

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	00429	Société :	Par courrier
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	134042
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : _____ 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) : \_\_\_\_\_

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22- 0032666

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 : \_\_\_\_\_

Nom de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Total des frais engagés : \_\_\_\_\_

Date de dépôt : \_\_\_\_\_

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

8888888

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

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX																																								
MONTANTS DES SOINS				DEBUT D'EXECUTION																																								
FIN D'EXECUTION				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																																								
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				DATE DU DEVIS																																								
H 25533412 00000000 35533411 G 21433552 00000000 11433553																																												
D 00000000 B																																												
G 00000000																																												
B 35533411																																												
H 21433552																																												
G 00000000																																												
B 11433553																																												
H 00000000																																												
G 00000000																																												
B 00000000				MONTANTS DES SOINS																																								
H 00000000																																												
G 00000000																																												
B 00000000																																												
H 00000000																																												
G 00000000																																												
B 00000000																																												
H 00000000																																												
G 00000000																																												
B 00000000					[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DE L'EXECUTION																																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DE L'EXECUTION																																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## **SOINS ET PROTHESES DENTAIRES**

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
DROITE	11 21 12 13 14 15 16 17 18 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33				<b>Coefficient des travaux</b>  <input type="text"/>
GAUCHE	22 23 24 25 X 26 27 28 38 37 36 35 34 33 32				<b>Montant des soins</b>  <input type="text"/>
HAUT					<b>Début d'exécution</b>  <input type="text"/>
BAS					<b>Fin d'exécution</b>  <input type="text"/>
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>  <input type="text"/>
DROITE	12 21 13 23 14 24 15 25 16 26 17 27 18 28 48 38 47 37 46 36 45 35 44 34 43 33 42 32 41 31 31 30	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	<b>Montant des soins</b>  <input type="text"/>
GAUCHE					<b>Date du devis</b>  <input type="text"/>
HAUT					<b>Fin d'exécution</b>  <input type="text"/>
BAS					
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					
Visa et cachet du praticien attestant le devis					
Visa et cachet du praticien attestant l'exécution					

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....	<b>Mme</b>
DECLARATION N°		<b>P 14 /0015426</b>	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	 <b>Cachet MUPRAS</b>
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 14 / 0015426

**DATE DE DEPOT**

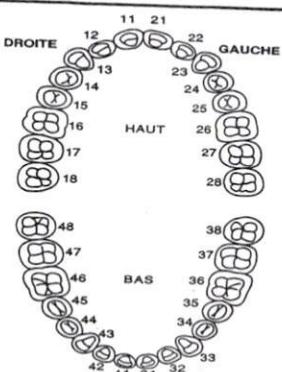
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme	Signature de l'adhérente
Nom & Prénom .....			
Fonction .....	Phones .....		
Mail .....			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient .....		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....
Nature de la maladie		Date 1 <sup>e</sup> OCT. 2022	
		Date 1ère visite .....	
<i>Dr abct</i>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<i>a</i>		<i>250,00</i>	
<b>PHARMACIE</b>	Date 3 11/10/22		
Montant de la facture			
<i>101,20</i>			
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b> Date 12/10/22			
Désignation des Coefficients <i>B + H + P</i>	Montant détaillé des Honoraires <i>860,05</i>		
<b>PHARMACIE MOHAMMADIA</b> <i>Mme DEBBAGH A.</i> <i>N° 100 Av. Palestine - Marrakech</i> <i>Tel : 05 24 30 28 78</i>			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date .....	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES



Dents Traitées

Nature des soins

Coefficient

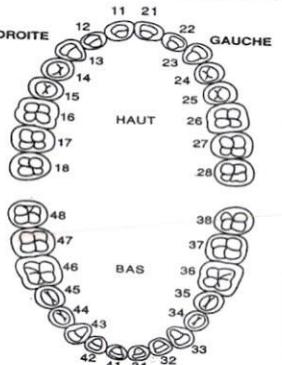
### Coefficient des travaux

### Montant des soins

### Début d'exécution

### Fin d'exécution

## O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

DROITE	11 21	GAUCHE	22 11
	12 22		23 12
	13 23		24 13
	14 24		25 14
	15 25		26 15
	16 26		27 16
	17 27		28 17
	18 28		
	48		38 28
	47		37 38
	46		36 37
	45		35 36
	44		34 35
	43		33 34
	42 41 31 32		32 33

