

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



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-428844

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12940

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BAKKAR DOUMIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0522 912494

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

08/07/2018

Nom et prénom du malade :

BAKKAR DOUMIA

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Maladie chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les remboursements 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 :

23/09/2019

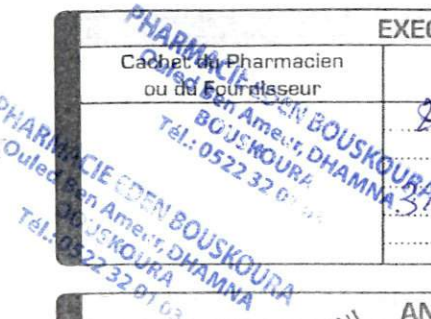
Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

# 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
08/07/19	CC			
31/08/19	CC			

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	27/1/19	924,90
	31/08/19	865,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	30/08/19	CC/G	1000,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

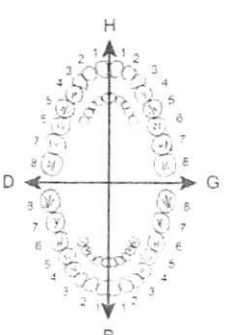
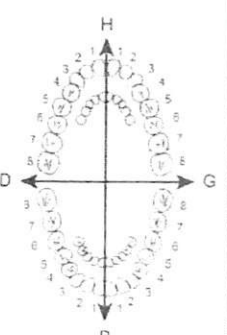
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

Veillez 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	INP : <input type="text"/>														
				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>25533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	25533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	25533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			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





# CABINET DE RHUMATOLOGIE

Dr. EL AMRANI Meriam

Diplômée de la Faculté de Médecine de l'Université Hassan II de Casablanca

Echographie ostéo-articulaire (Paris)

Rhumatismes inflammatoires (Lille)

Attachee à l'hôpital Cheikh khalifa Ibn Zaid - Casablanca

08/07/19

PHARMACIE EDEN BOUSKOURA  
Ouled Ben Ameur, DHAMNA  
BOUSKOURA  
Tél.: 0522 52 51 103

Dr. EL AMRANI Meriam

133,10

1)

Arcoside 60

(S.V)

1 gel / j - après repas pdt 1 j

53,10

2)

Neloxil 600

(S.V)

2cp x 2 / j - pdt 1 me.

28,80

3)

Vitamine F

(S.V)

1cp x 3 / j - pdt 1 me.

210,00

4) 424,90

Cynice 20

(S.V)

1cp / j - pdt 3 j

3302

# Lyrica

Notice : Informations

**Lyrica 25 mg gélules**  
**Lyrica 50 mg gélules**  
**Lyrica 75 mg gélules**  
**Lyrica 100 mg gélules**  
**Lyrica 150 mg gélules**  
**Lyrica 200 mg gélules**  
**Lyrica 300 mg gélules**



## vous arrêtez de prendre Lyrica

Ne arrêtez pas votre traitement par Lyrica sauf si le médecin vous le demande. Si votre traitement est arrêté, l'arrêt doit s'effectuer de façon progressive pendant une semaine minimum.

Après l'arrêt d'un traitement à long terme ou à court terme par Lyrica, vous devez savoir que vous pouvez ressentir certains effets indésirables. Ces effets comprennent des troubles du sommeil, des maux de tête, des nausées, une sensation d'anxiété, de la diarrhée, des symptômes pseudogrippaux, convulsions, de la nervosité, de la dépression, de la douleur, de la transpiration et des étourdissements. Ces symptômes peuvent apparaître plus fréquemment ou de façon plus sévère lorsque Lyrica est administré pendant une période prolongée. Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

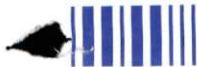
### 4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?

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

**Très fréquents : susceptibles d'affecter plus d'1 personne sur 10**

- étourdissements, somnolence, maux de tête

**Fréquents : susceptibles d'affecter jusqu'à 1 personne sur 10**



# Relaxol® 500mg / 2mg

Paracétamol / thiocolchicoside

comprim

Ce médicament  
l'identification  
pouvez y conti  
en fin de rubri

## Relaxol 500mg/2mg

Paracétamol/Thiocolchicoside

20 Comprimés

**Veuillez lire  
ce médicament.**

• Gardez cette notice, vous pourriez 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.

