

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0032666

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00429 Société : Pan
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom :
Date de naissance : 13/04/2
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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

VOLET ADHERENT

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 :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

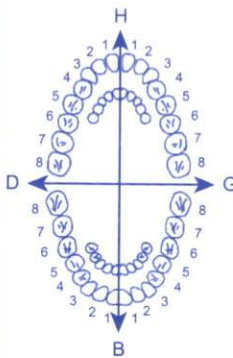
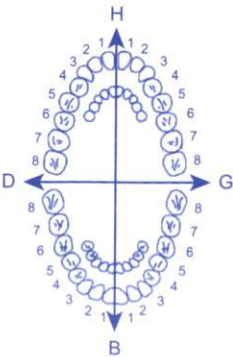
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

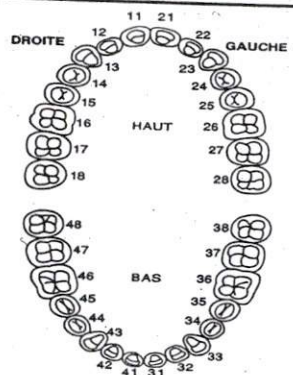
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES



Dents
Traitées

Nature
des soins

Coefficient

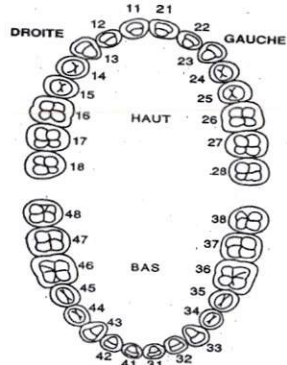
Coefficient
des travaux

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient
masticatoire

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553

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

Coefficient
des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N°

P 14 / 0015426



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

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

Cachet
MUPRAS



P 14 / 0015426

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

Nom & Prénom

Fonction

Phones

Mail

Signature de
l'adhérent

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent ☐

Conjoint ☐

Enfant ☐

Age

Date 11 OCT 2022

Nature de la maladie

Diabète

Date 1ère visite

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des
honoraires

C

259,20

PHARMACIE

Date 3 / 10 / 22

Montant de la facture

141,20

Signature
Dr ELGUERMAJ Med Najib
Endocrinologue - Diabétologue
31, Bd Zerkoun - Marrakech
0524 44 96 00

Signature
PHARMACIE MOHAMMADIA
Mme DEBBAGH A.
N° 100 Av. Palestine - Marrakech
Tel : 05 24 30 28 78

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date 12 / 10 / 22

Désignation des
Coefficients

B + H + P

Montant détaillé des Honoraires

860,05

Signature
PHARMACIE - LABORATOIRE
MAJORELLE
Dr. KHOURSAJI Abdelkader
Angle Allal El Fassi et Yacoub El Manjour - Marrakech
Tel : 05 24 44 64 69 / 05 24 44 70 74

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient											
				Coefficient des travaux <input type="text"/>										
				Montant des soins <input type="text"/>										
				Début d'exécution <input type="text"/>										
				Fin d'exécution <input type="text"/>										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins <input type="text"/>
	H													
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
00000000	00000000													
35533411	11433553													
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>										
				Fin d'exécution <input type="text"/>										
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution												

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 14 / 0015426		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
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		
Cachet MUPRAS		



P 14 / 0015426

DATE DE DEPOT

..... / / 201.....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom.....			
Fonction.....	Phones.....		
Mail.....			
MEDECIN	Prénom du patient Touss Benharouj		Date 12/10/22 Date 1ère visite Dr. Nouzha EL BAROUDI RHUMATOLOGUE 82. Av. Hassan II Marrakech Tel. 05 24 43 65 62
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age.....		
Nature de la maladie	Looshafe		
+ Sabeur e pade			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
Q	1	250,	
PHARMACIE	Date 12/10/22		
Montant de la facture	234,30		
PHARMACIE MOHAMMADIA Mme DEBBAGH A. N° 100 Av. Palestine - Marrakech Tel. 05 24 30 28 78			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date.....	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date.....	CACHET
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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 14/0015426	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		Cachet MUPRAS	
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

/ /201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle
Nom & Prénom		Signature de l'adhérent
Fonction	Phones	
Mail		

MEDECIN	Prénom du patient	BENHAYOUN TOURIA
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age	20	
Date	04 OCT. 2022	
Nature de la maladie	Bim Capeline d'origine + Allergie Jodex	

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Jeunes parents + 20 ans		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C.S. 210 K20	C.S. 210 K20	200,00 200,00 200,00

PHARMACIE	Date	11/10/22
Montant de la facture	445,80	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
		CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	
				CACHET

Marrakech, le :

03 OCT 2022

25,10

الدكتور الكرماعي محمد نجيب

اختصاصي

• أمراض الغدد الهرمونية

• أمراض السكري

• الأمراض الاستقلابية

خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

Mme BENHAYOUN Touria

R 641

Docteur El Guermai Mohamed Najib

Spécialiste

• ENDOCRINOLOGIE

• DIABETOLOGIE

• MALADIES METABOLIQUES

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nice

25,10
25,10

- IPRADIA 1000



1 cp matin et soir
Au milieu des repas

- STATICOL 20



1 cp le soir

91,00

141,20

asp 3 mois

صيدلية المحمدية
PHARMACIE MOHAMMADIA
DEBBAGH A.

tine - Marrakech
30 28 78

Dr ELGUERMAI Med Najib
Endocrinologue - Diabétologue
31, Bd Zerktouni - Marrakech
0524 44 96 00

31 شارع الزرقتوني (أمام سينما كوليزي) مراكش

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

الهاتف : 05 24 44 96 00

البريد الإلكتروني : nguermai@hotmail.com

91,00

téléphoner au secretariat avant tout passage au cabinet.

