

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

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 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.



# Déclaration de Maladie

N° M21- 0052012

87435

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2842 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 1692,10 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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) : [Signature]

## RELEVE 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NOUVELLE MEDIA El Hadj Mouloud Zada Tunis 10523 BP 5593	06/05/2021	1692,50

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

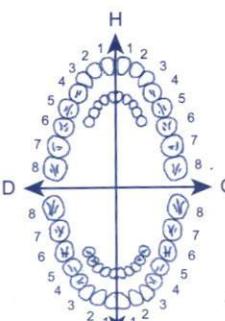
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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 canalaires, ainsi que le bilan.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient
			
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b>		
H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		
D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
DATE DU DEVIS			

**Docteur KHLAFA Mohamed**

**الدكتور خلافة محمد**

Diplôme d'Endocrinologie

اختصاصي في امراض الغدد

Diabétologie - Maladies Nutritionnelles

امراض السكري - امراض التغذية

Diplômé de l'Université

خريج جامعة روني ديكارت

René Descartes

باريس

Paris

08-05-2011

Mohammedia, le : ..... المحمدية في

El Kenchi  
Mohamed You.

0,318C

- mixtol eau 30 feb

18 ml - 18L

- Cetlio step'au

1 - 010

- Dr'kez

Tu . u (03/ tu)  
mix

**Docteur KHLAFA MOHAMED**  
**Médecin Spécialiste**  
**En Diabétologie - En Endocrinologie**  
**En Maladies Nutritionnelles**  
**Diplômé de l'Université René Descartes Paris**  
**13 rue Bachdadi - 1er étage tél : 0523 32 04 44**

زنقة بغداد الطابق الأول - الهاتف : 05 23 32 04 44 - المحمدية

13, Rue Baghdad 1<sup>er</sup> Étage - Tél. : 05 23 32 04 44 - Mohammedia - Email: doc.khlafamohamed@gmail.com

100 جم

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة



أرديوأسبرين 100 مع

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



ض أسيتيل ساليسيليك



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة



كارديوأسبرين 100 مع

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة



أرديوأسبرين 100 مع

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة



سوأسبرين 100 مع

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة





Insulatard® Penfill®  
100U/ml  
Suspension injectable  
5 cartouches de 3ml  
PPV : 350 DH



6 118001 120222

8-0264-73-230-1

► Si vous partez en voyage horaires entre pays peuvent insuline et les horaires de vi médecins si vous envisagez

## Utilisation d'autres médicaments

Certains médicaments affectent le glucose dans votre corps, ce qui peut empêcher l'absorption d'insuline. Vous trouverez ci-dessous les plus courants qui peuvent interférer avec l'insuline. Informez votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez ou avez pris certains médicaments, y compris des médicaments sans ordonnance. En particulier, vous devriez aviser votre médecin si vous prenez l'un des médicaments suivants qui peuvent affecter votre taux de sucre dans le sang.

## Votre besoin d'insuline peut également :

d'autres médicaments pour le diabète ; des inhibiteurs de la conversion de l'angiotensine II ; des bêta-bloquants ; des inhibiteurs de l'enzyme convertissante de l'angiotensine (ACE) ; l'acétylsalicylique ; des stéroïdes ; les sulfonamides ; des contraceptifs oraux ; des thiazides ; des glucocorticoïdes ; un traitement hormonal thyroïdien ; des sympathomimétiques ; des hormones de croissance ; le danazol ; l'octréotide ou le lanréotide.

**Thiazolidinediones** (classe des antidiabétiques oraux utilisés pour le traitement du diabète sucré de type 2).

Certains patients ayant un diabète de type 2 ancien, atteints de maladies cardiaques ou ayant déjà présenté un accident vasculaire cérébral, et traités par les Thiazolidinediones en association avec de l'insuline peuvent développer une insuffisance cardiaque. Informez votre médecin dès que possible si vous avez des signes d'une insuffisance cardiaque tels qu'une difficulté à respirer inhabituelle, une augmentation rapide du poids ou un œdème.

8-0264-73-230-1

Insulatard® Penfill®  
100U/ml  
Suspension injectable  
5 cartouches de 3ml  
PPV : 350 DH



6 118001 120222

8-0264-73-230-1

Insulatard® Penfill®  
100U/ml  
Suspension injectable  
5 cartouches de 3ml  
PPV : 350 DH



6 118001 120222

8-0264-73-230-1

# 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 prescrit personnellement. 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 possibles ?
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). 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 sel. Ceci contribue également à réduire la pression artérielle.  
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 « Ingrédients ».
- Si vous êtes allergique aux autres diurétiques sulamide (par exemple autres diurétiques thiazidiques, certains antibiotiques tels que le citoximazole ; si vous n'êtes pas sûr, demandez à votre médecin).
- Si votre fonction hépatique est gravement altérée.
- Si vous avez un faible taux 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 avez une insuffisance rénale 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 réduire la pression artérielle contenant de l'alsikrin.

