

## 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 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° M20- 0007255

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2060 Société : RAM 172772  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ID FEDDAH LAHOUCINE  
Date de naissance : 01/06/38  
Adresse : 2 Lot ADRAR ASKEJOUR MARRAKECH  
Tél. : 06 61 66 47 55 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/06/2023  
Nom et prénom du malade : Bouhmad Rkia Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Lombago + Asthme  
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 : MARRAKECH Le : 12/06/23  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



# 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
12/06/23	5		150 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/06/23	169,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12/06/23	B 1190	1080,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

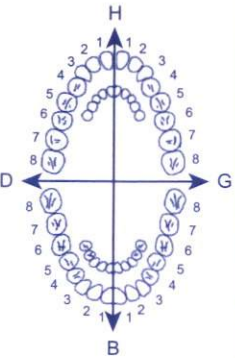
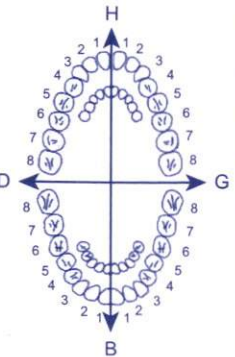
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient 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 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 <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

# LABORATOIRE L'AEROPORT D'ANALYSES MEDICALES

Dr. IDTALAB BADR  
PHARMACIEN BIOLOGISTE  
Tél : 05 24 37 14 07  
labo.aeroport@gmail.com

Lot N° 378 Mhamid 3, Immeuble  
CHARAF 1er étage Apt. N° 1  
MARRAKECH

I.F.....: 18793916  
CNSS.....: 4917813  
T.P.....: 67194315  
ICE.....: 001689870000079  
INPE.....: 073061418

## FACTURE N°: 23007422

le .....: 12/06/23  
Nom et Prénom.....: Madame BOUHMAD Rkia  
Prescripteur.....: Dr. DIMADE ILHAM

Bilan.....: NFS B80+ GLY B30+ HBAC B100+ U B30+  
CRE B30+ AUS B30+ CT B30+ HDL B50+  
LDL B50+ TRIG B60+ TSH B250+ VITD B450+  
TOTAL DES B.....: 1190

Montant Net .....: 1080,00 Dhs  
Mode de règlement...: Espèces

Arrêtée la présente facture à la somme de:

Mille quatre-vingts Dh

Dr. Badr IDTALAB  
Biologiste  
LABORATOIRE L'AEROPORT  
Dr. IDTALAB BADR  
N° 378 Mhamid 3  
Apt. N° 1 Marrakech  
Tél 05 24 37 14 07

Dr. DIMADE Ilham  
Médecine Générale

Ancien Médecin

de la Santé Publique

Diplôme d'Echographie Générale

الدكتورة ديماد إلهام  
الطب العام

طبيبة سابقا

بالقطاع العمومي

دبلوم في الفحص بالصدى

Marrakech, Le...

12/06/2023  
مراكش، في

Booth mad Rkia

28,80

① Vitameryl Forte  
1cp x 3/j après repas.

87,80

② Metoxicam GT 15mg.  
1cp 1 jour pd 20 jours.

③ Repaxol  
1cp x 2/j après repas.

53,80

T = 169,70

صيدلية ادرار  
PHARMACIE ADRAR  
HABIB ELASRI  
DOCTEUR EN PHARMACIE  
2169 Lot Maatallah M'hamid  
Marrakech - Tél : 05 24 36 03 74

Dr. DIMADE Ilham  
Médecine Générale  
948, Lot Nahda M'hamid  
Marrakech - Tél : 05 24 36 03 74



VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

PPV

LOT

PER

2080

ES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES

chare et du Lactose monohydrate, ce  
en cas d'intolérance au fructose, de  
lactose et du galactose ou de déficit en



HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE  
E PHARMACIEN.

E

monydrate.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE  
VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

#### 9. INTERACTIONS

- Interactions avec d'autres médicaments ;
- Interactions avec les aliments et les boissons ;
- Interactions avec les produits de phytothérapie ou thérapie alternatives.