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

و الطب الرياضي

82، شارع الحسن الثاني - مراكش

الهاتف : 05 24 43 22 48 :

05 24 43 65 62 :

الفاكس : 05 24 43 01 73 :

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.



LOT : 20090
PER : 10/23
PPV : 82,00 DH

الصيدلية المحمدية
PHARMACIE MOH
Mme DEBBA
N° 100 Av. Palestine
Tél : 05

10 كبسولات

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

PPV: 49,60 DH
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

اختصاصي في امراض الصدر
الربو (الضيق) - داء السل - الحساسية
طبيب رئيسي سابق لمستشفى الرازي
ولمركز تشخيص داء السل
وأفراض الصدر برياض الموكي

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 248,00 DH

ID: 649095
6 118001 141104

Marrakech le :

04 OCT. 2022

PPV (DH):

LOT N°:

UT. AV.:

32,60

LOT N°: 9956

EXP: 12/2022

PPV: 102DH00

M. BENHAYOUN Tounsaoui

zyrtec 10 mg

63,20

1 cp le jour

SECRETINE 250/50 A.I.C.S

2u800 1 cp x 2 fois / jour

2u800 1 cp x 2 fois / jour

Muxol 100 mg

04 OCT. 2022

3260

445,80

Dr. Bouazza TOUNSAOUI
Pneumologue

Av. Allal El Fassi Lotissement "س"
Imm. 16 N° 5 Daoudiate
Marrakech - Tel 05 24 30 73 71

PHARMACIE MOHAMMADIA
Mme DEBBACH A.
N° 100 Av. Palest
Tel 05 24 30 73 71

05 24 30 73 71 : الهاتف - مراكش - الرقم 5 - العمارة 16

Avenue Allal Fassi Daoudiate Lotissement "س" Imm. 16 N° 5 - Ma

63,20

الدكتور الكرماعي محمد نجيب

اختصاصي

• أمراض الغدد الهرمونية

• أمراض السكري

• الأمراض الاستقلابية

خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

Docteur El Guermai Mohamed Najib

Spécialiste

• ENDOCRINOLOGIE

• DIABETOLOGIE

• MALADIES METABOLIQUES

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nice

Mme BENCHAYOUN Touria

R 641

FAIRE:

- Cholesterol total + cLDL

- Triglycerides

- Acide urique

- Hémoglobine glyquée

- Vitamine D

- Créatininémie

- Micro-albuminurie.

31 شارع الزرقطوني (أمام سينما كوليزي) مراكش

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

الهاتف : 05 24 44 96 00

البريد الإلكتروني : E-mail : nguermai@hotmail.com

Prière de téléphoner au secretariat avant tout passage au cabinet.

DR EL GUERMAI Med Najib
Endocrinologue - Diabétologue
31, Bd Zerktouni - Marrakech
0524 44 96 00

PHARMACIE - LABORATOIRE
MAJORELLE
DR. KHOURSAJI Abdelkader
Angèle Miliel El Fassi et Yacoub El Mahjour - Marrakech
Tél. 05 24 44 96 00

LABORATOIRE MAJORELLE

Angle Allal El Fassi et Yacoub el Mansour

40000 MARRAKECH

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. KHOURSSAJI Abdelkader
Angle Allal El Fassi et Yacoub El Mansour - Marrakech
Tel: 05 24 44 64 69 Fax: 05 24 43 29 85

Dr Bouazza TOUNSAOUI

Spécialiste des maladies du poumon

Tél. : 05.24.30.73.71

Marrakech :

04 OCT. 2022

NOM **BENHAYOUN**

Prénom **TOURIA**

Age **82 ans**

Dr. Bouazza TOUNSAOUI
Pneumophtisiologue
Av. Allal El Fassi Lotissement
Imm. 16 N° 5 Daoudiate

FACTURE

DATE	DESIGNATION	MONTANT
04 OCT. 2022	CONSULTATION SPECIALISE	200.00
	TESTE CUTANES ALLERGOLOGIQUE	200.00
	RADIO PULMONAIRE DE FACE	200.00
	SIX CENT DIRHAMS	

ICE 001645687000017

Arrêté la présente à la somme 600.00 Dirhams

Dr. Bouazza TOUNSAOUI
Pneumophtisiologue
Av. Allal El Fassi Lotissement
Imm. 16 N° 5 Daoudiate
MARRAKECH - Tél. 05 24 30 73 71

04 OCT. 2022

Dossier: 121022081

CIN :

