

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.

Pathologie 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.

Education :

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.

Prothèse et Traitement :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 canalaires.

Pathologie 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

Nº P19- 063256

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 282

Société : Royal air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Hadououd Abdellaziz

Date de naissance : 10/3/19

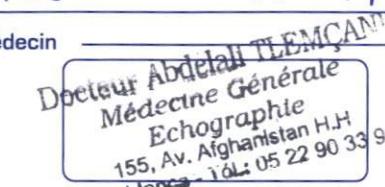
Adresse : Rue 1 N° 52 Hay Nagola Hay Hassani

Tél. : 06 63 66 93 30

Total des frais engagés : 7 Pièces, 866,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14 AVR 2020

Nom et prénom du malade : Hadououd Abdellaziz Age: _____

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Méphisto et gouttes - 13 TA

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 : 14 AVR 2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
14 AVR. 2020			200, av	Docteur Abdellatif TLEMBI Médecine Générale Echographe 155, AV. Afghanistan H.H Télé: 02 22 90 32 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14-12-96	66640

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

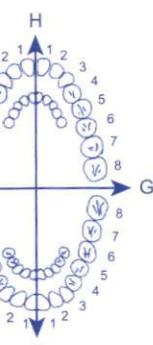
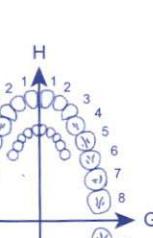
AUXILIAIRES MEDICAUX

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'O.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des travaux														
																		
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;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> </table>					H	21433552	25533412	00000000	D	00000000	00000000	00000000	B	35533411	35533411	11433553	G	
H	21433552																	
25533412	00000000																	
D	00000000																	
00000000	00000000																	
B	35533411																	
35533411	11433553																	
G																		
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																		
MONTANTS DES SOINS																		
DATE DU DEVIS																		

Dr. ABDELALI TLEMÇANI

MEDECINE GENERALE

Echographie

155, Avenue Afghanistan

Hay El Hassani - Casablanca

Tél. : 05.22.90.33.90

الدكتور عبد العالى التلمسانى

الطب العام

أمراض النساء و الرجال والأطفال

الفحص بالتلفرز

155، شارع أفغانستان

حي الحسني - الدار البيضاء

الهاتف: 05.22.90.33.90

14 AVR. 2020

150,40 - Casablanca, le

- Vartarel 1/

SV

132,00 d/c 2x1

- Alg. N° 2

SV

ly 3x1

42,90

- Lampral (28)

SV

1/16/1

149,20 d/c

Pregm 1m

SV

1/1/1 03 mois

666,40



PHARMACIE
Dr TIR
68, Rte. Mif. Th
Tél. 022 20...

150,40.

(50 x 28 x 114) mm

abdelali TLEMÇANI
Générale

13,20

13,20

الرجو إمساء الوصفة عند المراقبة

20077

PREZAR® 100 mg

Losartan

Comprimé pelliculé, Boîte de

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

- Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, 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, 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.

COMPOSITION DU MEDICAMENT :

La substance active est :

LOSARTAN POTASSIQUE.....

100 mg

Les autres composants sont :

Lactose monohydrate, cellulose microcristalline, amidon de maïs prégalatinisé, stéarate de magnésium, croscarmellose sodique type A, opadry II OY-LS-28908 (white) par comprimé pelliculé.

Liste des excipients à effet notoire : Lactose

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

Les losartan (PREZAR®) appartiennent à un groupe de médicaments appelés antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II. L'angiotensine 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. Le losartan ralentit la dégradation de la fonction rénale chez les patients ayant une pression artérielle élevée et un diabète de type 2.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

- PREZAR® 100 mg, comprimé pelliculé est utilisé :
- Pour traiter les adultes ayant une pression artérielle élevée (hypertension).
 - Pour préserver la force et une protéinurie 0 examens biologiques.
 - Pour traiter les patients l'enzyme de conversion cardiaque a été stabilisé.
 - Chez les patients qui comprimé pelliculé réduit

POSÉOLOGIE, MODE ET

Veillez à toujours prendre votre médicament ou de vous en rappeler. Les comprimés doivent être pris chaque jour. Il est important de prendre votre médicament régulièrement.

Votre médecin déclera que vous prenez d'autres médicaments longtemps que votre médecin.

PATIENTS ADULTES HYPERTENSIFS

La dose habituelle d'initiation.

Le comprimé de PREZAR® 50 mg, comprimé pelliculé sécable. L'effet sur la tension artérielle peut prendre au moins 2 à 4 semaines après le début du traitement. Chez certains patients la dose peut, plus tard, être augmentée à 100 mg de losartan une fois par jour. Les comprimés de PREZAR® 50 mg, comprimé pelliculé sécable ou 1 comprimé de PREZAR® 100 mg, comprimé pelliculé.

