

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 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.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



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

Déclaration de Maladie

M23-011946

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10218 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL HAIL Abdelilah
Date de naissance : 01-04-1957
Adresse : DRAISSIA 3 BD MOHAMED EL N°8353 Casablanca
Tél. : 0620462234 Total des frais engagés : 1008,80 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 : Casablanca Le : 22/05/2023
Signature de l'adhérent(e) :

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

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

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M22- N° 002498

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10218 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL HAIL Abdelillah
Date de naissance : 01-04-1957
Adresse : DRISSIA 3 BD MOHAMED VI N°835 3^{étg} Casablanca
Tél. : 0620462234 Total des frais engagés : 1008,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 7-8 MARS 2023
Nom et prénom du malade : EL HAIL Idriss
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Affection
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 : Casablanca Le : 22/05/2023
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22- N° 002498

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 10218
Nom de l'adhérent(e) : EL HAIL Abdelillah
Total des frais engagés : 1008,80 Dhs
Date de dépôt : 22/05/2023

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18 MARS 2023	C		156 dh	
25/3/2023	4		G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/03/23	102,80
	18/03/23	246,75

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	27/3/2023	56/10	520,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 CCEFFICIENT 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

ORDONNANCE

Melle

صيدلية مولاي إدريس
Pharmacie Moulay Driss SARLAU
Hay El Farah, Rue 50 N°22 - Casablanca
Tél: 05 22 81 21 42 - GSM: 06 61 31 65 88

Docteur ANIBOU Adib
Médecine Générale
Hay El Farah Rue 50 N°22 - Casablanca
Tél: 05 22 81 21 42 - GSM: 06 61 31 65 88
INP: 091011326

Le :

8 MARS 2023
A. Hail Ikram

Chlamoxyldg

6p

Tyrf2g

D A Ser

Tyrf3g

Bromotid

2B

76p



ORDONNANCE - 708 02 12 01 21
Hay El Farah, Rue 50 N°22
MÉDECINE GÉNÉRALE
Dr. ADIB ANIBOU

ssis

47,80

T = 102,80

12300 x 2

246,00

BIOMARTIAL

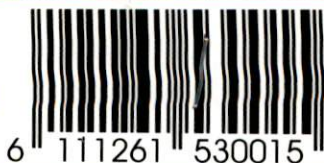
LIPOFER[®]
microencapsulé

FORME ET PRESENTATION :

Gélule, Boîte de 30.

COMPOSITION (par gélule) :

Substance active: Fer micronisé et microencapsulé
amidon de maïs ; anti-agglomérant : stéarate
capsule végétale en HPMC (hypromellose).



PROPRIETES :

BIOMARTIAL

est à base de

Le fer est un oligo-élément nécessaire
il contribue notamment :

- À la synthèse de l'hémoglobine qui assure le transport de l'oxygène,
- Au fonctionnement normal du système immunitaire,
- À réduire la fatigue ,
- Au développement normal des tissus.



Scannez moi

LOT: 2701014
FAB: 01/2023
EXP: 01/2026
PVC: 123.000H

CONSEILS D'UTILISATION :

Selon la prescription médicale.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Ne pas dépasser la dose journalière recommandée
- Ne pas laisser à la portée des enfants
- À conserver à l'abri de l'humidité et de la chaleur
- Food supplement, is not a medicine.

Fabriqué et Distribué par **HEALTH INNOVATION**

10 Rue Racine Valfleuri, Maarif,
Casablanca, Maroc.

+212 522 23 22 51

contact@healthinnovation.ma

www.healthinnovation.ma

ONSSA N°: CAPV.59.217.19

N°Enregistrement au ministère de la santé :

N° DA20202002312DMP/20UCA/V1

BIOMARTIAL

FORME ET PRESENTATION :

Gélule. Boîte de 30.

COMPOSITION (par gélule) :

Substance active: Fer micronisé et microencapsulé ; amidon de maïs ; anti-agglomérant : stéarate de calcium ; capsule végétale en HPMC (hypromellose).

PROPRIETES :

BIOMARTIAL est à base de Liposoluble

Le fer est un oligo-élément nécessaire à la santé. Il contribue notamment :

- À la synthèse de l'hémoglobine qui assure le transport de l'oxygène,
- Au fonctionnement normal du système immunitaire,
- À réduire la fatigue ,
- Au développement normal des tissus.

CONSEILS D'UTILISATION :

Selon la prescription médicale.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Ne pas dépasser la dose journalière recommandée
 - Ne pas laisser à la portée des enfants
 - À conserver à l'abri de l'humidité et de la chaleur
- Food supplement, is not a medicine.