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

Visa et cachet du praticien  
attestant l'exécution

## VOLET ADHERENT

NOM :

DECLARATION N° P 14/0015426

Date de Dépôt

Montant engagé

Mle

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

Cachet  
MUPRAS

**Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois**  
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

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

P 14/0015426

DATE DE DEPOT

/201

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

Nom &amp; Prénom

Fonction

Phones

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent

 Conjoint Enfant Age

Nature de la maladie

Locelcefa + Daleee espole

Signature de l'adhérent

Date 13/10/22

Date 1ère visite

Dr Nouzha PHARMACIE BAROUDI  
82, Av Hassan II, Tel 0524 36 62 52  
RHAMADIA MARRAKECH  
n° 100 Av. Palestine - Marrakech

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
G	1	250,

PHARMACIE Date 12/10/22

Montant de la facture

234,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX Date

Nombre

AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires

CACHET

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
					<b>Coefficient des travaux</b>
					<b>Montant des soins</b>
					<b>Début d'exécution</b>
					<b>Fin d'exécution</b>
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>
		H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		<b>Montant des soins</b>
					<b>Date du devis</b>
					<b>Fin d'exécution</b>
		<p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution			
VOLET ADHERENT		NOM : _____			<b>Mme</b>
DECLARATION N°		<b>P 14/0015426</b>			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes			
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle					



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

**P 14 / 0015426**

**DATE DE DEPOT**

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		<b>Mme</b>	Signature de l'adhérente	
Nom & Prénom .....				
Fonction .....	Phones .....			
Mail .....				
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient .....	<b>BENHAYOUN TOURIA</b>		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age .. 30		Date 04 OCT. 2022		
Nature de la maladie		Bén Hayoun Touria 2022		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances <i>jeunes patients + RH</i>				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
C.S. Z10 K20	C.S. Z10 K20	Dr. Bouazzza TOUNSAOUI Allal El Fassi Hospital 16th floor - 1st floor 05 24 16 73 11 Dr. Bouazzza TOUNSAOUI Allal El Fassi Hospital 16th floor - 1st floor 05 24 16 73 11		
PHARMACIE		Date 11/10/22		
Montant de la facture		<i>11110172</i>		
		<i>11110172</i>		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date .....				
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
		<i>11110172</i>		
AUXILIAIRES MEDICAUX Date .....				
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	
<i>11110172</i>				

arrakech, le : 03 OCT 2022

# الدكتور الگرماعي محمد نجيب

اختصاصي

أمراض الغدد الهرمونية

أمراض السكري

الامراض الاستقلالية

خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

Docteur El Guermaï Mohamed Najib

Spécialiste

- ENDOCRINOLOGIE
- DIABETOLOGIE
- MALADIES METABOLIQUES

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nice

25,10

Mme BENHAYOUN Touria

R 641

25,10  
25,10

- IPRADIA 1000

SV

- STATICOL 20

SV

91,00  
✓ 141,20

Qsp 3 mois

1 cp matin et soir  
Au milieu des repas  
1 cp le soir

صيدلية المحمدية  
PHARMACIE MOHAMMADIA  
100 DEBBAGH A.  
tine - Marrakech  
+ 30 28 78

91,00

ephoner au secretariat avant tout passage au cabinet.

