

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0008424

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

0661314587

Total des frais engagés :

6983,90 Dhs

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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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) :

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

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
11/01/2023	lib		300 du	
24 JAN. 2023				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DALAI 24, Bis, des Vigneaux Oasis - Casablanca Tél 05 22 99 27 54	24/01/2023	3806,92

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11.01.23	B 2200	2885 DL

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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 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

Docteur Wafaa CHAFIQ-FILALI

Spécialiste en Endocrinologie
et Maladies Métaboliques

Diabète - Cholesterol - Obésité - Goitre

Perturbations Hormonales

Ménopause - Andrologie

Sur Rendez-Vous

المختصة وفاء شفيق فلالي

اختصاصية في امراض الغدد

وداء السكري والكوليسترول

علاج السمنة وامراض الغدة الدرقية

الاضطرابات الهرمونية

24/01/2023 **بالموصل**

Casablanca, le في الدار البيضاء،

AMRI VV EL MASRI FATIHA

24 JAN. 2023

- **Levothyrox 100 µg**
1 Comprimé, matin, pendant 6MOIS
- **Hydrocortisone rousssel 10 mg**
2Comprimé, matin, soir pendant 6MOIS
- **Deroxat 20 mg**
1 Comprimé, soir, pendant 6MOIS
- **Ventoline hfa 134 a 100 µg / dose**
1 dose, 3X/J X 6MOIS
- **D CURE forte**
1DOSE/MOIS X 2MOIS PUIS 1DOSE/ 2MOIS
- **Calcifix d3 500mg /400 ui**
1 Comprimé, matin, X 6MOIS
- **CURAFLEX**
1DOSE/J X 3MOIS LE MATIN
- **Piascledine 300 mg**
1 Gélule, MIDI pendant X3MOIS

3806,90

51, شارع رجال المسكيني - إقامة الصفار رقم 19 - الدار البيضاء

51, Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA N° 19 - CASABLANCA

Téléphone : 05.22.54.02.60 / 05.22.44.31.77 / الهاتف / Whatsapp : 06 82 51 89 93

E-mail : cab.endocrino.dr.wchafiqfilali@gmail.com

Insaponifiables d'avocat et de soja

Vous devez faire
cette PIASC

Boîte de 30 gélules

Boîte de 30 gélules
Distribué par Sothema.

PPV : 188,00 DHS

PPV: 188,00

118001 072644

PIASCOLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distributeur Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS

PIASLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distributeur Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS

anti-inflammatoires et antirhumatismaux, non stéroïdiens).

Ce médicament agit également sur les gencives.

Ce médicament est indiqué en traitement symptomatique (douleur et gêne fonctionnelle) à effet différé de l'arthrose de la hanche et du genou.

Ce médicament est indiqué en traitement d'appoint dans certaines maladies des gencives.

Ne prenez jamais PIASCLEDINE 300 mg :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.

et en suivant scrupuleusement les informations fournies dans la notice ou par votre pharmacien ou votre infirmier/ère.

besoin de la relire.

et conseil ou information.

s, parlez-en à votre médecin, votre pharmacien ou votre
fet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice.

Si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez

tée des enfants.

gélule et dans

Maître avant de
?

mg, gélule ?

mg. gélule ?

rmations.

gélule ET

active extraite

s (il appartient
tres agents

4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

- Régurgitations qui peuvent être évitées en prenant la gélule au milieu du repas.
- Rares réactions allergiques.
- Exceptionnelles atteintes hépatiques avec modification du bilan hépatique.
- Diarrhées et douleurs de l'estomac.

Déclaration des effets secondaires

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien ou à votre infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

5. COMMENT CONSERVER PIASCLEDINE 300 mg, gélule ?

Tenir ce médicament hors de la vue et de la portée des enfants.

N'utilisez pas ce médicament après la date de péremption indiquée sur l'emballage. La date de péremption fait référence au dernier jour de ce mois.

