thoracique du fait d'une mauvaise fonction cardiaque).
  - Si vous avez une sténose des valves aortique ou mitrale (rétrécissement des valves du cœur) ou une cardiomyopathie hypertrophique (une maladie induisant un épaississement du muscle cardiaque).
  - Si vous êtes diabétique.
  - Si vous avez eu de la goutte.
  - Si vous avez eu ou avez eu des problèmes articulaires, d'asthme ou une maladie donnant des douleurs des articulations, un rash cutané et de la fièvre (lupus érythémateux disséminé).
  - Si vous avez eu un taux élevé de calcium ou bas de potassium, ou si vous suivez un régime pauvre en potassium.
  - Si vous devez subir une anesthésie (même chez le dentiste) ou une intervention chirurgicale ou si vous allez faire des tests pour vérifier votre fonction parathyroïdienne, vous devez informer votre médecin ou l'équipe médicale que vous prenez des comprimés de losartan potassique et d'hydrochlorothiazide.
  - Si vous avez une hyperaldostéronémie primaire (un syndrome associé à une augmentation de la sécrétion d'aldostérone suite à une anomalie des glandes surrénales).
  - Si vous prenez un des médicaments suivants destinés à traiter la pression artérielle élevée :
    - Un IEC (par exemple énalapril, lisinapril, ramipril), en particulier si vous avez des problèmes rénaux liés au diabète.
    - L'alskiren.
- Votre médecin pourra être amené à vérifier votre fonction rénale, votre pression artérielle, et les taux d'électrolytes (du potassium, par exemple) dans votre sang à intervalles réguliers.

Il ne doit pas être utilisé avec des médicaments...

Autres médicaments et DIPREZAR® 50 mg/12,5 mg : Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez un médicament.

Les diurétiques tels que l'hydrochlorothiazide contiennent des médicaments.

Les préparations à base de lithium ne doivent pas surveiller de très étroite de votre médecin.

Des précautions particulières (telles que contrôles supplémentaires, posologie, suivi de la fonction rénale, du potassium, d'autres diurétiques, certains laxatifs, des médicaments pour contrôler le rythme cardiaque ou si il est aussi important pour votre médecin de savoir si :

- D'autres médicaments pour abaisser votre pression :
  - Des stéroïdes.
  - Des médicaments pour le traitement du cancer.
  - Des antalgiques.
  - Des médicaments pour le traitement d'infections fongiques.
  - Des médicaments contre l'arthrose.
  - Des résines utilisées pour lutter contre un taux important de médicaments myorelaxants.
  - Des somnifères.
  - Des opioïdes tels que la morphine.
  - Des « amines pressives » telles que l'adrénaline ou...
  - Des médicaments antidiabétiques oraux ou des insulines.
- Votre médecin peut être amené à modifier la dose prise.
- Si vous prenez un IEC ou l'alskiren (voir également 50 mg/12,5 mg, comprimés pelliculés) et « Avertissement » Informez aussi votre médecin que vous prenez DIPREZAR® et recevez des produits de contraste iodés.

DIPREZAR® 50 mg/12,5 mg, Comprimés pelliculés ou

Il est conseillé de ne pas boire d'alcool en prenant DIPREZAR® car cela peut augmenter les effets de chacun d'eux. Des quantités excessives de sel dans l'alimentation pendant ou après les repas.

**Grossesse et allaitement :**

Vous devez informer votre médecin si vous pensez être enceinte ou si vous devez recommencer normalement d'arrêter de prendre DIPREZAR® car vous êtes enceinte. Il vous recommandera de ne pas prendre DIPREZAR® pendant la grossesse. Si vous êtes enceinte de plus de 3 mois car cela pourrait nuire gravement à votre enfant en cas d'utilisation à partir de ce stade de la grossesse.

Informez votre médecin si vous allaitez ou êtes susceptible d'allaiter pour les femmes qui allaitent et votre médecin pourra vous recommander de ne pas allaiter.

**Sportifs :**

La diurétique contenue dans ce médicament peut induire une déshydratation.

**Conduite de véhicules et utilisation de machines :**

Lors de l'initiation du traitement par ce médicament, votre médecin vous recommandera de ne pas conduire de véhicules ou d'utiliser de machines (telles que la conduite d'un véhicule) jusqu'à ce que vous n'avez pas comment vous tolérez ce médicament.

DIPREZAR® 50 mg/12,5 mg, Comprimés pelliculés : Si votre médecin vous a informé d'une intolérance à ce médicament.

## 3. COMMENT PRENDRE DIPREZAR® 50 mg/12,5 mg, Comprimés pelliculés ?

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant les instructions de votre médecin ou de votre pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou de votre pharmacien la posologie appropriée de DIPREZAR® en fonction de votre état. Il est important de continuer à prendre DIPREZAR® car cela permet de contrôler votre tension artérielle de manière régulière de votre pression sanguine.

La posologie habituelle pour la plupart des patients est de 50 mg/12,5 mg une fois par jour (pour contrôler votre tension artérielle). Si vous ne pouvez pas avaler le comprimé, vous pouvez le mâcher ou le mélanger à de la nourriture. Le comprimé peut être cassé en deux (voir la notice de votre comprimé ou comprimé en deux). Le comprimé ou comprimé en deux doit être avalé avec un verre d'eau. Le comprimé ou comprimé en deux doit être avalé avec un verre d'eau. Le comprimé ou comprimé en deux doit être avalé avec un verre d'eau.