31 شارع الزرقطوني ( أمام سينما كوليزي ) مراكش

31, Bd. Zerkouni (en face du Cinéma Colisée) Marrakech

الهاتف : 05 24 44 96 00

البريد الإلكتروني : nguermai@hotmail.com

Dr ELGUERMAI Med Najib  
Endocrinologue - Diabetologue  
31, Bd Zerkouni - Marrakech  
0524 44 96 00

# **Dr. Nouzha EL BAROUDI**

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

## **RHUMATOLOGUE**

Maladies des Os, Articulations, Tendons, Muscles, Rachis

C.E.S. de Biologie et Médecine du Sport

C.U. de Podologie

82, Avenue Hassan II - Marrakech

Tél. : 05 24 43 65 62

: 05 24 43 22 48

Fax : 05 24 43 01 73

**الدكتورة نزهة البارودي**

خريجة كلية الطب بباريس

اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

والطب الرياضي

، شارع الحسن الثاني - مراكش

الهاتف : 05 24 43 22 48

05 24 43 65 62 :

05 24 43 01 73 : الفاكس

Marrakech, le : ..... 13.10.2022 .....

**Mme BENHAYOUN Touria**



### **1 VOXCIB 200MG**

1 à midi, après le repas, pendant 10 jours.

### **2 RELAXOL COMPRIMÉS**

2 le soir, après le repas.

### **3 D-CURE 100 000 UI FORTE**

Une ampoule tous les 15 jours après le déjeuner pendant 3 mois .

### **4 AMCARD 5**

1 le matin, après le repas.

بنة المحمدية

PHARMACIE MOH

Mme DEBBA

N° 100 Av. Palestine

Tél : 05

كبسولات 10

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22C15  
EXP: 03/2025

PPV: 49,60  
LOT: 22C15  
EXP: 03/2025

Dr. NOUZHA EL BAROUDI  
RHUMATOLOGUE  
82-Av Hassan II-Marrakech  
Tél: 05 24 43 65 62

Docteur Bouazza Tounsaoui

## *Spécialiste des maladies du Poumon*

## *Asthme - Tuberculose - Allergie*

*Ex Medcin chef de l'hopital Errazi*

*et du CDTMR Riad Mokha*



الدكتور بوعزة تونساوي

الصدر في أمراض اختصاصي

الربو (الضيق) - داء السل - الحساسية

طبیب رئیسی، سایق، مستشفی الرازی

ولمركز تشخيص داء السل

وأمراض الصدر برياض الموخى

**PPV (DH) :**

LOT N° :

UT. AV.:

32,60

LOT N° : 9956  
EXP : 12/2022  
PPV : 102DH00

Mr. SENHAYOUN Taek

- zyxtec 10 w  
63,20 icl de for

~~SECRET~~ TIE 250/50 HICKS  
201803 → Pefai x afis / Jovi

~~Torez~~ Burton Day 1st = Jan  
— Muxol Jivob Dr. Bouazza — Casper X2fet, —

**Dra. DOUNSAOUI**  
Pneumophtisiologue  
Av. Allal El Fassi Lotissement "Jew"  
Imm. 16 N° 5 Daoudiate  
Marrakech - Tel 05 24 30 70

صيادلة انتgomery  
PHARMACIE MOHAMMADIA  
Mme DEBBACHE A.  
100 Av. Palest.  
05/2/

Avenue Allal Fassi Daoudiate Lotissement "مسا" Imr1.16 N° 5 - Ma

63,20

Marrakech, le : .....

# الدكتور الكرماعي محمد نجيب

اختصاصي

- أمراض الغدد الهرمونية
- أمراض السكري
- الأمراض الاستقلابية

خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

Docteur El Guermaï Mohamed Najib

Spécialiste

- ENDOCRINOLOGIE
- DIABETOLOGIE
- MALADIES METABOLIQUES

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nice

31 شارع الزرقطوني ( أمام سينما كوليزي ) مراكش  
31, Bd. Zerkouni (en face du Cinéma Colisée) Marrakech  
Tél. : 05 24 44 96 00 :  
الهاتف :  
E-mail : nguermai@hotmail.com البريد الإلكتروني :

Mme BENHAYOUN Touria

R 641

## FAIRE:

- Cholesterol total + LDL

- Triglycérides

- Acide urique

- Hémoglobine glyquée

- Vitamine D

- créatininémie

- Micro-albuminurie.