Mme BENHAYOUN TOURIA

9A 33148

RF :121022 081

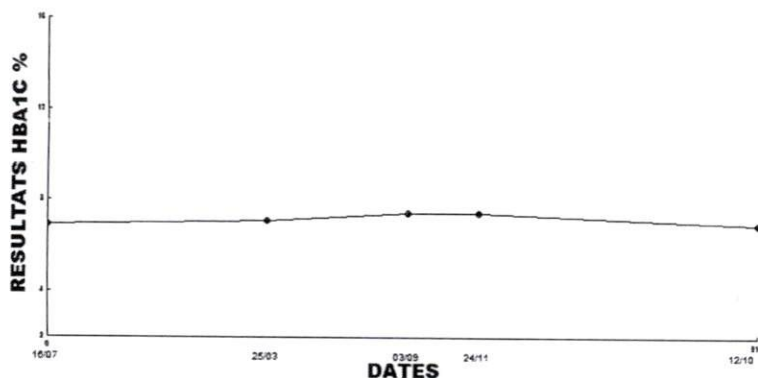
H.B.A.1.C 6,9 %
I.F.C.C 52 mmol/mol
(Technique HPLC-723GX)

24/11/21 : 7.4

24/11/21 : 57

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 Chimiluminescence LIAISON DiaSorin XL)

RESULTAT..... 14,20 ng/ml
Soit 35,50 nmol/l

08/12/17 : 16,00

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
Angle Alla Fassil et Hassan El Mansour - Marrakech
Tél : 05 24 44 64 69 / 05 24 44 69 84



مختبر التحليلات 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.laboratoiremarrakech.com

Dr KHOURSSAJI Abdelkader

Docteur en Pharmacie - Biologiste

Diplômé de la Faculté de Paris V

Diplômé de la Biologie de la Reproduction et A.M.P.

Université Paris DESCARTES

Mme BENHAYOUN TOURIA

9A 33148

RF: 121022081

Medecin Dr. EL GUERMAI MOHAMED NAJIB

Prélèvement Effectué au Laboratoire

Date de naissance: 01/01/1940

CIN :

Résultats complets

Date du prélèvement : 12/10/2022

Edité le: 12/10/2022

BIOCHIMIE

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



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

Poids: 66 kg

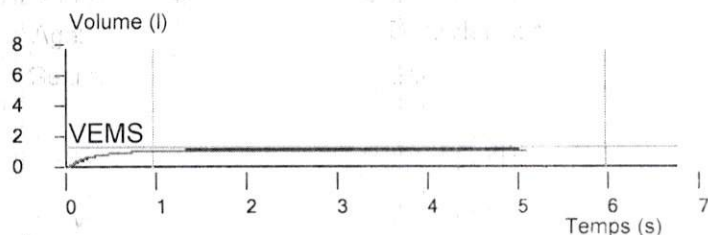
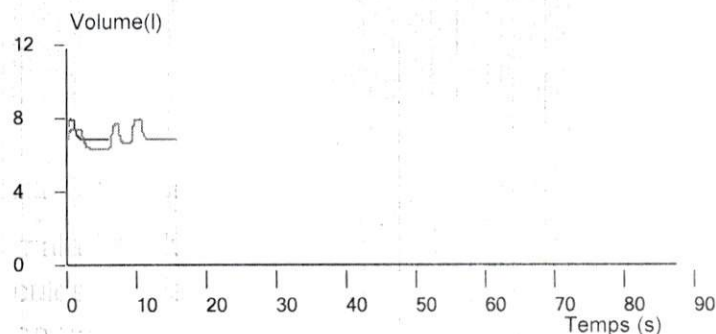
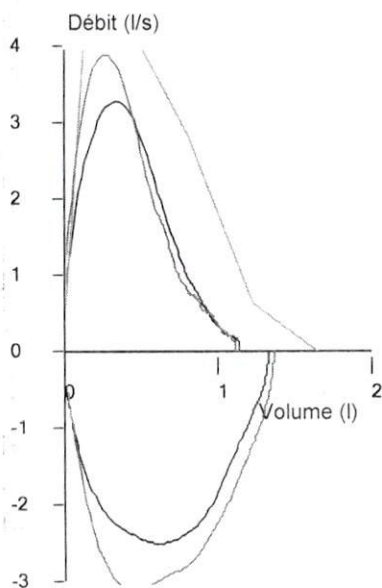
Age: 82 Ans

Genre: Féminin

Date Naissance: 01/01/1940

BMI: 28,9 kg/m²

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:

ETFR Syndrome obstructif/poudre Respiratoire

Date: 04/10/2022

Temps: 13:53

Température ambiante: 29 °C

Pression ambiante: 1023 hPa

Humidité ambiante: 20 %

Dr. Bouazza TOUNSAOUI
Pneumophysiologue
Technicien Fassi Lotissement «س»
Imm. 16 N° 5 Daoudiate
Marrakech - Tel 05 24 30 73 71

04 OCT. 2022



CARTE DE VEUVE

BEN HAYOUN TOURIA
Vve BERRADA EL AZIZI KACE

Matricule : Vve00429