Si vous avez l'impression que l'effet de PREZAR® est trop fort ou trop faible, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien.

Enfants âgés de moins de 6 ans

PREZAR® n'est pas recommandé chez les enfants de moins de 6 ans, la sécurité d'emploi et l'efficacité n'étant établies dans ce groupe d'âge.

Patients adultes hypertendus diabétiques de type 2

La dose habituelle d'initiation est 50 mg de losartan une fois par jour (1 comprimé de PREZAR® 50 mg, comprimé pelliculé sécable). La dose peut ensuite, être augmentée à 100 mg de losartan une fois par jour (2 comprimés de PREZAR® 50 mg, comprimé pelliculé sécable ou 1 comprimé de PREZAR® 100 mg, comprimé pelliculé) en fonction de la réponse tensionnelle.

Les comprimés de losartan peuvent être pris avec d'autres médicaments antihypertenseurs (tels que les diurétiques, les inhibiteurs calciques, les alpha- ou bêtabloquants et les antihypertenseurs d'action centrale) ainsi qu'avec l'insuline et les autres médicaments antidiabétiques couramment utilisés (par exemple, sulfamides hypoglycémiants, glibizones et inhibiteurs alpha glucosidases).

Patients adultes insuffisants cardiaques

La dose habituelle d'initiation est de 12,5 mg de losartan une fois par jour. Habituellement, la dose doit être augmentée par paliers chaque semaine (c'est-à-dire 12,5 mg par jour la première semaine, 25 mg par jour la deuxième semaine, 50 mg par jour la troisième semaine, 100 mg par jour la quatrième semaine, 150 mg par jour la cinquième semaine) jusqu'à la dose d'entretien établie par votre médecin. Une dose maximale de 150 mg de losartan une fois par jour peut

être utilisée (par exemple, 3 comprimés de PREZAR® 50 mg, comprimé pelliculé et 1 comprimé de PREZAR® 50 mg). Dans le cas de l'insuffisance cardiaque, le losartan peut augmenter le passage de l'eau à travers le rein et/ou un di

149,20

PPV 149DH20
PER 01/23
LOT J085



Ce code est un envoi secondaire grave pouvant survenir chez plusieurs personnes. Vous pouvez avoir besoin d'une surveillance médicale en un seul endroit.

Les effets indésirables suivants ont été rapportés avec PREZAR® : Fréquents (pouvant affecter jusqu'à 1 patient sur 10) :

- Étourdissements,
- Baisse de la pression artérielle (particulièrement après une séance ou sous traitement par des doses élevées de diurétiques),
- Effets orthostatiques liés à la dose tels que diminution de la position assise,
- Faiblesse,
- Fatigue,
- Trop peu de sucre dans le sang (hypoglycémie),
- Trop de potassium dans le sang (hyperkaliémie),
- Modification de la fonction rénale, y compris insuffisance rénale,
- Réduction du nombre de globules rouges dans le sang (anémie),
- Élevation de l'urée dans le sang, de la créatinine et du potassium fréquents (pouvant affecter jusqu'à 1 patient sur 100) :
- Somnolence,
- Mauvaise tête,
- Troubles du sommeil,
- Sensation d'accélération du rythme cardiaque (palpitation),
- Douleur dans la poitrine (angine de poitrine),
- Essoufflement (dyspnée),
- Douleurs abdominales,

149,20
PPV 149DH20
PER 01/23
LOT J085

présentant une insuffisance rénale et/ou les urines) confirmées par des

traitements par les inhibiteurs de l'enzyme convertante qui convient pas. Si l'insuffisance rénale gauche. PREZAR® 100 mg,

équipement de surveillance :

entre [redacted] vérifiez auprès de [redacted]

ment [redacted] comprimé de PREZAR® sans l'avoir

utilisé en fonction de votre état 100 mg, comprimé pelliculé à de votre pression artérielle.



PPV 149DH20
PER 06/22
LOT 11482

149,20



• Diminution du nombre de plaquettes,

- Migraine,
- Anomalies de la fonction hépatique,
- Douleurs musculaires et articulaires,
- Syndrome pseudo-grippal,
- Douleur dorsale et infection urinaire,
- Augmentation de la sensibilité au soleil (photosensibilité),
- Douleur musculaire inexpliquée avec des urines foncées (coulouration),
- Impulsions,
- Inflammation du pancréas (pancréatite),
- Taux bas de sodium dans le sang (hyponatrémie),
- Dépression,
- Sensation générale de malaise,
- Tintement, bourdonnement, grondement ou claquement des oreilles,
- Troubles du goût (dysgueusie).