Dr EL GUERMAÏ Med Najib  
Endocrinologue - Diabetologue  
31, Bd Zerkouni - Marrakech  
0524 44 96 00

Prière de téléphoner au secrétariat avant tout passage au cabinet.

# LABORATOIRE MAJORELLE

Angle Allal El Fassi et Yacoub el Mansour  
Tel : 0524446469 Fax : 05.24.43.29.85

**Dr Abelkader KHOURSSAJI**

**Patente: 45304037 INPE: 073002420 C.N.S.S: 2039932**  
**ICE : 001628278000095 I.F : 69130648 IGR : 69130648**

**FACTURE : 305283**

**9A 33148**

**Nom et Prénom : Mme BENHAYOUN TOURIA**

**Prescripteur : Dr. EL GUERMAI MOHAMED NAJIB**

**Référence : 121022 081**

**Date : 12/10/2022**

## **BILAN :**

FBAC Dh 10,00+	CREA B 30	+ AUR B 30	+ CHOL B 30	+
TRIG B 70	+ LDLM B 40	+ HBA1 B 85	+ MICR B 130	+
VITD B 360	+			

Soit 775 B

**MONTANT NET : 860,00 Dhs**

**ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**

*Huit cent soixante Dh*

PHARMACIE - LABORATOIRE  
MAJORELLE  
Dr. A. KHOURSSAJI  
Angle Allal El Fassi et Yacoub el Mansour - Marrakech  
Tél: 0524446469

**Dr Bouazza TOUNSAOUI**

Spécialiste des maladies du poumon  
Tél. : 05.24.30.73.71

Marrakech :

04 OCT. 2022

NOM BENHAYOUN

Prénom TOURIA

Age 86 ans

*Dr. Bouazza TOUNSAOUI  
Pneumophtisiologue  
Av. Allal El Fassi Lotissement "UW"  
Imm. 16 N° 5 Daoudiate  
Marrakech Tel. 05 24 30 73 71*

FACTURE

DATE	DESIGNATION	MONTANT
<i>04 OCT. 2022</i>	CONSULTATION SPECIALISE	200.00
	TESTE CUTANES ALLERGOLOGIQUE	200.00
	RADIO PULMONAIRE DE FACE	200.00

SLX CENT DIRHAMS

ICE 001645687000017

Arrêté la présente à la somme 600.00 Dirhams

*Dr. Bouazza TOUNSAOUI  
Pneumophtisiologue  
Av. Allal El Fassi Lotissement "UW"  
Imm. 16 N° 5 Daoudiate  
Marrakech Tel. 05 24 30 73 71*

04 OCT. 2022

Dossier: 121022081

CIN :

Mme BENHAYOUN TOURIA

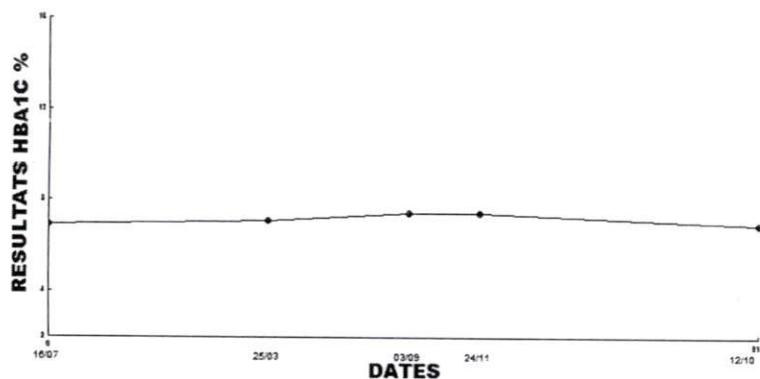
9A 33148

RF :121022 081

H.B.A.1.C ..... 6,9 % 24/11/21 : 7.4  
I.F.C.C ..... 52 mmol/mol 24/11/21 : 57  
(Technique HPLC-723GX)