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS  
MÉDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT  
AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE  
PHARMACIEN.

10. UTILISATIONS EN CAS DE GROSSESSE ET D'ALLAITEMENT  
Par mesure de précaution, il est préférable de ne pas utiliser ce  
médicament pendant la grossesse.

Allaitement : ce médicament est à éviter pendant l'allaitement.

D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA  
GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER  
L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT  
D'UTILISER UN MÉDICAMENT.

11. LES EFFETS POSSIBLES DU TRAITEMENT SUR LA CAPACITÉ  
À CONDUIRE UN VÉHICULE OU À UTILISER CERTAINES  
MACHINES  
Sans objet.

12. SYMPTÔMES ET CONDUITE À TENIR EN CAS DE SURDOSAGE  
Sans objet.

13. CONDUITE À TENIR EN CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURS  
DOSES  
Sans objet.

14. MENTION, SI NÉCESSAIRE, D'UN RISQUE DE SYNDROME DE  
SEVRAGE

- Conditions de prescription et de délivrance
- Précautions particulières de conservation
- Tenir hors de la portée des enfants
- Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur la boîte
- Nom et adresse du fabricant quant celui-ci n'est pas le titulaire de l'AMM au Maroc
- Sans objet

- Nom et adresse de l'EPI Titulaire de l'AMM au Maroc  
SYNTHEMEDIC  
20-22, Rue Zoubeyr Ibnou Al Aouam  
Roches Noires  
20300 Casablanca  
Maroc

- la dernière date à laquelle cette notice a été approuvée est le : 03/2015

prescrit. Ne le donnez  
en cas des 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.

#### 2. COMPOSITION DU MÉDICAMENT

Composition qualitative et quantitative en substance (s) active (s)  
par unité de prise  
Bentotiamine ..... 100 mg

#### Composition qualitative en excipients

Excipients : Amidon de riz ; Lactose monohydrate ; Stéarate de  
magnésium ; Saccharose ; Talc ; Hypromellose ; Dioxyde de titane ;  
Macrogol 400 ; et l'eau purifiée. ... qsp un comprimé  
Excipient à effet notoire : Saccharose ; Lactose monohydrate.

#### 3. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITE

Antiasthénique (A : appareil digestif et métabolisme).

#### 4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

- traitement du béri-béri,
- prophylaxie des états de carence vitaminique dus à une diminution des  
apports alimentaires (par exemple : malabsorption, régimes restrictifs  
riches en protéines non supplémentés, nutrition parentérale), en  
association avec les autres vitamines du groupe B,
- proposé chez l'alcoolique, notamment en cas de polyneuropathie.
- proposé dans d'autres polyneuropathies supposées d'origine toxicaérielle.
- utilisée, à forte dose, dans certains syndromes douloureux.

#### 5. POSOLOGIE

- Mode et voies d'administration ;  
Voie orale.
- Durée du traitement ;  
se conformer à l'ordonnance de votre médecin.
- Fréquence d'administration ;  
2 à 4 comprimés par jour, à avaler sans croquer.  
DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT À  
L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

#### 6. CONTRE - INDICATIONS

ATTENTION !

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT  
Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :  
- Intolérance connue à la vitamine B1.  
- Ne pas administrer aux enfants de moins de 8 ans.  
EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS  
DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

#### 7. EFFETS INDESIRABLES

Sans objet.  
N'HÉSITÉS PAS À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE  
VOTRE PHARMACIEN ET À SIGNALER TOUT EFFET NON SOUHAITÉ  
ET GÉNANT.

# MELOXICAM GT®

Méloxicam GT® 7,5 mg  
20 comprimés sécables



87,80

vous y reporter plus tard.  
ou votre pharmacien.  
vous a été prescrit personnellement. Ne le passez pas à d'autres personnes; ce médicament  
pourrait leur nuire, même si elles présentent les mêmes symptômes.