Fabriqué et Distribué par **HEALTH INNOVATION**

10 Rue Racine Valfleuri, Maarif,
Casablanca, Maroc.

+212 522 23 22 51

contact@healthinnovation.ma

www.healthinnovation.ma

ONSSA N°: CAPV.59.217.19

N°Enregistrement au ministère de la santé :

N° DA20202002312DMP/20UCA/V1



Scannez moi

LOT: 2302012
FAB: 02/2023
EXP: 02/2026
PUC: 123.00DH

DASEN® 10.000 UI

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

DENOMINATION

DASEN® 10 000 UI, comprimé enrobé gastro-résistant

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

SERRAPEPTASE 10 000 unités*

Excipients : stéarate de magnésium, amidon de maïs, lactose, acétophtalate de cellulose, jaune orangé S (E110), dioxyde de titane, poloxamère 188.

Pour un comprimé enrobé gastro-résistant

*1 unité correspond au nombre de µg de tyrosine libérée par 5 ml de substrat (caséine) en 1 minute à partir de 1 mg de serrapeptase.

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé enrobé gastro-résistant, boîte de 40 .

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ENZYMOTHERAPIE à visée antioedémateuse et fluidifiante

(M : Système locomoteur)

(M : Système respiratoire)

Exploitant/Fabricant :

Laboratoires SYNTHEMEDIC

20-22, Rue Zoubair Bnou Al aouam. Roches Noires

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament, modificateur des sécrétions bronchiales, est indiqué en cas de bronchite respiratoire récente avec difficulté d'évacuer les crachats.

Il est également utilisé pour traiter les oedèmes des voies respiratoires après une intervention chirurgicale.

ATTENTION !

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE en cas d'allergie connue à l'un des constituants notamment à la serrapeptase (enzyme).

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

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de réaction allergique, le traitement doit être arrêté immédiatement et définitivement.

Un avis médical est nécessaire :

- en cas de fièvre, de crachats gras ou purulents,
- si vous êtes atteint d'une maladie chronique (au long cours) des bronches et des poumons.

Ce traitement doit toujours être suivi sous surveillance médicale. La prise simultanée de médicaments anticoagulants est déconseillée.

Ne pas prendre de médicaments à base d'aspirine pendant le traitement.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

EN CAS DE DOUTE,

OU DE VOTRE PHARMACIEN

INTERACTIONS MEDICALES

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS,

DASEN® 10 000 UI

Serrapeptase

40 Comprimés enrobés gastro-résistants



6 118000 181064

PPV :

EXP :

Lot N° :

4780



Clamoxyl 500mg et Clamoxyl 1g comprimés dispersibles

Boîte de 12 et 24 comprimés dispersibles.

Amoxicilline

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, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit, à vous ou à votre enfant. 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 vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que Clamoxyl comprimé dispersible et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Clamoxyl comprimé dispersible ?
3. Comment prendre Clamoxyl comprimé dispersible ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver Clamoxyl comprimé dispersible ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE CLAMOXYL, comprimé dispersible, ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique - code ATC : J01CA04.

Qu'est-ce que CLAMOXYL ?

CLAMOXYL est un antibiotique. Le principe actif est l'amoxicilline. Celui-ci appartient à un groupe de médicaments appelés « pénicillines ».

Dans quels cas CLAMOXYL est-il utilisé ?

CLAMOXYL est utilisé pour traiter des infections causées par des bactéries dans différentes parties du corps.

CLAMOXYL peut également être utilisé en association à d'autres médicaments pour traiter les ulcères de l'estomac.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE CLAMOXYL, comprimé dispersible ?

Ne prenez jamais CLAMOXYL, comprimé dispersible :

- si vous êtes allergique à l'amoxicilline, à la pénicilline ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament (mentionnés dans la rubrique 6) ;
- si vous avez déjà présenté une réaction allergique à un antibiotique. Ceci peut inclure une éruption cutanée ou un gonflement du visage ou de la gorge.

Ne prenez pas CLAMOXYL si vous êtes dans l'une des situations mentionnées ci-dessus. En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre CLAMOXYL.

Avertissements et précautions :

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre CLAMOXYL, comprimé dispersible si vous :

- souffrez de mononucléose infectieuse (fièvre, maux de gorge, ganglions enflés et fatigue extrême)
- avez des problèmes rénaux
- urinez pas régulièrement

En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre CLAMOXYL.