#### INTERPRETATION

(Normale : 3.9 à 6.0 % - 19 à 42 mmol/mol)  
(Diabète équilibré : 6 à 7 % - 42 à 53 mmol/mol)  
(Diabète déséquilibré: > 7 % - > 53 mmol/mol)



## CHIMIE URINAIRE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

DIURESE ..... 1 350,0 ml/24h  
MICROALBUMINURIE DE 24h.... 7,0 mg/l  
(Technique ARCHITECT abbott) Soit 9 mg/24h (N : < 30) 24/11/21 : 18

## VITAMINOLOGIE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

### 25-HYDROXY-VITAMINE D (D2+D3)

(Technique Chimioluminescence LIAISON DiaSorin XL)

RESULTAT ..... 14,20 ng/ml 08/12/17 : 16,00  
Soit 35,50 nmol/l

#### INTERPRETATION:

(CARENCE : < 10 ng/ml (< 25 nmol/l)  
(INSUFFISANT : 10 à 30 ng/ml (25 à 75 nmol/l)  
(SUFFISANT : 30 à 100 ng/ml (75 à 250 nmol/l)  
(TOXICITE : > 100 ng/ml (> 250 nmol/L)

PHARMACIE - LABORATOIRE  
MAJORELLE  
Dr A.KHOURSSAJI Abdelkader<sup>2</sup>  
Angle Alla Fassi et Mansour - Marrakech  
Tel: 05 24 44 61 69 / 05 24 44 60 88



# مختبر التحاليل الطبية ماجوريل

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAJORELLE

Angle Allal el Fassi et Yacoub el Mansour - Tél.: 05 24 44 64 69 - Fax : 05 24 43 29 85 - Marrakech  
E-mail : laboratoire-majorelle@hotmail.fr / Web : www.laboratoiredemarrakech.com

### Dr KHOURSSAJI Abdelkader

Docteur en Pharmacie - Biogiste  
Diplômé de la Faculté de Paris V  
Diplômé de la Biologie de la Reproduction et A.M.P.  
Université Paris DESCARTES

Prélèvement Effectué au Laboratoire

Date de naissance: 01/01/1940

CIN :

Résultats complets

Date du prélèvement : 12/10/2022

Edité le: 12/10/2022

Mme BENHAYOUN TOURIA  
9A 33148 RF: 121022081

Medecin Dr. EL GUERMAI MOHAMED NAJIB

### BIOCHIMIE

		VALEURS DE REFERENCE	ANTECEDENTS
<b>CREATININE.....</b> (Technique ARCHITECT Abbott)	<b>8,16</b> mg/l Soit 71,81 µmol/l	(N : 5.0 à 12)	24/11/21 : 7.91
<b>ACIDE URIQUE .....</b> (Technique ARCHITECT Abbott)	<b>53,32</b> mg/l Soit 317,25 µmol/l	(N : 25 à 65)	24/11/21 : 63.29
<b>CHOLESTEROL TOTAL .....</b> (Technique ARCHITECT Abbott)	<b>1,83</b> g/l Soit 4,7 mmol/l	(N : 1.6 à 2.00) (N : 4.10 à 5.20)	24/11/21 : 1.74
<b>TRIGLYCERIDES.....</b> (Technique ARCHITECT Abbott)	<b>1,52</b> g/l Soit 1,74 mmol/l	(N : < 1.50) (N : < 1.70)	24/11/21 : 1.01
<b>CHOLESTEROL LDL .....</b>	<b>0,92</b> g/l Soit 2,38 mmol/l	(N : < 1.60)	24/11/21 : 0.97



**medical  
equipment  
europe**

**Docteur Bouazza Tounssaoui**

Spécialiste des maladies du poumon  
Asthme - Tuberculose - Allergie - E.F.R  
Tel / Fax. 0524 30.73.71