**Mode d'administration**

Les comprimés doivent être avalés entiers avec un verre d'eau. Si vous avez pris plus de DIPREZAR® 50 mg/12,5 mg, En cas de surdosage, vous devez consulter immédiatement votre médecin. Un surdosage peut provoquer une chute de la tension artérielle, des changements de la composition du sang.



**MUPRAS**

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

Le ...../...../.....

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

A remplir par le praticien	
Je soussigné:	<b>Docteur Ahmed ENDAHI</b> Cardiologue Hay El Massoudia, Rue 24 N° 7, C.D. - Casablanca Tel. 0522 29 18 72 - 0522 11 10 15
Certifie que Mlle, Mme, M :	<b>CHAS. Mary</b>
Présente	<b>HS chrys</b>
Nécessitant un traitement d'une durée de:	
Dont ci-joint l'ordonnance:	
(A défaut noter le traitement prescrit)	

**Docteur Ahmed ENDAHI**  
Cardiologue  
Hay El Massoudia, Rue 24  
N° 7, C.D. - Casablanca  
Tel. 0522 29 18 72 - 0522 11 10 15

(✓) : Valable 3 mois

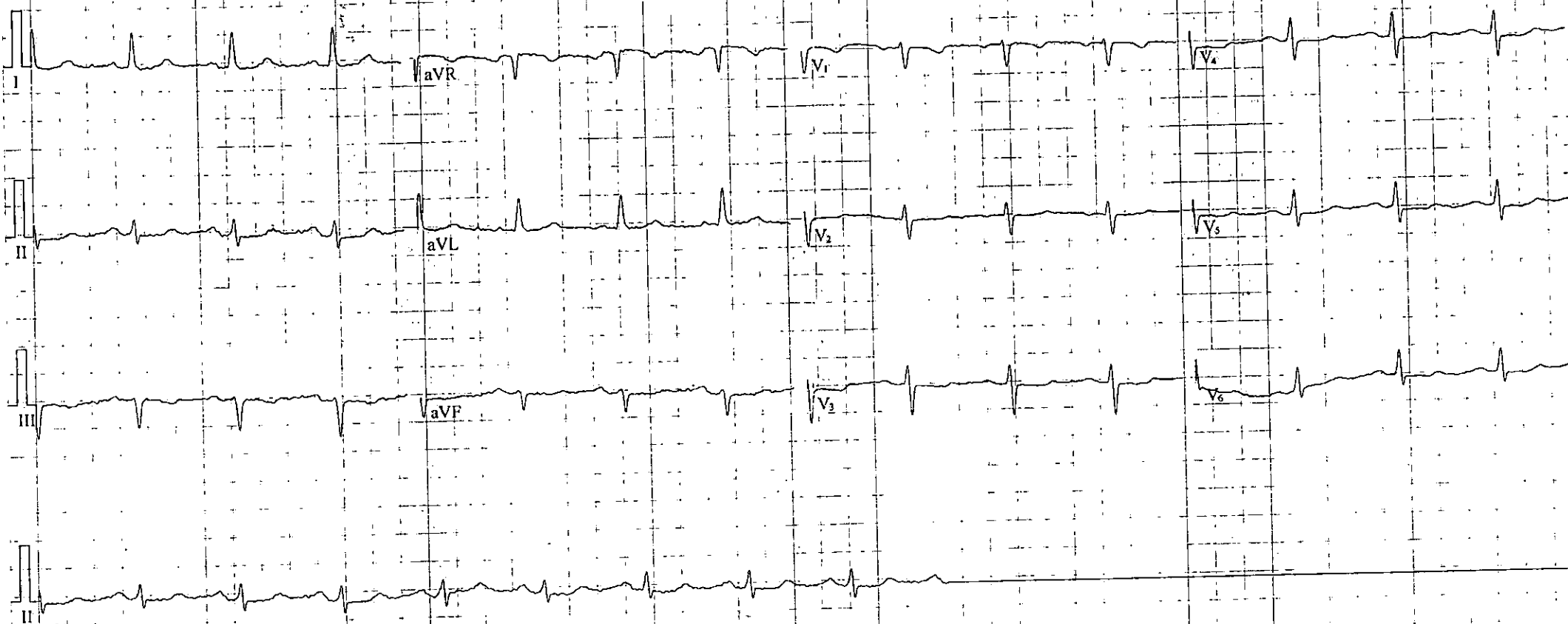
Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

# ECG

DR.AHMED BIDANI CCB 0522291872

Name :CHAABI NAJAT ID :M0265.29 Sex :Female Age :59 Date :18-5-2020

10mm/mV 25mm/s



Frequency : 1000 Hz PR Interval : 134 ms  
 Sample Time : 7 s QT Interval : 399 ms  
 Heart Rate : 82 bpm QTc Interval : 466 ms  
 P Duration : 100 ms P Axis : 53.6°  
 QRS Duration : 112 ms QRS Axis : -20.0°  
 T Duration : 257 ms T Axis : 10.0°

Suggestion :

Physician Signature:

Main Filter:On

ADS Filter:On