Pas de précautions particulières de conservation.
Ne jetez aucun médicament au tout-à-l'égout ou
avec les ordures ménagères. Demandez à votre

CURAFLEX®

Sachets

Lot:

A consommer de
préférence avant le : e de 20.

PPC : 149,50 DH

INDICATION :

ptides de Collagène fortigel, fructose, acidifiant : acide
acide L-ascorbique 80 mg), Hyaluronate de sodium,
te de potassium, arômes, Gluconate de manganèse
dulcorants : sucralose, glycosides de stéviol, Gluconate de
).
TOSE-AVEC EDULCORANT.

Lot:

A consommer de
préférence avant le :

PPC : 149,50 DH

Lot:

A consommer de
préférence avant le :

PPC : 149,50 DH

DA 20201912214DMP/20UCA/v1 : رقم

لبرب من طرف طر القارم.
اربريطلا.

CALCIFIX®

CALCIUM + VITAMINE D₃



avant de prendre ce médicament.

traitement.

un

res

af.

la r

cin ou à votre

me en cas de

42, 20

42, 20

CALCIFIX® D3 500 mg/400 UI

E

ement...

lant à c

de gra

500 mg

400 UI

q.s.p. un comprimé

et d'amidon de maïs.

42, 20

42, 20

PHARMACO-THÉRAPEUTIQUE

42, 20

IENT ?

ium et en vitamine D,

- en association aux traitements de l'ostéoporose, lorsque l'apport de calcium et de vitamine D est insuffisant.

LE MÉDICAMENT ?

dans les cas suivants :

in des constituants,

42, 20

- quantité de calcium dans le sang anormalement élevée (hypercalcémie),
- élimination exagérée de calcium par l'urine (hypercalciurie),
- calculs rénaux (lithiase calcique),
- phénylcétonurie (maladie héréditaire due à un déficit enzymatique), en raison de la présence d'aspartam.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

PPV: 49.60 DH
LOT: 22121
EXP: 09/2025

MCC220M 78PE-02
120x420-120x3 1.2020
Og+C5

Notice :
Information de l'utilisateur
D-CURE FORTE 100.000 U.I.,
solution buvable en ampoule, boîtes
Cholécalciférol (Vitamine D 3).

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.
Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice.
- Si vous ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien, mentionnez-vous adresser à votre médecin si ne sentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

- Vous devez prendre D-CURE FORTE ?
- Comment prendre D-CURE FORTE ?
- Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- Comment conserver D-Cure forte ?
- Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE D-CURE FORTE ET DANS EL CAS EST-IL UTILISÉ ?

- Classe pharmaceutique : Vitamine.
- Indications thérapeutiques : D-CURE FORTE 1000 UI est utilisé en tant que traitement d'attaque pour la carence en vitamine D.
- Indications thérapeutiques : D-CURE FORTE 1000 UI est utilisé en tant que traitement d'attaque pour la carence en vitamine D.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER D-CURE FORTE ?

N'utilisez pas D-CURE FORTE :
• si vous êtes allergique (hypersensibilité) au cholécalciférol ou à tout autre excipient de D-CURE FORTE (cf. rubrique 6).

- si vous avez moins de 18 ans.
- si vous souffrez d'hypercalcémie (augmentation du taux de calcium dans le sang) et/ou
- si vous souffrez d'hyperparathyroïdisme (augmentation du taux de calcium dans les urines).
- si vous souffrez de pseudo-hyperparathyroïdisme (perturbation du métabolisme de l'hormone parathyroïdienne), puisque le besoin en vitamine D peut être réduit lors de phases de sensibilité normale à la vitamine D. Dans ce cas, il y a un risque de surdosage prolongé. Des dérivés de la vitamine D qui se régulent mieux sont disponibles dans ces cas.
- si vous avez une hypovitaminose D.
- si vous avez une hypovitaminose D.

Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi :

Utilisez D-CURE FORTE avec précaution :

- si vous présentez des troubles de l'excrétion urinaire de calcium et de phosphate.
- si vous êtes actuellement traité par des dérivés de benzothiadiazine (utilisés pour stimuler l'excrétion urinaire).
- chez les patients immobilisés puisqu'ils risquent de développer une hypercalcémie, (augmentation du taux de calcium dans le sang) et une hypercalcémie (augmentation du taux de calcium dans les urines).
- si vous souffrez de sarcoidose compte tenu du risque accru de conversion de la vitamine D en son métabolite actif. Dans ce cas, il y a lieu de surveiller la calcémie et la calcinurie.
- si vous souffrez de sarcoidose compte tenu du risque accru de conversion de la vitamine D en son métabolite actif. Dans ce cas, il y a lieu de surveiller la calcémie et la calcinurie.

Il y a lieu de surveiller l'effet sur le métabolisme calcique et phosphorique chez les patients souffrant d'insuffisance rénale traités avec D-CURE FORTE.

Si d'autres médicaments contenant de la vitamine D sont prescrits, la dose de vitamine D contenue dans D-CURE FORTE doit être prise en considération. L'administration supplémentaire de vitamine D ou de calcium ne peut se faire que sous surveillance médicale. Dans ces cas, les taux de calcium dans le sang et dans les urines doivent être contrôlés.

En cas de traitement prolongé avec D-CURE FORTE, il est recommandé de contrôler le taux de calcium dans le sang et les urines ainsi que la fonction rénale par dosage de glycosides cardiaques (utilisés pour stimuler la fonction cardiaque) ou diurétiques (utilisés pour stimuler l'excrétion urinaire). En cas d'hypercalcémie (augmentation du taux de calcium dans le sang) ou de signes de dysfonction rénale, la dose doit être réduite ou le traitement interrompu. Il est recommandé de réduire le dosage ou d'interrompre le traitement momentanément si la calcinurie dépasse 7,5 mmol/24 heures (300 mg/24 heures).

Autres médicaments et D-Cure forte :

N'oubliez pas de mentionner à votre médecin ou pharmacien si vous prenez ou avez pris récemment d'autres médicaments, y compris les médicaments obtenus sans ordonnance.

L'utilisation concomitante de phénytoïne (utilisée pour traiter l'épilepsie) ou de barbituriques (utilisés pour traiter l'épilepsie, les troubles du sommeil et en tant qu'anesthésiques) peut réduire l'effet de la vitamine D.

Les diurétiques thiazidiques (augmentation du taux de calcium dans le sang et les urines en cas de traitement prolongé) peuvent réduire l'effet de la vitamine D. Les dérivés de benzothiadiazine (utilisés pour stimuler l'excrétion urinaire) peuvent réduire l'effet de la vitamine D.

SALBUTAMOL

Ce médicament est contre-indiqué en cas de suspicion de certains tests respiratoires

DEROXAT

Paroxétine (sous forme de chlorhydrate de paroxétine)

20 mg

comprimé pelliculé sécable

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre votre médicament.

- Gardez votre médicament à l'abri de la lumière et de l'humidité.
- Si vous ne prenez pas votre médicament à l'heure prévue, ne le prenez pas plus tard que 12 heures après l'heure prévue.
- Ce médicament vous a été prescrit pour un usage à long terme.
- Si vous ne prenez pas votre médicament à l'heure prévue, ne le prenez pas plus tard que 12 heures après l'heure prévue.
- Si vous ne prenez pas votre médicament à l'heure prévue, ne le prenez pas plus tard que 12 heures après l'heure prévue.

car elle contient des informations importantes.

consultez votre pharmacien.

ne donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur nuire.

consultez votre médecin ou votre pharmacien. Ceci est valable pour tous les médicaments.

Quels cas est-il utilisé ?
AT 20 mg, comprimé pelliculé sécable ?

comprimé pelliculé sécable ET DANS QUELS CAS ?