Tests sanguins et urinaires :

Si vous devez effectuer :

- des analyses d'urine (dosage du glucose) ou des analyses de sang pour explorer le fonctionnement de votre foie,
- un dosage d'œstrogène pendant la grossesse pour vérifier que le bébé se développe normalement).

Informez votre médecin ou votre pharmacien que vous prenez CLAMOXYL. En effet, CLAMOXYL peut influencer sur les résultats de ces tests.

Autres médicaments et CLAMOXYL, comprimé dispersible :

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

- Si vous prenez de l'allopurinol (utilisé dans le traitement de la goutte) avec CLAMOXYL, le risque de réaction cutanée allergique est plus élevé.
- Si vous prenez du probénécide (utilisé dans le traitement de la goutte), votre médecin peut décider d'adapter votre dose de CLAMOXYL.
- Si vous prenez des médicaments destinés à empêcher la coagulation du sang (tels que la warfarine), vous pourriez avoir besoin d'effectuer des analyses sanguines supplémentaires.
- Si vous prenez d'autres antibiotiques (tels que les tétracyclines) CLAMOXYL peut être moins efficace.
- Si vous prenez du méthotrexate (utilisé dans le traitement de cancer et du psoriasis sévère) CLAMOXYL peut provoquer une augmentation des effets indésirables.

Grossesse et allaitement :

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

Conduite de véhicules et utilisation de machines :

Clamoxyl peut provoquer des effets indésirables (comme des réactions allergiques, des vertiges et des convulsions) susceptibles de réduire votre capacité à conduire. Ne conduisez pas et n'utilisez pas de machines à moins que vous vous sentiez bien.

CLAMOXYL comprimé dispersible contient de l'aspartam :

Ce médicament contient 20 mg d'aspartam par comprimé. L'aspartam (E951) est une source de

Phénylalanine. Peut être dangereux pour les personnes atteintes de phénylcétonurie (PCU), une maladie

génétique rare caractérisée par l'accumulation de phénylalanine ne pouvant être éliminée correctement.

3. COMMENT PRENDRE CLAMOXYL comprimé dispersible ?

Veuillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

- Faire dissoudre complètement chaque comprimé dans un verre d'eau et bien remuer le mélange jusqu'à ce qu'il soit homogène. Avaler immédiatement le mélange.
- Répartissez les prises de manière régulière au cours de la journée ; elles doivent être espacées d'au moins 4 heures.

Posologie habituelle :

Enfants pesant moins de 40 kg :

Toutes les posologies sont déterminées en fonction du poids de l'enfant en kilogrammes.

- Votre médecin vous indiquera la quantité de CLAMOXYL que vous devez administrer à votre bébé ou votre enfant.
- La posologie habituelle est de 40 mg à 90 mg par kilogramme de poids corporel et par jour, à administrer en deux ou trois prises.
- La dose maximale recommandée est de 100 mg par kilogramme de poids corporel et par jour.

Adultes, patients âgés et enfants pesant 40 kg ou plus :

La posologie habituelle de CLAMOXYL est de 250 mg à 500 mg trois fois par jour ou 750 mg à 1 g toutes les 12 h, selon la sévérité et le type d'infection.

- **Infections sévères :** 750 mg à 1 g trois fois par jour.
- **Infection des voies urinaires :** 3 g deux fois par jour pendant un jour.
- **Maladie de Lyme (infection transmise par des parasites appelés tiques) :** érythème migrant isolé (phase précoce - éruption cutanée circulaire rouge ou rose) : 4 g par jour, manifestations systémiques (phase tardive - avec des symptômes plus graves ou quand la maladie est étendue à tout le corps) : jusqu'à 6 g par jour.
- **Ulcère de l'estomac :** 750 mg ou 1 g deux fois par jour pendant 7 jours avec d'autres antitoxiques et médicaments destinés à traiter les ulcères de l'estomac.
- **Pour prévenir les infections cardiaques en cas de chirurgie.** La posologie varie selon le type de chirurgie. D'autres médicaments peuvent également être administrés simultanément. Votre médecin, pharmacien ou infirmier/ère pourra vous donner plus de détails.
- La dose maximale recommandée est de 6 g par jour.

Problèmes rénaux :

Si vous souffrez de problèmes rénaux, la posologie pourra être diminuée par rapport à la posologie habituelle.

Pendant combien de temps faut-il prendre CLAMOXYL ?