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

Ce médicament est indiqué dans le traitement d'appoint des contractures musculaires douloureuses en rhumatologie chez les adultes et les adolescents à partir de 16 ans.

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

**ne prenez jamais RELAXOL dans les cas suivants :** • Si vous êtes allergique au thiocolchicoside et/ou au paracétamol ou à l'un des autres composants contenus

8 comprimés de Relaxol) ou pour une durée dépassant 7 jours. Ceci est dû au fait que les produits formés dans votre organisme lorsque vous prenez du thiocolchicoside à des doses élevées peuvent provoquer des lésions sur certaines cellules (nombre anormal de chromosomes). Cela a été mis en évidence lors d'études chez l'animal et d'études 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 avec 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. La durée du traitement est limitée à 7 jours consécutifs.

Avant de débuter un traitement par ce médicament, vérifiez que vous ne prenez pas d'autres médicaments contenant du paracétamol.

La prise de paracétamol peut entraîner des troubles du fonctionnement du foie.

Prévenez votre médecin : • 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).

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.

En cas de problème de nutrition (malnutrition) ou de déshydratation, Relaxol, comprimé doit être utilisé avec précaution.

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

# VITANEVRIL FORT 100 mg,

## 1. DENOMINATION DU MEDICAMENT

VITANEVRIL FORT 100 mg, Comprimé pelliculé, boîte de 30.  
(DCI) Bénéfite

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

Gardez cette notice, vous pourriez 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 des symptômes identiques, car il pourrait lui être nocif.  
Si vous avez 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 MEDICAMENT

Composition qualitative et quantitative en substance (s) active (s)

.....100 mg

**VITANEVRIL FORT**

30 comprimés pelliculés

.....hydrolyte : Stéarate de  
.....Dioxyde de titane :  
.....qsp un comprimé  
.....monohydrate.

**3. LE TYPE D'ACTIVITE**  
(s) (s).

.....à dus à une diminution des  
.....riches en protéines non supplémentés, nutrition parentérale), en  
.....association avec les autres vitamines du groupe B.  
.....proposé chez l'alcoolique, notamment en cas de polymyrites.  
.....proposé dans d'autres polymyrites supposées d'origine postinfectieuse.  
.....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 ;

3 à 4 comprimés par jour, à avaler sans croquer.

**DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.**

## 6. CONTRE - INDICATIONS

ATTENTION !

**DANS QUELQUES CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT**

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE 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 MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

## 7. EFFETS INDESIRABLES

Sans objet.

**N'HESITEZ PAS A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN ET A SIGNALER TOUT EFFET NON SOUHAITE ET GENANT.**

## 8. MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES D'EMPLOI

En raison de la présence du saccharose et du Lactose monohydrate, ce médicament est contre indiqué en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase.

**EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

## EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Saccharose et Lactose monohydrate.

Parlons-en à votre médecin, si vous aviez une intolérance au fructose.

**EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN 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'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A 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 FACON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT.**

## 11. LES EFFETS POSSIBLES DU TRAITEMENT SUR LA CAPACITE A CONDUIRE UN VEHICULE OU A UTILISER CERTAINES MACHINES

Sans objet.

## 12. SYMPTOMES ET CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURDOSAGE

Sans objet.

## 13. CONDUITE A TENIR EN CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURS DOSES

Sans objet.

## 14. MENTION, SI NECESSAIRE, 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



**ARCOXIA®****90 mg**

Etoricoxib

**90 ملغ****أركوكسيا®**  
إيتوريكوكسيب**Notice : Information de l'utilisateur**

**ARCOXIA® 30 mg, comprimés pelliculés**  
**ARCOXIA® 60 mg, comprimés pelliculés**  
**ARCOXIA® 90 mg, comprimés pelliculés**  
**ARCOXIA® 120 mg, comprimés pelliculés**

Etoricoxib

**Prez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.**

• Cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.  
• Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations à votre médecin ou votre pharmacien.  
• Le 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 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 section 4.