Classe pharmacologique : antidépresseur - Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine - code ATC : N06AB02

est utilisé pour le traitement de la dépression et/ou de troubles anxieux.

suivants :
- les troubles du comportement incontrôlable, (agitation, nervosité, la peur des lieux publics, l'agoraphobie, l'isolement, l'absence en société),
- les troubles du sommeil, (insomnie, réveil nocturne, troubles du sommeil traumatique),

Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (SSRI) : ils agissent sur le système de sérotonine (substance présente dans le cerveau).

DEROXAT et des autres ISRS n'ont pas d'effets secondaires connus, mais ils augmenteraient le risque de saignement.

AVANT DE PRENDRE DEROXAT 20 mg, consultez votre médecin.

20 mg, comprimé pelliculé sécable :
- pendant les 2 dernières semaines un médicament appelé IMAO (inhibiteur de la monoamine oxydase), incluant le moclobémide et le chlorure de méthylthionium (bleu de méthylène),

ne prenez pas DEROXAT et informez-en votre médecin.
- Si vous prenez un autre traitement (voir rubrique ci-dessous « Autres médicaments et DEROXAT 20 mg, comprimé pelliculé sécable »).

consultez votre médecin ou pharmacien avant de prendre DEROXAT 20 mg, comprimé pelliculé sécable :

• Si vous prenez un autre traitement (voir rubrique ci-dessous « Autres médicaments et DEROXAT 20 mg, comprimé pelliculé sécable »).

Classe pharmacologique :

antidépresseur - Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine - code ATC : N06AB02

est utilisé pour le traitement de la dépression et/ou de troubles anxieux.

suivants :
- les troubles du comportement incontrôlable, (agitation, nervosité, la peur des lieux publics, l'agoraphobie, l'isolement, l'absence en société),
- les troubles du sommeil, (insomnie, réveil nocturne, troubles du sommeil traumatique),

Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (SSRI) : ils agissent sur le système de sérotonine (substance présente dans le cerveau).

DEROXAT et des autres ISRS n'ont pas d'effets secondaires connus, mais ils augmenteraient le risque de saignement.

AVANT DE PRENDRE DEROXAT 20 mg, consultez votre médecin.

20 mg, comprimé pelliculé sécable :
- pendant les 2 dernières semaines un médicament appelé IMAO (inhibiteur de la monoamine oxydase), incluant le moclobémide et le chlorure de méthylthionium (bleu de méthylène),

ne prenez pas DEROXAT et informez-en votre médecin.
- Si vous prenez un autre traitement (voir rubrique ci-dessous « Autres médicaments et DEROXAT 20 mg, comprimé pelliculé sécable »).

consultez votre médecin ou pharmacien avant de prendre DEROXAT 20 mg, comprimé pelliculé sécable :

• Si vous prenez un autre traitement (voir rubrique ci-dessous « Autres médicaments et DEROXAT 20 mg, comprimé pelliculé sécable »).

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
ID: 647669
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
ID: 649077
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
ID: 647669
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
ID: 650564
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
ID: 650236
6 118001 140237

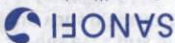
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
ID: 650564
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
ID: 650580
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
ID: 650564
6 118001 140237

Hydrocortisone Roussel® 10 mg, comprimé sécable

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR



Son utilisation
essentielle une
en l'absence de l'ap
du glucose ou du
médicament :
ment. Dans ce cas,
médicament séle.

nez ou que vous avez
vous faire opérer
de stress (fièvre,
ite, infection, maladie,
médicament pour
ne de rupture
nir votre médecin en
ntez une vision
euse.

ments
en si vous prenez,
dre tout autre
médicament.