- Vous devez continuer de prendre CLAMOXYL aussi longtemps que votre médecin vous l'a prescrit, même si vous vous sentez mieux. Toute interruption pourrait compromettre la guérison et favoriser l'apparition d'une réapparition de l'infection.
- Une fois que vous avez fini votre traitement, continuez à prendre CLAMOXYL pendant un nouveau le médicament.

Des mycoses (infections à levures) apparaissent souvent pendant le traitement. Elles peuvent causer des douleurs, des démangeaisons, des brûlures. CLAMOXYL est utilisé pendant le traitement pour prévenir ces mycoses.

Si vous prenez CLAMOXYL pendant une longue durée, votre médecin peut vous prescrire des analyses supplémentaires pour surveiller le fonctionnement de votre foie.

Si vous avez pris plus de CLAMOXYL que prescrit, consultez votre médecin. Si vous avez pris trop de CLAMOXYL, cela peut provoquer des vomissements ou de la diarrhée ou la formation de troubles ou provoquant des douleurs en urinant. Consultez votre médecin dès que possible. Appelez votre médecin pour ne pas montrer à votre

PPV: 55,00
LOT: 650085
PER: 05/24

BILAN BIOLOGIQUE

Le :

25 MARS 2023

Nom / Prénom :

El Hadi Ikram

Age :

Sexe : M ☐ F ☐

◆ Groupage sanguin

- ☐ Groupe
- ☐ Rhésus
- ☐ RAI
- ☐ Phénotype Rhésus
- ☐ Coombs Indirect
- ☐ Coombs direct

◆ Hématologie/infectiologie

- ☒ NFS
- ☐ Plaquette
- ☐ Electrophorèse de l'hémoglobine
- ☐ Réticulocytes
- ☒ VS
- ☐ CRP
- ☐ Procalcitonine

◆ Bilan d'hémostase

- ☐ TP
- ☐ INR
- ☐ TCK
- ☐ Fibrinogène
- ☐ D-Dimères

◆ Bilan lipidique

- ☐ Cholestérol total
- ☐ Cholestérol HDL
- ☐ Cholestérol LDL
- ☐ Triglycérides

◆ Bilan glycémique

- ☐ Glycémie à jeun
- ☐ Hyperglycémie provoquée
- ☐ Hémoglobine glyquée

◆ Bilan martial

- ☐ Fer sérique
- ☐ CTF
- ☒ Ferritine
- ☐ Transferrine

◆ Ionogramme sanguin

- ☐ Na+
- ☐ K+
- ☐ Cl-
- ☐ Calcium
- ☐ Réserve Alcaline
- ☐ Phosphore
- ☐ Magnésium
- ☐ Magnésium érythrocytaire
- ☐ Protéines
- ☐ Acide urique

◆ Ionogramme

- ☐ Diur
- ☐ Ikram



◆ Fonction hépatique et pancréatique

- ☐ ASAT
- ☐ ALAT
- ☐ Phosphatase alcaline
- ☐ Gamma GT
- ☐ Bilirubine libre et conjuguée
- ☐ 5' Nucléotidase
- ☐ Amylase
- ☐ Lipase
- ☐ Electrophorèse des protéines

◆ Examen des urines

- ☐ ECBU
- ☐ ATB gramme
- ☐ Test de grossesse

◆ Bilan hormonal

- ☐ Prolactine
- ☐ FSH
- ☐ Œstradiol
- ☐ βHCG
- ☐ T3
- ☐ T4

☒ TSH us

◆ Sérologie et immunologie

- ☐ VDRL
- ☐ TPHA
- ☐ Hépatite A
- ☐ Hépatite B:
 - ☐ Antigène Hbs
 - ☐ Antigène Hbe
 - ☐ Anticorps Anti Hbc
 - ☐ Anticorps Anti Hbs
 - ☐ Anticorps Anti Hbe
- ☐ Hépatite C
- ☐ ASLO

◆ Examen des selles

- ☐ Coprologie
- ☐ Parasitologie

◆ Divers

- ☐ PSA
- ☐ Phosphatase acide
- ☐ Vitamine D
- ☐ CPK
- ☐ Troponines
- ☐ BNP
- ☐ Pre BNP

LABORATOIRE CASA ANALYSES
 Dr. HADIL EL GUERMAJ KHALIL
 Derb Sadni, Rue 1 N°1, Angèle
 Tél: 0522 81 00 71 / Fax: 528 81 00 70

Autres :

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE CASA ANALYSES

FACTURE N° : 230300306

le 27-03-2023

Mlle Ikram EL HAIL

Demande N° 2303270022

Date de l'examen : 27-03-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélevement Sanguin	1:25	E
0154	Ferritine	B250	B
0164	TSH us	B250	B
0216	Numération formule	B80	B
0223	VS	B30	B