## DENOMINATION :

MELOXICAM GT® 7.5 mg et 15 mg, Comprimés Sécables : Boîte de 20

## COMPOSITION :

La substance active est :

Méloxicam.....7.5 mg

Méloxicam.....15 mg

**EXCIPIENTS :** citrate de sodium, lactose monohydraté, cellulose microcristalline, povidone, silice colloïdale anhydre, croscopovidone, stéarate de magnésium.

## EXCIPIENT A EFFET NOTOIRE :

Lactose.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Il est indiqué dans le :

- \* Traitement symptomatique au long cours de la :
  - Polyarthrite rhumatoïde,
  - Spondylarthrite ankylosante,
- \* Traitement symptomatique de courte durée des poussées aiguës d'arthrose.

## CONTRE-INDICATIONS :

- \* Grossesse et allaitement
- \* Hypersensibilité au Méloxicam ou à l'un des excipients, ou hypersensibilité aux molécules d'activité proche telles qu'autres AINS, aspirine. MELOXICAM GT® ne doit pas être administré aux patients ayant développé des phénomènes d'asthme, de polypes nasaux, d'œdème de Quincke ou d'urticaire après administration d'aspirine ou d'autres AINS.
- \* Ulcère gastro-intestinal en évolution ou antécédent d'ulcère gastro-intestinal récidivant.
- \* Insuffisance hépatocellulaire sévère.
- \* Insuffisance rénale sévère non dialysée.
- \* Insuffisance cardiaque congestive sévère.
- \* Hémorragies gastro-intestinales, cérébrales ou de toute autre nature.

## MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Il n'existe pas de données d'efficacité et de sécurité chez l'enfant de moins de 15 ans.

### **AVANT LE TRAITEMENT, PREVENIR VOTRE MEDECIN EN CAS :**

- d'antécédents digestifs (oesophagite, gastrite, ulcère de l'estomac ou du duodénum anciens) ;
- d'insuffisance cardiaque ou d'hypertension artérielle ;
- de maladie du cœur, du foie ou du rein ;
- de traitement par diurétiques ou d'intervention chirurgicale récente.

### **EN COURS DE TRAITEMENT, ARRETER LE TRAITEMENT ET CONTACTER IMMEDIATEMENT VOTRE MEDECIN OU VOTRE PHARMACIEN EN CAS :**

- D'hémorragie gastro-intestinale (rejet de sang par la bouche, présence de sang dans les selles ou coloration noires des selles).

Des cas d'hémorragies fatales sont rapportés avec l'ensemble des anti-inflammatoires non stéroïdiens.

- De signes évocateurs d'une allergie à ce médicament, en particulier crise d'asthme, brusque gonflement du visage et du cou, décollement de la peau.

## MODE D'ADMINISTRATION :

Voie Orale

### POSOLOGIES :

#### **\* Polyarthrite rhumatoïde :**

15 mg/jour (2 comprimés à 7,5 mg ou 1 comprimé à 15 mg) ;

#### **\* Spondylarthrite ankylosante :**

15 mg/jour (2 comprimés à 7,5 mg ou 1 comprimé à 15 mg) ;

#### **\* Polyarthrite rhumatoïde et spondylarthrite ankylosante :**

En fonction de l'effet thérapeutique, la dose pourra être réduite à 7,5 mg/jour (1 comprimé à 7,5 mg ou 1/2 comprimé à 15 mg).

#### **\* Poussées aiguës d'arthrose :**

7,5 mg/jour (1 comprimé à 7,5 mg ou 1/2 comprimé à 15 mg). En cas de besoin, en l'absence d'amélioration,

# Relaxol® 500mg/2mg

Paracétamol/thiocolchicoside

SANOFI

L01 : 236001V  
PER-02 20/06

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20

P.R.V. : 53DH10



6 118000 060833

remarquez un chiffre sur votre médecin ou à votre pharmacien.

## Notice avant de prendre

importantes pour vous.

de la lire. • Si vous avez votre pharmacien. • Ce de le donnez pas à d'autres signes de leur maladie sont ans devient grave ou si vous ans cette notice, parlez-en à

### 1. QU'EST-CE QUE Relaxol et DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament est un relaxant musculaire. Il est utilisé chez les adultes et les adolescents de plus de 16 ans en tant que traitement d'appoint de contractures musculaires douloureuses. Il doit être utilisé pour des affections aiguës liées à la colonne vertébrale.