Croissance et allaitement

Hydrocortisone

de la maladie,
e médecin,
raire des prises

ans, il
s) dans
par votre
couper si

R73600

Maphar
Bd Alkimia N° 6, al.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V. : 37,50 DH
6 113001 182909

Maphar
Bd Alkimia N° 6, al.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V. : 37,50 DH
6 113001 182909

Maphar
Bd Alkimia N° 6, al.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V. : 37,50 DH
6 113001 182909

Maphar
Bd Alkimia N° 6, al.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V. : 37,50 DH
6 113001 182909

Maphar
Bd Alkimia N° 6, al.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V. : 37,50 DH
6 113001 182909

Maphar
Bd Alkimia N° 6, al.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V. : 37,50 DH
6 113001 182909

Maphar
Bd Alkimia N° 6, al.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V. : 37,50 DH
6 113001 182909

Maphar
Bd Alkimia N° 6, al.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V. : 37,50 DH
6 113001 182909

Maphar
Bd Alkimia N° 6, al.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V. : 37,50 DH
6 113001 182909

Maphar
Bd Alkimia N° 6, al.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V. : 37,50 DH
6 113001 182909

Maphar
Bd Alkimia N° 6, al.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V. : 37,50 DH
6 113001 182909

Maphar
Bd Alkimia N° 6, al.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V. : 37,50 DH
6 113001 182909

Maphar
Bd Alkimia N° 6, al.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V. : 37,50 DH
6 113001 182909

Maphar
Bd Alkimia N° 6, al.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V. : 37,50 DH
6 113001 182909

hydrocortisone

Veull

de pr

inform

Gar

Si vo

Ne le

Ce m

leur é

sont l

parler

sappi

pas m

Que con

1. Qu'est

Sidi Bernoussi, Casablanca

Hydrocortisone 10mg

B/25 CP

P.P.V. : 37,50 DH

6 113001 182909

Maphar

Bd Alkimia N° 6, al.

Sidi Bernoussi, Casablanca

Hydrocortisone 10mg

B/25 CP

P.P.V. : 37,50 DH

6 113001 182909

MERCK

نشرة: معلومات الاستعمال

ليفوتيروكس® قرص قابل للقطع

ليفوتيروكسين صودي، عن طريق الفم

يجب قراءة هذه النشرة بكاملها بانتباه قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها من جديد
- إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اسأل طبيبك أو صيدلي
- وصف لك هذا الدواء شخصياً. لا تعطيه لأحد سواك، حتى ولو كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد
- إذا كنت تواجه أي آثار جانبية، تحدث مع طبيبك أو صيدلي. وهذا ينطبق أيضاً على أي من الآثار الجانبية المحتملة

انظر الفقرة 4

تحتوي هذه النشرة:

- 1 - ماهو ليفوتيروكس قرص قابل للقطع و ما هي حالات استعماله؟
- 2 - ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال ليفوتيروكس قرص قابل للقطع ؟
- 3 - ما هي طريقة استعمال ليفوتيروكس قرص قابل للقطع ؟
- 4 - ما هي التأثيرات غير المرغوبة المحتملة؟
- 5 - ما هي طريقة حفظ ليفوتيروكس قرص قابل للقطع ؟
- 6 - محتويات العبوة و معلومات أخرى

1- ماهو ليفوتيروكس قرص قابل للقطع و ما هي حالات استعماله؟**الصف الصيدلاني العلاجي**

هذا الدواء هرمونة درقية

دواعي الاستعمال

يوصى بإستعماله في الحالات التالية :

• نقص التدرق (نقص إفراز الغدة الدرقية).

• الظروف المرتبطة أو غير المرتبطة بنقص التدرق و التي

(الهرمونة المنشطة للغدة الدرقية) TSH تقتضي كبح إفراز.

3- ما هي طريقة استعمال ليفوتيروكس

الجرعة، كيفية و / أو طريقة تناول الجرعة

فترة الحمل.