Total des B : 610

TOTAL DOSSIER : 510.00 DHS

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cent dix dirham s

Opération bénéficiant de l'exonération à la TVA sans bénéfice du droit déduction conformément
à l'article 91- VI- 1° du code général des impôts.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

LABORATOIRE CASA ANALYSES
DE BIOLOGIE MEDICALE
DE CASABLANCA
Société à responsabilité limitée
Régistree au Tribunal de Commerce
de Casablanca sous le N° 230300306
Tél: 0522 81 00 71 / Fax: 522 81 00 70

N°1, Angle Avenue Mohamed VI et Rue N°1, Hay Sadni, 20520 Casablanca.

Tél : 0522810071/70 - Fax : 0522810070 - ICE : 001714577000059 -

INPE : 093061331 - Patente : 37920299 - IF : 18806521 - CNSS N°: 4913762

Email : casaanalyses@gmail.com

Casablanca le 27-03-2023

Prélèvement du : 27-03-2023
Référence : 2303270022
Edition : 27-03-2023
Médecin Dr ANIBOU ADIBMlle EL HAIL Ikram
Né(e) le : 01-07-2003 (19 ans)
Code Patient 1812190018

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (Automate: Sysmex XN-550)

"Les valeurs de référence sont automatiquement éditées en fonction de l'âge, du sexe, état physiologique du patient(e)"

			19-12-2018
Hématies :	4.02 M/mm ³	(3.90-5.40)	4.51
Hémoglobine :	11.7 g/dL	(12.0-15.6)	11.7
Hématocrite :	34.5 %	(35.5-45.5)	35.0
VGM :	86 fL	(80-99)	78
TCMH :	29 pg	(27-34)	26
CCMH :	33.9 g/dL	(28.0-36.0)	33.4
Leucocytes :	6 190 /mm ³	(3 900-10 200)	4 740
Polynucléaires Neutrophiles :	49.6 %		50.6
Soit:	3 070 /mm ³	(2 000-7 500)	2 398
Lymphocytes :	39.4 %		34.4
Soit:	2 439 /mm ³	(1 000-4 000)	1 631
Monocytes :	8.1 %		10.8
Soit:	501 /mm ³	(<1 100)	512
Polynucléaires Eosinophiles :	1.6 %		2.7
Soit:	99 /mm ³	(0-600)	128
Polynucléaires Basophiles :	1.3 %		1.5
Soit:	80 /mm ³	(0-150)	71
Plaquettes :	287 000 /mm ³	(150 000-450 000)	334 000
Commentaire :	Anémie modérée.		

Dr. Hind EL GUERMAI KHALIL

Horaires d'ouverture : Lundi au Vendredi : 7h30 - 19h00 / Samedi : 8h00 - 13h30

N°1, Angle Avenue Mohamed VI et Rue N° 1, Hay Sadni, 20520 Casablanca الدار البيضاء رقم 1 حي السدني

Tél.: 05 22 81 00 71 - Fax : 05 22 81 00 70 - Email : casaanalyses@gmail.com

ICE : 001714577000059 - Patente : 37920299 - CNSS : 4713732 - IF : 19806121 - INPE : 063061331

Mlle EL HAIL Ikram – Référence : 2303270022

VITESSE DE SEDIMENTATION (Méthode de Westergreen)

VS 1ère heure	11 mm	(<10)	19-12-2018	14
VS 2ème heure	23 mm	(<20)		29
Age du patient(e)	19 ans			15

BIOCHIMIE SANGUINE

Ferritine (ARCHITECT Plus i 1000 SR d'Abbott)	6.3 ng/mL	(15.0-150.0)
---	-----------	--------------

BILAN ENDOCRINIEN

TSH Ultra-sensible (ARCHITECT Plus i 1000 SR d'Abbott)	2.20 mUI/L	(0.25-4.94)	19-12-2018	1.45
--	------------	-------------	------------	------

- Hyperthyroïdie : TSH < à 0,15 mUI/L
- Hypothyroïdie : TSH > à 7,00 mUI/L
- Nouveau-né : TSH augmente à la 30 minute de vie (80 mUI/L) puis retour à la normale vers 2-5 jours.

Dr.Hind EL GUERMAI KHALIL

Horaires d'ouverture : Lundi au Vendredi : 7h30 - 19h00 / Samedi : 8h00 - 18h30