Ne pas prendre un autre médicament contenant du paracétamol.

### 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE Relaxol ?

#### Ne prenez jamais Relaxol :

- Si vous avez une hypersensibilité au thiocolchicoside et/ou au paracétamol ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament (mentionnés dans la rubrique 6),
- Si vous avez une maladie grave du foie,
- Si vous présentez une affection caractérisée par une perte de contrôle et du mouvement des muscles (paralysie flasque),
- Si vous souffrez d'une faiblesse musculaire (hypotonie musculaire),
- Si vous êtes enceinte, pourriez tomber enceinte ou pensez que vous pourriez être enceinte,
- Si vous êtes une femme en âge d'avoir des enfants n'utilisant pas de contraception,
- Si vous allaitez.

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

#### Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent.

Vérifiez que vous ne prenez pas d'autres médicaments contenant du paracétamol, y compris si ce sont des médicaments obtenus sans prescription.

Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée. (voir « Posologie » et « Si vous avez pris plus de RELAXOL que vous n'auriez dû »).

#### Avertissements et précautions : Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre RELAXOL 500 mg/2 mg comprimé.

Si vous remarquez des symptômes pouvant indiquer une atteinte du foie pendant le traitement avec ce médicament (par exemple : perte d'appétit, nausée, vomissement, douleurs abdominales, fatigue, urine foncée, jaunisse, démangeaisons) vous devez arrêter de prendre/utiliser RELAXOL 500 mg/2 mg comprimé et demander immédiatement un avis médical si l'un des symptômes apparaît.

En cas de diarrhée, prévenez votre médecin qui pourra éventuellement réajuster la dose.

Utilisez ce médicament avec précaution et prévenez votre médecin si vous souffrez de crises épileptiques ou présentez un risque de convulsions, car Relaxol pourrait aggraver ces troubles.

Respectez rigoureusement les doses et la durée du traitement (voir la rubrique 3. Vous ne devez pas utiliser ce médicament à une dose pour une durée dépassant 7 jours. En cas de surdosage, consultez immédiatement votre médecin.)

en laboratoire. Chez l'homme, ce type de lésions cellulaires est un facteur de risque de cancer, d'altération de la fertilité masculine et peut être dangereux pour un enfant à naître. Parlez-en à votre médecin si vous avez plus de questions.

Votre médecin vous renseignera sur toutes les mesures relatives à une contraception efficace et sur les risques potentiels d'une grossesse.

Vous devez demander l'avis de votre médecin avant de prendre ce médicament :

- Si vous pesez moins de 50 kg,
- Si vous avez une maladie du foie ou maladie grave des reins,
- Si vous buvez fréquemment de l'alcool ou que vous avez arrêté de boire de l'alcool récemment,
- Si vous souffrez de déshydratation,
- Si vous souffrez par exemple de malnutrition chronique, si vous êtes en période de jeûne, si vous avez perdu beaucoup de poids récemment, si vous avez plus de 75 ans ou si vous avez plus de 65 ans et que vous présentez des maladies de longue durée, si vous êtes atteints du virus du SIDA ou d'une hépatite virale chronique, si vous souffrez de mucoviscidose (maladie génétique et héréditaire caractérisée notamment par des infections respiratoires graves), ou encore si vous êtes atteints de la maladie de Gilbert (maladie héréditaire associée à une augmentation du taux de bilirubine dans le sang),
- Si vous êtes allergique à l'aspirine et/ou aux anti-inflammatoires non stéroïdiens.

La consommation de boissons alcoolisées pendant le traitement est déconseillée. • En cas de sevrage récent d'un alcoolisme chronique, le risque d'atteinte hépatique est majoré. • En cas d'hépatite virale aiguë, arrêtez votre traitement et consultez votre médecin.