الاشتراك بين ليفوتيروكس مع مضادات الغدة الدرقية في علاج فرط التدرق لا يشار إليه خلافاً لـ "نشرة الحمل، فرط التدرق، الواقع، ليفوتيروكس يجتاز قليلاً جداً حاجز الغدة الدرقية تجتازها بسهولة حدوث قصور الغدة الدرقية عند الرضاعة الطبيعية هي ممكنة خلافاً قصور الغدة الدرقية أو فرط وينبغي تكييف علاج قصور الغدة الدرقية بواسطة ليفوتيروكس على أساس المراقبة البيولوجية يحسن قصور الغدة الدرقية و فرط التدرق.

آثار على القدرة على قيادة المركب

ليفوتيروكس ليس لديه أي آثار على قيادة المركبات. استخدام الآلات

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

يرات طبيبك أو الصيدلي.

بها

Docteur Wafaa CHAFIQ-FILALI

Spécialiste en Endocrinologie
et Maladies Métaboliques

Diabète • Cholestérol • Obésité • Goitre
Perturbations Hormonales
Ménopause • Andrologie

Sur Rendez-Vous

الدكتورة وفاء شافيق فلال

اختصاصية في أمراض الغدد
وداء السكري والكوليسترول

علاج السمنة وأمراض الغدة الدرقية
الاضطرابات الهرمونية

بالموعد

Casablanca, le 11/01/2023 في الدار البيضاء،

☒ Glycémie à jeun

☐ Glycémie Post-Prandiale

(2 heures après le repas)

☒ Hémoglobine glyquée (Hb A1 C)

☐ Fructosamine

☐ Triglycérides

☒ Cholestérol total

HDL

LDL

☐ Urée

☒ Créatinine

☐ Microalbuminurie sur les urines de 24h

☐ ECBU

☒ TGO/TGP/GGT

☐ Sérologie Hépatite B et C

☒ NFS

☐ VS

☒ CRP

☒ Uricémie

☒ Fer Sérique

☒ Ferritine

☒ Calcémie

☒ Vitamine D2 / D3

☐ PSA

☐ Clairance de la Créatinine

☐ TSH U-S

☒ T4 L

☒ T3 L

☐ Anticorps anti TPO

☐ Anticorps anti récepteurs TSH

☐ Cortisol libre Urinaire

☒ Cortisolémie -8h.....

-16h.....

☐ Prolactinémie à -10h.....

☐ FSH

☐ LH

☐ IGF 1

☐ Anticorps anti gliadine

antiendomysium

☐ Testosteronémie

☐ 17 OH Progestérone

☐ Dérivés Methoxylées

51, شارع رجال المسكيني - إقامة الصفار رقم 19 - الدار البيضاء

51, Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA, N° 19 - CASABLANCA

Téléphone: 05.22.54.02.60 / 05.22.44.31.77 / الهاتف / Whatsapp : 06 82 51 89 93

Laboratoire Anoual

Laboratoire de Biologie Médicale
Biologie moléculaire
Biologie Spécialisée
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prénatal



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université Paris VII
et de l'Institut Pasteur de Paris
Biologiste Qualiticien

FACTURE N° 2301170005

Mme Fatiha AMRI EP EL MASRI

Demande N° 2301170005

Date de l'examen : 17-01-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PSAD	Prélèvement sang adulte	E25	E
	ALAT (transaminase TGP)	B50	B
	ASAT (transaminase TGO)	B50	B
	Cholestérol	B30	B
	Calcium	B30	B
	Créatinine	B30	B
	CRP us	B100	B
	Fer	B60	B
	G.G.T.	B50	B
	HbA1c	B100	B
	Potassium	B30	B
	Triglycérides	B50	B
	Vitamine D 25-OH (D2+D3)	B450	B
	Cortisol 8h	B250	B
	LDL Dosage direct	B50	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	Sodium	B30	B
	TSHus	B200	B
	T4Libre	B200	B
	Ferritine	B250	B
	Acide Urique	B30	B
	NF	B80	B
	Cholestérol HDL	B50	B