**Le contenu de la notice :**

1. Comment prendre ARCOXIA
2. Quels sont les effets indésirables éventuels
3. Comment conserver ARCOXIA
4. Contenu de l'emballage et autres informations

**1. Qu'est-ce que ARCOXIA et dans quel cas est-il utilisé****Qu'est-ce que ARCOXIA ?**

ARCOXIA contient la substance active etoricoxib. ARCOXIA est l'un des médicaments de la classe

**Polyarthrite rhumatoïde**

La dose recommandée est de 60 mg une fois par jour,

**Spondylarthrite ankylosante**

La dose recommandée est de 60 mg une fois par jour,

**Douleur aiguë**

L'etoricoxib ne doit être utilisé que pendant la période

**Goutte:**

La dose recommandée est de 120 mg une fois par jour, douleur aiguë et limitée à 8 jours maximum.

**Douleur postopératoire après chirurgie dentaire**

La dose recommandée est de 90 mg une fois par jour,

**Patients avec problèmes hépatiques:**

- Si vous avez une insuffisance hépatique légère
- Si vous avez une forme **modérée** d'insuffisance hépatique, la dose recommandée est de 30 mg par jour.

**Utilisation chez les enfants et les adolescents**

Les comprimés d'ARCOXIA ne doivent pas être pris par

**Sujets âgés**

Aucun ajustement posologique n'est nécessaire pour l'utilisation particulière doit être portée aux patients âgés

**Mode d'administration**

ARCOXIA est pour usage oral. Prendre les comprimés avec de l'eau. Ne pas mâcher les comprimés.

**Si vous avez pris plus d'ARCOXIA que vous n'auriez dû**

Vous ne devez jamais prendre plus de comprimés que prescrit. Si vous avez pris plus de comprimés que prescrit, contactez votre médecin ou votre pharmacien.



# CABINET DE RHUMATOLOGIE

Dr. EL AMRANI Meriam

Diplômée de la Faculté de Médecine de l'Université Hassan II de Casablanca

Echographie ostéo-articulaire (Paris)

Rhumatismes inflammatoires (Lille)

Attachée à l'hôpital Cheikh khalifa Ibn Zaid - Casablanca

PHARMACIE EDEN BOUSKOURA  
Ouled Ben Ameur, DHAMNA  
BOUSKOURA  
Tél.: 0522 32 01 52

31/08/18

Bruno Samir

482.00

1)

lyrics H.



3303

190.00

2)

Relief.



le 22/08 pdr 3is

le 22/08 pdr 3is

Dr. EL AMRANI Meriam  
Rhumatologue  
Ancienne Attachée au CHU Ibn Rochd  
Tél.: 06 68 45 26 27



8) 94.00 x12

Bouton de 2131- (S.V)

865.00

ly / bar. pdt 3000

Dr. EL AMRANI Meriam  
Rhumatologue  
Andenne Attachée au CHU Ibn Rochd  
Tél.: 06 68 45 26 27

# Biolectra<sup>®</sup>

MAGNESIUM 243<sub>mg</sub> **forte**

goût  
citron



# Biolectra<sup>®</sup>

MAGNESIUM 243<sub>mg</sub> **forte**

goût  
citron



*Comprimés effervescents*



Relief® Compléments alimentaires pour aider à soulager les articulations d

Arthrites, Arth

l'excès de spor

tions. La doule

devenir chroni

terme, des pro

Relief<sup>®</sup> Caplets

base de la nutr

Relief<sup>®</sup> procure

démontrée de réduire l'impact environnemental et d'augmenter la

soutenir la régénération et la récupération des articulations et

des tissus conjonctifs.

Cette formule à action rapide peut produire des résultats positifs en aussi peu qu'une semaine.