**Analyses de sang :** Prévenez votre médecin si vous prenez RELAXOL et que vous devez faire un test sanguin car ce médicament peut fausser les résultats de votre

taux d'acide urique (uricémie) et de sucre (glycémie) dans le sang.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

**Enfants et adolescents :** N'administrez pas ce médicament à des enfants ou des adolescents âgés de moins de 16 ans.

#### Autres médicaments et RELAXOL 500 mg/2 mg comprimé

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament.

Aucun trouble (interaction) n'a été observé lorsque ce médicament est associé à d'autres médicaments.

« Ne prenez pas d'autres médicaments contenant du paracétamol. Vous risqueriez un surdosage ».

Si vous suivez un traitement anticoagulant par voie orale (par warfarine ou antivitamine K AVK), la prise de Paracetamol aux doses maximales (4g/jour) pendant plus de 4 jours nécessite une surveillance renforcée des examens biologiques dont notamment l'INR. Dans ce cas, consultez votre médecin.

L'efficacité du paracétamol peut être diminuée si vous prenez simultanément des résines chélatrices - médicament qui diminue le taux de cholestérol dans le sang (respectez un intervalle de plus de 2 heures entre les prises).

Si vous recevez en même temps que du paracétamol, un traitement par fluoxaciline (un antibiotique), vous risquez de présenter une acidose métabolique (sang trop acide à l'origine d'une accélération de la fréquence respiratoire).

La toxicité du paracétamol peut être augmentée, si vous prenez :

- Des médicaments potentiellement toxiques pour le foie,
- Des médicaments qui favorisent la production du métabolite toxique du paracétamol tels que les médicaments antiepileptiques (phénobarbital, phénytoïne, carbamazépine, topiramate),
- De la rifampicine (un antibiotique),
- En même temps de l'alcool.

**RELAXOL 500 mg/2 mg comprimé avec des aliments, boissons et de l'alcool :** La consommation de boissons alcoolisées pendant le traitement est déconseillée.

#### Grossesse, allaitement et fertilité

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

Ne prenez pas ce médicament :

- Si vous êtes enceinte, pourriez tomber enceinte ou pensez que vous pourriez être enceinte,
- Si vous êtes une femme en âge d'avoir des enfants n'utilisant pas de contraception.

4005



**Dr. DIMADE Ilham**  
**Médecine Générale**

Ancien Médecin

de la Santé Publique

Diplôme d'Echographie Générale

**الدكتورة ديماد إلهام**  
**الطب العام**

طبيبة سابقا  
بالقطاع العمومي  
دبلوم في الفحص بالصدى

Marrakech, Le: 24/06/2028 مراكش

Bouhmad Rkka.

LABORATOIRE L'AEROPORT  
Dr IDTALAB BADR  
N° 378 Imm. Charaf Mhamid 3  
Appt. N° 1 Marrakech  
Tél : 05 24 37 14 07

- ① NFS.
- ② TSHus.
- ③ Gai / Hb & Ryquee.
- ④ Acide urique.
- ⑤ Dosage de l'avit D-2-3.
- ⑥ cholestérol total  
HDL - LDL + triglycérides
- ⑦ urée + créat.



# \* RAPPORT D'ANALYSE \*

LABO AEROPORT

2023/06/12 14:21

TOSCH

V01.22

NO: 0042 TB 0005 - 02

ID: 11206142

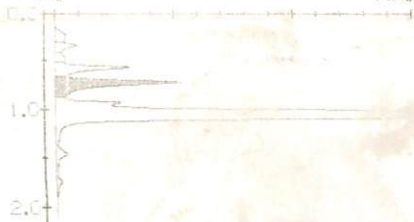
CAI (N) = 1.1464X + 0.4139

TP 828

NOM	%	TEMPS	AIRE
FP	0.0	0.00	0.00
A1A	0.5	0.25	7.22
A1B	0.6	0.34	8.52
F	0.4	0.48	5.12
LA1C+	2.0	0.58	26.94
SA1C	5.4	0.73	57.27
A0	92.1	1.06	1221.08
AIRE TOTAL F			1326.16