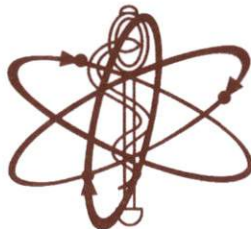
Total des B : 2200

TOTAL DOSSIER : 2885 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux mille huit cent quatre-vingt-cinq dirhams DH

**Il est Strictement Interdit de Changer les Noms,
Prénoms et les Dates des Analyses.**





Mme Fatiha AMRI EP EL MASRI

Né(e) le : 20-03-1952

Dossier N° : 2301170005

Date de l'examen : 17-01-2023

Prélevé le : 17-01-2023 08:04 en interne

Edité le : 20-01-2023

DR : WAFIA CHAFIQ FILALI

Adresse : 51 BD RAHAL EL MESKINI CASABLANCA

Page 1 / 4



ACCREDITATION
N° 8-3245
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

HEMATOCYTOLOGIE

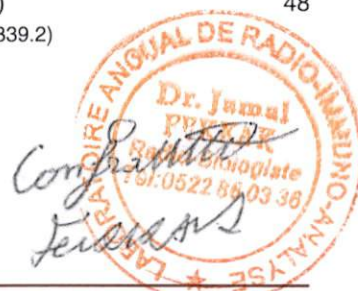
Hémogramme

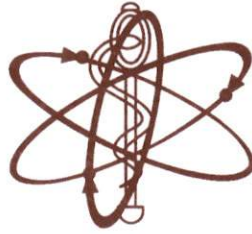
Cytométrie de flux sur ABX Pentra (échantillon primaire : sang total EDTA)

				16-06-2022
Leucocytes [AC]	11.40	milliers/ μ l	(4.00-10.00)	10.80
Hématies : [AC]	4.78	millions/ μ l	(3.80-5.80)	4.76
Hémoglobine : [AC]	12.8	grs/dL	(11.5-16.0)	12.3
Hématocrite : [AC]	40.1	%	(37.0-47.0)	40.2
VGM : [AC]	84.0	μ 3	(80.0-100.0)	85.0
TCMH : [AC]	26.7	pg	(27.0-32.0)	25.9
CCMH : [AC]	31.8	g/dl	(32.0-36.0)	30.6
RDW : [AC]	18.0	%	(11.0-16.0)	16.5
Polynucléaires Neutrophiles :	64.1	%		61.1
Soit:	7.31	milliers/mm3	(2.00-7.50)	6.60
Polynucléaires Eosinophiles :	2.5	%		2.5
Soit:	0.29	milliers/mm3	(0.00-0.50)	0.27
Polynucléaires Basophiles :	0.8	%		0.5
Soit:	0.09	milliers/mm3	(0.00-0.20)	0.05
Lymphocytes :	26.3	%		29.9
Soit:	3.00	milliers/mm3	(1.00-4.00)	3.23
Monocytes :	6.3	%		6.0
Soit:	0.72	milliers/mm3	(0.20-1.00)	0.65
Plaquettes : [AC]	345		(150-500)	354

BIOCHIMIE SANGUINE

				16-06-2022
Glycémie à jeun [AC]	0.89	g/l	(0.74-1.09)	0.82
(Enzymatique HK/G6PDH- Cobas 6000® Roche)	4.94	mmol/l	(4.11-6.05)	
				15-04-2021
Créatinine [AC]	6.0	mg/l	(5.0-9.0)	6.6
(Jaffé, Colorimétrique Cinétique- Cobas 6000® Roche)	53.1	μ mol/l	(44.3-79.7)	
				03-11-2021
Acide Urique [AC]	50	mg/l	(24-57)	48
(Colorimétrique enzymatique Uricase/PAP - Cobas 6000® Roche)	297.5	μ mol/l	(142.8-339.2)	





ACCREDITATION
N° 8-3245
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

Cholestérol total [AC]

(Colorimétrique Enzymatique – Cobas 6000® Roche)

1.78 g/l (<2.00)

4.60 mmol/l (<5.17)