### Composition par Caplet:

Vitamine A (  $\beta$ -Carotène) 1000 IU, Vitamine C ( acide ascorbique)

100mg, Sulfate de glucosamine 2KCl 500 mg, MSM

(méthylsulfonylméthane) 200 mg, Sulfate de chondroïtin 150 mg

InflamRelief™ BioStandard™ 450 mg

Complexe InflammRelief™ fruits (95% polyphénols):

Raisin (*Vitis vinifera*), grenade (*Punica granatum*), fraise (*Fragaria*

vesca), canneberge (*Vaccinium macrocarpon*), bleuet (*Vaccinium*

corymbosum), framboise (*Rubus idaeus*), myrtille (*Vaccinium*

myrtillus), *Uncaria tomentosa*, *Zingiber officinale* 4:1, Collagène

de type II, Hyaluronate de sodium, Boswellia serrata (70% acides

boswelliques), Curcuma ( 95% Curcumine), Bore, Manganèse.



# ليريكا

ليريكا®  
بريجابالين

75 مجم  
كبسولة

Pfizer

Pf

ليريكا 50 مجم كبسولات  
ليريكا 75 مجم كبسولات  
ليريكا 100 مجم كبسولات  
ليريكا 200 مجم كبسولات  
ليريكا 150 مجم كبسولات  
ليريكا 300 مجم كبسولات

بريجابالين

على هذه الشبوك احسن

- غشاوة الرؤية، ازدواج الرؤية
- دوام، اضطراب في التوازن، سقوط
- جفاف الفم، إمساك، قيء، امتلاء البطن بالغازات، إسهال، غثيان، انتفاخ
- اضطرابات في الانتصاب
- تورم الجسم بما في ذلك الأطراف
- شعور بالتثالة، اضطراب في المشي
- زيادة في الوزن
- تقلصات عضلية، آلام في المفاصل، آلام في الظهر، آلام في الأطراف
- ألم في الحلق

الأثار قليلة الشئوع التي تصيب أكثر من شخص من بين كل 1.00 مريض متداجة أدناه:

- فقدان الشهية، فقدان الوزن، نسبة منخفضة من السكر في الدم، نسبة مرتفعة من السكر في الدم
- تغير في الشخصية، عصبية، اكتئاب، تقلب الحالة المزاجية، صعوبة في إيجاد الكلمات المناسبة، هلوسة، أحلام غير طبيعية، نوبات هلع، خمول، شعور عدواني، شعور بالعظمة، تدهور في الوظائف العقلية، صعوبة التركيز، زيادة الشهوة الجنسية، مشاكل في العلاقة الجنسية، تشمل عدم القدرة على الوصول للنشوة، قذف متأخر
- تشوش في الرؤية، حركات للعين غير طبيعية، اضطرابات في الرؤية تشمل انخفاض في مجال الرؤية، سطوع بصري، حركات متقطعة، انخفاض ردود الأفعال، نشاط زائد، دوام عند الوقوف، حساسية الجلد، فقدان حاسة التذوق، إحساس بالحرقان، ارتعاش خلال الحركة، انخفاض اليقظة، فقدان الوعي، إغماء، الحساسية تجاه الضوء، المرتفعة، الشعور بعدم الارتياح
- جفاف الفم، تورم العينين، تورم العينين، آلام بالعينين، تورم العينين، تورم العينين، تورم العينين

2ep / mtr pdr 3-  
pis 3ep / mtr pdr 3ma

~~Dr. EL AMRANI Meriam~~  
~~Rhumatologue~~  
~~Ancienne Attachée au CHU. Ibn Rochd~~  
~~Tél.: 06 68 45 26 27~~



# CABINET DE RHUMATOLOGIE

Dr. EL AMRANI Meriam

Diplômée de la Faculté de Médecine de l'Université Hassan II de Casablanca

Echographie ostéo-articulaire (Paris)

Rhumatismes inflammatoires (Lille)

Attachée à l'hôpital Cheikh khalifa Ibn Zaid - Casablanca

08/07/19

M. EL BAKKAR DOUNIA

EMG des 4 membres

(NERV Joints)

~~Professeur Hicham ELOIMANI~~  
~~Neurologue~~  
~~Clinique Jeddah Oasis~~  
~~Fix : 05 22 23 81 81~~  
~~Tél : 06 67 17 33 41~~

~~Dr. EL AMRANI Meriam~~  
~~Rhumatologue~~  
~~Antenne Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid~~  
~~Tél : 05 69 69 69 69~~



Pr Othmani - Clinique  
Neurologie - Temo

06 67 17 33 11

---

D<sup>r</sup> Benkroune - Uied.