EN CAS DE DOUCE, 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 :

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

Vous devez informer votre médecin si vous pensez être [ou susceptible de devenir] enceinte. DIPREZAR® est déconseillé au 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 êtes en régime sans sel,
- Si vous avez des problèmes 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 raffermissement 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 raffermissement des artères (athérosclérose), de l'angine de poitrine (douleur thoracique due à une crise cardiaque),
- Si vous avez une sténose des valves aortique ou mitrale (rétrécissement des valves du cœur) ou une cardiomyopathie hypertrophique (une maladie induisant un épaissement du muscle cardiaque),
- Si vous êtes diabétique,
- Si vous avez eu de la goutte,
- Si vous avez ou avez eu des problèmes allergiques, d'asthme ou une maladie donnant des douleurs des articulations, un rash cutané et de la fièvre (lupus érythémateux disséminé),
- Si vous avez 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 où 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 hyperaldostéronisme primaire (un syndrome associé à une augmentation de la sécrétion d'aldostéronose à une anomalie des glandes surrénales),
- Si vous prenez un ou des médicaments suivants destinés à traiter la pression artérielle élevée :
- Un IEC (par exemple énalapril, lisinopril, ramipril), en particulier si vous avez des problèmes rénaux liés au diabète;
- Un aliskrin.

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.

Les patients qui prennent de l'HCTZ seul ou en association

au risque de cancer de la peau non-mélanomateuse, afin de détecter toute nouvelle lésion suspecte.

Les lésions cutanées suspectes doivent faire l'objet d'un diagnostic histologique.

Afin de réduire le risque de cancer de la peau, il est recommandé d'utiliser l'HCTZ doit aussi être réservé à ceux qui n'ont pas d'histo

cancer de la peau.

Voir également la rubrique « Ne prenez pas ce médicament si... »

#### Enfants et adolescents :

Il n'y a pas de données sur l'utilisation de ce médicament chez les enfants.

Autres médicaments et DIPREZAR® 50 mg/12,5 mg, Comprimé pelliculé :

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez :

Les diurétiques tels que l'hydrochlorothiazide.

Les médicaments pour le bas de l'estomac.

Les préparations contenant de la saponine de l'artichaut.

Des précautions particulières (telle que des suppléments, potassium, d'autres diurétiques, certains médicaments pour contrôler le rythme cardiaque) il est aussi important pour votre médecin de connaitre :

• D'autres médicaments pour abaisser votre tension artérielle,

• Des médicaments pour la tension artérielle,

• Des antidiabétiques,

• Des médicaments pour le traitement d'inflammation,

• Des médicaments contre l'arthrose,

• Des médicaments myorelaxants,

• Des somnifères,

• Des opioïdes tels que la morphine,

• Des médicaments « tels que la morphine »,

• Des médicaments antiépileptiques (voir rubrique « Autres médicaments »).

Votre médecin peut être amené à modifier votre traitement.

Si vous prenez un IEC ou l'alsikrin,

50 mg/12,5 mg, comprimé pelliculé » et

Informez aussi votre médecin que vous prenez ce médicament et recevez des produits de contrast iodé.

DIPREZAR® 50 mg/12,5 mg, Comprimé pelliculé :

Il est conseillé de ne pas boire d'alcool pour augmenter les effets de chacun d'eux.

Dès quantités excessives de sel dans l'eau de bain ou de dehors des repas.

#### Grossesse et allaitement :

Vous devez informer votre médecin si vous pensez être enceinte. Il vous recommandera normalement d'arrêter de prendre ce médicament.

DIPREZAR® 50 mg/12,5 mg, Comprimé pelliculé :

Il est recommandé de prendre un autre médicament à la place.

Il est conseillé de ne pas prendre de médicament pendant la grossesse.

Informez votre médecin si vous allaitez ou souhaitez allaiter.

#### Sportifs :

Le diurétique contenu dans ce médicament peut entraîner un contrôle antidopage.

#### Conduite de véhicules et utilisation de machines :

Lors de l'initiation du traitement par ce médicament, une attention particulière (telles que la conduite de véhicules) vous ne savez pas comment vous tolérez ce médicament.

DIPREZAR® 50 mg/12,5 mg, Comprimé pelliculé :

Si votre médecin vous a informé d'une intolérance à ce médicament.

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

Veuillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute. Votre médecin peut être amené à continuer à prendre DIPREZAR® aussi longtemps que votre médecin vous le prescrira. La posologie habituelle pour la plupart des patients hypertendus est de un comprimé de 50 mg/12,5 mg une fois par jour pour contrôler votre pression artérielle sur une période de 24 heures. La dose peut être augmentée à 2 comprimés une fois par jour de DIPREZAR® 50 mg/12,5 mg, comprimé pelliculé ou changée à 1 comprimé par jour de DIPREZAR FORT® 100 mg/25 mg, comprimé pelliculé ou comprimé de 1 comprimé par jour de DIPREZAR FORT® 100 mg/25 mg, comprimé pelliculé ou de 1 comprimé par jour de DIPREZAR FORT® 100 mg/25 mg, comprimé pelliculé.

#### Mode d'administration :

Tous les comprimés doivent être avalés entiers avec un verre d'eau.

Si vous avez pris plus de DIPREZAR® 50 mg/12,5 mg, comprimé pelliculé que vous n'en aviez besoin, rappelez-vous de prendre le moins possible.

En cas de surdosage, vous devez consulter immédiatement votre médecin pour une pose de pompe à cœur.

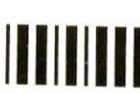
Un surdosage peut provoquer une chute de la pression sanguine, des palpitations, des douleurs au cœur, des changements de la composition du sang et une déshydratation.

PPV 126DH00  
PER 03/24  
LOT K657



PPV: 126DH00  
PER: 01/24  
LOT: K125

PPV 126DH00  
PER 03, 24  
LOT K657



PPV 126DH00  
PER 03/24  
LOT K657