16-06-2022

1.69

HDL-Cholestérol [AC]

(Enzymatique Colorimétrique Cobas 6000® Roche)

0.63 g/l (>0.65)

1.63 mmol/l (>1.68)

16-06-2022

0.60

LDL-Cholestérol (direct) [AC]

(Enzymatique Colorimétrique – Cobas 6000® Roche)

1.06 g/L (<1.55)

2.74 mmol/L (<4.01)

16-06-2022

0.95

Les valeurs suivantes représentent les taux chez l'adulte en terme de risque de maladie coronarienne :

-Faible: <1.29 g/L (2.59 mmol/L)

-Intermédiaire: 1.30 à 1.59 g/L (3.35 à 4.12 mmol/L)

-Elevé: 1.60 à 1.89 g/L (4.13 à 4.92 mmol/L)

-Très élevé: >1.90 g/L (>4.92 mmol/L)

Triglycérides [AC]

(GPO/PAP – Cobas 6000® Roche)

1.19 g/l (<1.50)

1.34 mmol/l (<1.70)

16-06-2022

1.07

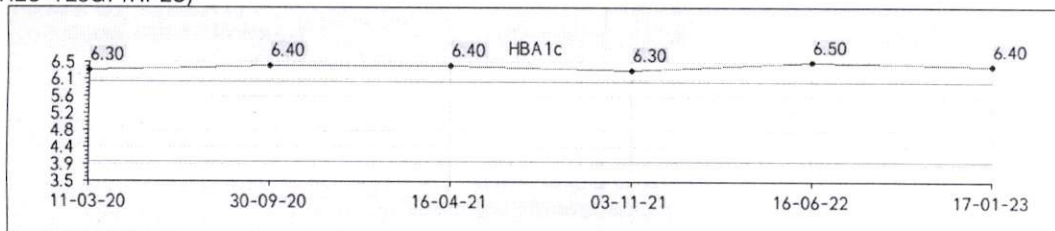
HBA1c [AC]

(Automate HLC-723G7 /HPLC)

6.4 % (4.0-6.0)

16-06-2022

6.5



Ferritine [AC]

(ECLIA- COBAS 6000® Roche)

35.2 ng/mL (13.0-150.0)

16-06-2022

20.8

CRP.us [AC]

(Immunoturbidimétrie – Cobas 6000® Roche)

15.5 mg/L (<5.0)

29-04-2021

10.1



Anoual

Laboratoire de Biologie medicale
Genetique moleculaire
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prenatal
Biologie de la Reproduction

Mme Fatiha AMRI EP EL MASRI

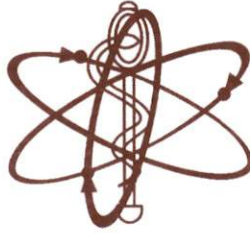
Né(e) le : 20-03-1952

Dossier N° : 2301170005

Date de l'examen : 17-01-2023

Prélevé le : 17-01-2023 08:04 en interne

Edité le : 20-01-2023



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Diplômé de l'Université Paris VII

et de l'Institut Pasteur de Paris

Biologiste Qualiticien

DR : WAFAA CHAFIQ FILALI

Adresse : 51 BD RAHAL EL MESKINI CASABLANCA

Page 4 / 4



ACCREDITATION
N° 8-3245
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

BILAN THYROIDIEN

Echantillon primaire : Sérum

TSHus [AC]
(ECLIA - COBAS 6000® Roche)

3.59 μ UI/ml

(0.27-4.20)

16-06-2022
2.71

T4 L [AC]
(ECLIA - COBAS 6000® Roche)

11.47 pg/ml
14.76 pmol/l

(9.94-15.84)
(12.79-20.39)

16-06-2022
11.14

BILAN SURRENALIEN

Cortisol 8h [AC]
(ECLIA - COBAS 6000® Roche)

53 nmol/L
19 μ g/L

(171-536)
(62-194)

20-06-2022
22