05 22 90 78 09

102, ~~Box~~ Oued Oum Rahia  
Rég. Salma.

# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 30-08-2019

**Facture N° 15352/19**

**A. Identification**

N° Dossier : 19H3019912

N° Identifiant : 014453/19

**Nom & Prénom : Mme BAKKAR DOUNIA**

C.I.N :

Adresse : CASA

**C. Débiteur**

page 1/1

**Organisme : Payant**

**D. Période d'Hospitalisation**

Date Entrée : 30-08-2019

Date Sortie : 30-08-2019

Médecin traitant : DR . EL OTMANI HICHAM

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>INTERVENTION</b>						
1	EMG		1 000,00			1 000,00
Total Rubrique :						<b>1 000,00</b>
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						<b>1 000,00</b>
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						<b>0,00</b>
Arrêté la présente facture à la somme de :			<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>1 000,00</b>	

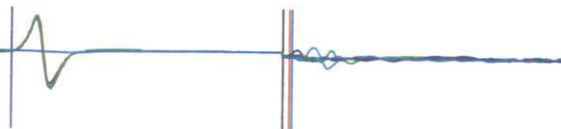
MILLE DIRHAMS

**Cachet et Signature**

Professeur Hicham ELOIMANI  
Neurologue  
Clinique Jerrada Oasis  
Fix : 05 22 23 81 81  
Tél : 06 87 17 33 11

M Lat	Fmin Lat	Fmax Lat	Fmean Lat
2.7 mS	50.8 mS	51.3 mS	51.0 mS

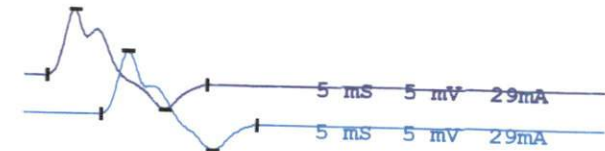
M: 5 mV  
F: 500  $\mu$ V  
10 ms/D

[illegible]



### Nerve: Ulnar-Lt

Site	Lat1 (mS)	Dur (mS)	Amp (Area)	Dist (mm)	NCV (m/S)
1:Wrist	1.88	13.75	8.5 mV(28.2)	260	55.56
2:Elbow	6.56	13.44	8.5 mV(27.1)		
3:Axilla					



### Sensory Nerve Studies

#### Nerve: Median-Rt

Site	Lat1 (mS)	Dur (mS)	Amp (Area)	Dist (mm)	NCV (m/S)
1:Wrist	1.67	2.17	29.3 $\mu$ V(22.2)	85	50.90



#### Nerve: Median-Lt

Site	Lat1 (mS)	Dur (mS)	Amp (Area)	Dist (mm)	NCV (m/S)
1:Wrist	1.50	3.58	27.8 $\mu$ V(20.3)	90	60.00



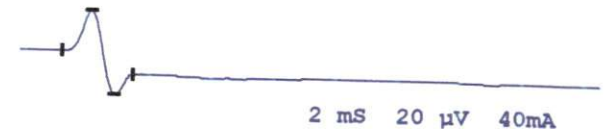
#### Nerve: Superficial Radial-Lt

Site	Lat1 (mS)	Dur (mS)	Amp (Area)	Dist (mm)	NCV (m/S)
1:Forearm	1.54	2.38	30.2 $\mu$ V(20.1)	90	58.44



#### Nerve: Sural-Rt

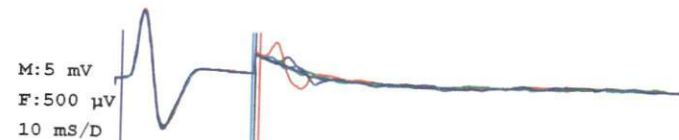
Site	Lat1 (mS)	Dur (mS)	Amp (Area)	Dist (mm)	NCV (m/S)
1:Mid Calf	1.42	2.46	29.1 $\mu$ V(19.7)	100	70.42