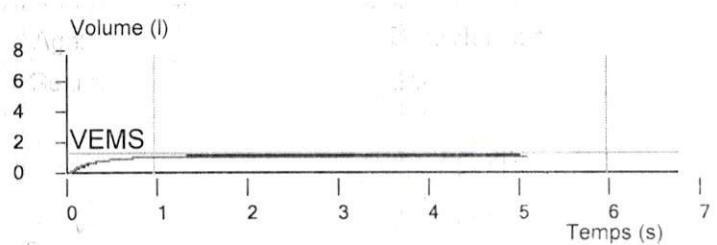
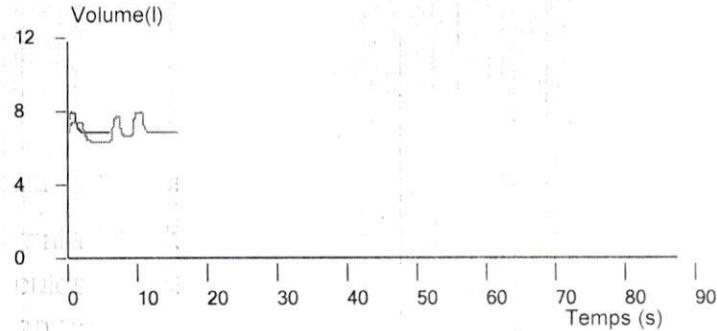
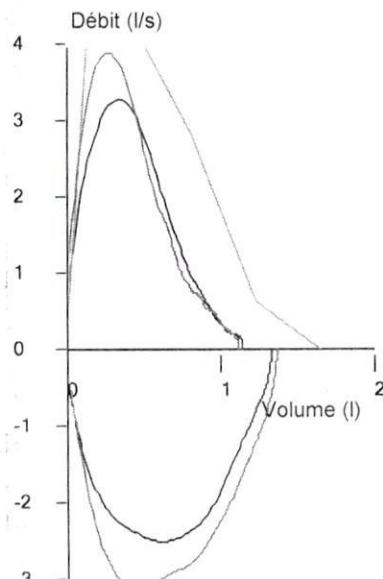
Nom : **Touria BENHAYOUN**  
ID: **TouBEN01011940**

Taille: 151 cm Age: 82 Ans Date Naissance: 01/01/19

Poids: 66 kg Genre: Féminin

BMI: 28,9 kg/m<sup>2</sup>

Medication:



Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
CV	l	1,62	1,35	83	1,38	85	2	███████
CI	l	1,74	1,21	70	1,21	70	0	███████
VC	l		1,16		1,17		1	███████
VRE	l	0,42	0,19	46	0,17	41	-11	███████

Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
VEMS	l	1,31	1,10	84	1,10	83	0	███████
CVFex	l	1,67	1,16	69	1,13	68	-3	███████
VEMS/CVF	%	74	95		97		2	███████
DEP	l/s	4,74	3,27	69	3,89	82	19	███████
DEM25	l/s	0,65	0,84	131	0,74	115	-12	███████
DEM50	l/s	2,81	2,44	87	2,21	79	-9	███████
DEM75	l/s	4,41	3,19	72	3,89	88	22	███████
DEM 25-75	l/s	2,02	1,92	95	1,75	87	-9	███████
tex	s		2,4		2,4		0	███████

Commentaire:

*EFR Symptome asthmatique/Opacité pulmonaire*

Date: 04/10/2022  
Temps: 13:53

Température ambiante:  
Pression ambiante:  
Humidité ambiante :

29 °C  
1023 hPa  
20 %

Technicien: Dr. Bouazza TOUNSAOUI  
Av. Mohamed Fassi L'otissatement "Uus"  
Imm. 16 N° 5 Daoudiata  
Marrakech - Tel. 05 24 30 73 71

04 OCT. 2022



CARTE DE VEUVE

BEN HAYOUN TOURIA  
Vve BERRADA EL AZIZI KACE

Matricule : Vve00429