HbA1c 5.4%

HbA1 6.6 % HbF 0.4 %  
0% 15%



# LABORATOIRE L'AEROPORT

## D'ANALYSES MEDICALES

Dr. Badr IDTALAB

- Pharmacien Biologiste
- Biochimie clinique
- Hematologie
- Immunologie
- Bacteriologie médicale - Virologie
- Parasitologie - Mycologie
- Biologie de la reproduction

Date de Prélèvement ...: 12/06/2023

Heure de Prélèvement ...: 12h28

Dossier édité le .....: 12/06/2023

CIN .....: WA30837

Prélèvement Effectué au Laboratoire.



# مختبر المطار

## للتحليلات الطبية

الدكتور بدر إد الطالب

- صيدلي إحيائي
- علم الكيمياء الحيوية
- أمراض الدم
- علم المناعة
- علم الجراثيم - علم الفيروسات
- علم الطفيليات
- بيولوجيا التكاثر

Mme BOUHMAD Rkia

Référence : 120623 142

Dr. DIMADE ILHAM

Page: 1/3

## HEMATOLOGIE

### NUMERATION FORMULE SANGUINE

(SYSMEX XS-1000i/XS 500i)

			Valeurs de référence	Antécédents
<b>GLOBULES ROUGES</b> .....	: 4,86	M/mm3	(4,0 - 5,3)	09/12/22 : 5.07
Hémoglobine.....	: 14,70	g/100ml	(12 - 16)	09/12/22 : 15.40
Hématocrite.....	: 44	%	(37 - 46)	09/12/22 : 45
V.G.M.....	: 91	fL	(80 - 95)	09/12/22 : 89
T.C.M.H.....	: 30	pg	(28 - 32)	09/12/22 : 30
C.C.M.H.....	: 33	g/100ml	(30 - 35)	09/12/22 : 34
<b>GLOBULES BLANCS</b> .....	: 7 200	/mm3	(4000 - 10000)	09/12/22 : 7880
<b>Formule leucocytaire</b>				
Polynucleaires neutrophiles..	: 62	%	(40 - 75)	09/12/22 : 57
Soit: 4 464		/mm3	(2000 - 7500)	
Lymphocytes.....	: 31	%	(20 - 45)	09/12/22 : 36
Soit: 2 232		/mm3	(1500 - 4000)	
Monocytes.....	: 5	%	(2 - 8)	09/12/22 : 6
Soit: 360		/mm3	(200 - 800)	
Polynucléaires éosinophiles..	: 2	%	(1 - 4)	09/12/22 : 1
Soit: 144		/mm3	(100 - 400)	
Polynucléaires basophiles....	: 0	%	(0 - 1)	09/12/22 : 0
Soit: 0		/mm3	(0 - 100)	
<b>PLAQUETTES</b> .....	: 219 000	/mm3	(150000 - 400000)	09/12/22 : 228000

## BIOCHIMIE SANGUINE

BECKMAN COULTER AU-480 ET/OU INDIKO PLUS

			Valeurs de référence	Antécédents
<b>GLYCEMIE A JEUN</b> .....	: 0,96	g/l	(0,70 - 1,10)	09/12/22 : 0.96
Soit: 5,33		mmol/l	(3,88 - 6,12)	

LABORATOIRE L'AEROPORT

Dr. IDTALAB BADR

N° 378 Imm. Charaf Mhamid 3

Appt. N° 1 Marrakech

Tél. : 05 24 37 14 07



# LABORATOIRE L'AEROPORT

## D'ANALYSES MEDICALES

Dr. Badr IDTALAB

- Pharmacien Biologiste
- Biochimie clinique
- Hematologie
- Immunologie
- Bactériologie médicale - Virologie
- Parasitologie - Mycologie
- Biologie de la reproduction

Date de Prélèvement : 12/06/2023  
Dossier édité le ... : 12/06/2023  
CIN ..... : WA30837  
Prélèvement Effectué au Laboratoire.