### F Wave Studies

#### Nerve: Median-Lt

M Lat	Fmin Lat	Fmax Lat	Fmean Lat
1.0 mS	23.8 mS	25.0 mS	24.4 mS



#### Nerve: Ulnar-Lt

M Lat	Fmin Lat	Fmax Lat	Fmean Lat
27.1 mS	25.8 mS	27.5 mS	26.7 mS



203

BAKKAR Dounia

Physician: DR. EL OTMANI

46Y 9M /Female

Refd. By: DR EL AMRANI

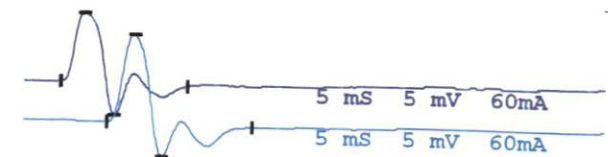
0 Cms/0 Kg

Date: 30-Aug-2019

# Motor Nerve Studies

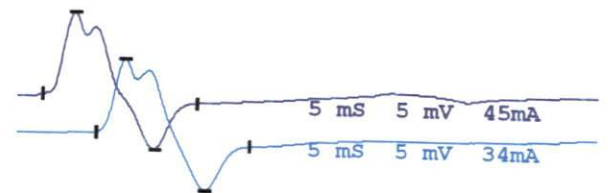
## Nerve: Median-Rt

Site	Lat1 (mS)	Dur (mS)	Amp (Area)	Dist (mm)	NCV (m/S)
1:Wrist	3.02	10.94	8.9 mV(20.5)	270	66.50
2:Elbow	7.08	12.50	10.5 mV(25.4)		
3:Axilla					



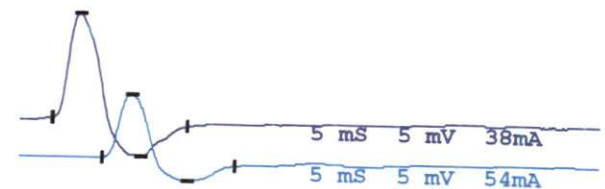
## Nerve: Ulnar-Rt

Site	Lat1 (mS)	Dur (mS)	Amp (Area)	Dist (mm)	NCV (m/S)
1:Wrist	2.08	13.33	11.8 mV(39.1)	240	51.17
2:Elbow	6.77	13.23	11.4 mV(40.8)		
3:Axilla					



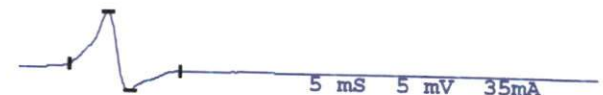
## Nerve: Median-Lt

Site	Lat1 (mS)	Dur (mS)	Amp (Area)	Dist (mm)	NCV (m/S)
1:Wrist	2.71	11.67	12.3 mV(37.5)	270	61.78
2:Elbow	7.08	11.46	7.4 mV(22.7)		
3:Axilla					



## Nerve: Tibial-Rt

Site	Lat1 (mS)	Dur (mS)	Amp (Area)	Dist (mm)	NCV (m/S)
1:Ankle	4.27	9.58	6.7 mV(15.1)		
2:Knee					





## ::: PATIENT INFORMATION :::

ID :: 203  
NAME :: BAKKAR Dounia  
AGE/SEX :: 46Y 9M Female  
DATE :: 30-Aug-2019

Doctor :: DR. EL OTMANI  
Refd. By :: DR EL AMRANI

## ::: REPORT :::

Données électriques ne retrouvant pas d'anomalie nerveuse périphérique aux 4 membres, hormis une atteinte radiculaire C5/C6 gauche minime sans dénervation active ni perte axonale conséquente

Professeur Hicham EL OTMANI  
Neurologue  
Clinique Jerrada Oasis  
Fix : 05 22 23 81 81  
Tél 06 67 17 33 11

DR. EL OTMANI