# مختبر المطار

## للتحليلات الطبية

الدكتور بدر إد الطالب

- صيدلي إحيائي
- علم الكيمياء الحيوية
- أمراض الدم
- علم المناعة
- علم الجراثيم - علم الفيروسات
- علم الطفيليات
- بيولوجيا التكاثر

Mme BOUHMAID Rkia  
Référence : 120623 142  
Dr. DIMADE ILHAM

Page: 2/3

**HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE... : 5,40 %**

09/12/22 : 6.20

Technique: HPLC (Chromatographie Liquide Haute Performance). GX.TOSOH

Méthode certifiée par les sociétés internationales de standardisation (IFCC standardisation).

### Interprétation

HbA1C < 6.30 % : Niveau non diabétique.

HbA1C < 7.00 % : Objectif.

HbA1C > 8.00 % : Mesures à entreprendre.

**UREE** ..... : **0,29** g/l (< 0,50) 09/12/22 : 0.27  
Soit : **4,81** mmol/l (< 8,34)

**CREATININE** ..... : **6,97** mg/l (6 - 12) 09/12/22 : 6.17  
Soit : **61,34** µmol/l

**ACIDE URIQUE** ..... : **51** mg/l (26 - 60) 01/07/22 : 51  
soit : **303** µmol/l (155 - 357)

**CHOLESTEROL TOTAL** ..... : **2,23** g/l (< 2,00) 09/12/22 : 2.44  
Soit : **5,75** mmol/l (< 5,15)

**CHOLESTEROL HDL** ..... : **0,44** g/l (0,30 - 0,60) 09/12/22 : 0.45  
Soit : **1,14** mmol/l (0,77 - 1,55)

**CHOLESTEROL LDL** ..... : **1,52** g/l 09/12/22 : 1.67

Nombre de facteurs de risque	Valeur Cible du LDL-C (g/l):
Aucun	< 2,20
1	< 1,90
2	< 1,69
> ou = 3	< 1,30
Patient à haut risque	< 1,00

Facteurs de risque: Diabète, obésité, HTA, âge > 60ans, tabac, HDL-C <0,40 g/L et antécédents familiaux de maladie coronaire.

**TRIGLYCERIDES** ..... : **1,34** g/l (< 1,50) 09/12/22 : 1.60  
Soit : **1,53** mmol/l (< 1,72)

LABORATOIRE L'AEROPORT  
Dr IDTALAB BADR  
N° 378 Imm. Charaf Mhamid 3  
Appt. N° 1 Marrakech  
Tél 05 24 37 14 07

- Pharmacien Biologiste
- Biochimie clinique
- Hematologie
- Immunologie
- Bacteriologie médicale - Virologie
- Parasitologie - Mycologie
- Biologie de la reproduction

Date de Prélèvement : 12/06/2023  
Dossier édité le ...: 12/06/2023  
CIN .....: WA30837  
Prélèvement Effectué au Laboratoire.



- صيدلي إحيائي
- علم الكيمياء الحيوية
- أمراض الدم
- علم المناعة
- علم الجراثيم - علم الفيروسات
- علم الطفيليات
- بيولوجيا التكاثر

Mme BOUHMAD Rkia  
Référence : 120623 142  
Dr. DIMADE ILHAM

### ENDOCRINOLOGIE

Valeurs de référence

Antécédents

**TSHus** .....: 2,69  
Technique:chimiluminescence. Access2

μUI/ml

09/12/22 : 3.10

#### Interprétation :

Adultes : 0,38 - 5,33 μUI/ml  
0 - 12 ans : 0,79 - 5,85 μUI/ml

### VITAMINES

Valeurs de référence

Antécédents

#### VITAMINES D2/D3 (25 Hydroxy-vitamine D)

Technique:ELFA. VIDAS. BIOMERIEUX

**Résultat** .....: 20,10 ng/ml

03/11/21 : 23.50

#### Interprétation :

Carence : < à 10 ng/ml  
Insuffisance : 10 - 29 ng/ml  
Taux normal : 30 - 100 ng/ml  
Toxicité : > à 100 ng/ml