

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 et 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.



Déclaration de maladie

N° W21-804523

Comme

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 489 Société : _____

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : BEN HAYOUNE

Nom & Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ Total des frais engagés : _____ Dhs

164368

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 : _____

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) : _____

Adresses Mails utiles

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

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

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Étage 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 N° W21-804523

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 : _____

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> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins <input type="text"/>
	H		G																		
	25533412	21433552	00000000	00000000																	
	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 699	Signature de l'adhérent 														
Nom & Prénom																	
Fonction	Phones																
Mail																	
MEDECIN	Prénom du patient Benhayane Tawia																
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age														
Nature de la maladie Hypertension Artérielle			Date 23.05.23														
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			Date 1ère visite														
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires															
CS ECG	K6.5	300,00															
PHARMACIE		Date 23/5/23															
Montant de la facture 658,80																	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 24/05/23															
Désignation des Coefficients B575+K	Montant détaillé des Honoraires 640,00 Du																
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date															
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV						CACHET 	
Nombre				Montant détaillé des Honoraires													
AM	PC	IM	IV														

الدكتور عبد الجليل البارودي

اختصاصي مجاز في أمراض القلب والشرايين

Dr Abdeljalil EL BAROUDI

Cardiologue

☎ 05 24 43.02.86 / 05 24 43.11.83

Whatsapp: 06-66 41 66 16

INPE : 071048284

E.C.G, HOLTER-E.C.G
ECHO-DOPPLER CARDIAQUE
HOLTER TENSIONNEL

Marrakech le 23.05.2023

Mme Touria BENHAYOUN

Conseils et recommandations : régime peu salé.

97,20 ZANIDIP 10

X4 un comp le matin avant le petit déjeuner

388,80
9200 COVERSYL 5

un comp le matin avant le petit déjeuner

2100 STATICOL 20

un comp le soir

30,70 KARDEGIC 75

un sachet à midi

DIAMICRON 30

un comp le matin avec le petit déjeuner.

Ordonnance renouvelable jusqu'au prochain contrôle dans trois mois.

56,30 D - CURE : 25 000 u

une ampoule buvable par mois sans interruption.

Dr. Abdeljalil EL BAROUDI
Cardiologue

Rue Mauritania - Marrakech
Tél : 05 24 43 02 86/05 24 43 11 83

ICE : 001590568000056

زنقة موريطانيا - جليز مراكش - 40 000 - Rue Mauritania - Guéliz, Marrakech

صيدلية المحمدية
PHARMACIE MOHAMMADIA
Mme DEBBAGH A.
N° 100 Av. Palestine - Marrakech
Tél : 05 24 30 28 78

6 118000 020844



ZANIDIP® 10 mg
28 comprimés pelliculés sécables



ZANIDIP® 10mg

Chlorhydrate de lercanidipine

LOT 211293 1

EXP 05 2024

P.P.V : 97.20 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

28 comprimés
pelliculés sécables

Voie orale

ZANIDIP® 10mg

28 comprimés pelliculés sécables

زانيديب 10^م ملغ

28 قرصا مبسا قابلا للكسر



زانیڊیب[®] 10 ملغ

كلورهيدرات ليركانيديين



28 قرصا ملبسا قابلا للكسر
عن طريق الفم

LOT
EXP
PPV

221049
04 2025
97 • 20



زانيديب

28 قرصا ملبسا قابلا للكسر

ZANIDIP® 10mg

Chlorhydrate de lercanidipine



ZANIDIP® 10 mg
28 comprimés pelliculés sécables

AMM N° 44/19/0MP/21/N/00NM

6 118000 020844



221049
04 2025
04 97.20

EXP
T



ale

ZAN

28 comprimés pelliculés

6 118000 020844



ANM N° 44130NP211N02MM

ZANIDIP® 10 mg

28 comprimés pelliculés sécables



ZANIDIP® 10mg

Chlorhydrate de lercanidipine

LOT 211293 1

EXP 05 2024

P.P.V : 97.20 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

28 comprimés
pelliculés sécables

Voie orale

ZANIDIP® 10mg

28 comprimés pelliculés sécables

زانيديب 10 ملغ

28 قرصا ملبسا قابلا للكسر



Ergo
maroc
SOLUTION HUILEUSE BUVALE

Solution huileuse buvable
محلول زيتي للشرب

PPV: 56,30 DH
LOT: 22J24D
EXP: 10/2024

6

4 ampoules buvables

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

01 : ZZE005
ER: 03 2024.

Titulaire de l'AMM : sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat R.P.1 BP2611 - Ain Sebaa 20250,

Casablanca - Maroc.

Lahcen BOUCHAOUR, Pharmacien Responsable.

Fabricant : sanofi-aventis

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

AM : sanofi-aventis

02021682
MAR2510AM0000118

1 - Ain

LOT : ZZE003

PER.: 09 2023

SERVIER

92100

Comptoir

28

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

AM : sanofi

Stat
Simvastatine

LOT : ZZE002

PER.: 09 2023

Titulaire:
Route d
Casaba
Lahcen
Fabrica
km 10,
Ain Seb

92100

الدكتور عبد الجليل البارودي

اختصاصي مجاز في أمراض القلب والشرابين

Dr Abdeljalil EL BAROUDI

Cardiologue

☎ 05 24 43.02.86 / 05 24 43.11.83

Whatsapp: 06 66 41 66 16

ECG de repos : ECG d'effort sur tapis roulant

Holter ECG 24/48h : Holter tension artérielle

Echo-Doppler cardiaque - strain longitudinal global.

Echo-Doppler vasculaire :

Vaisseaux du cou et intra cérébraux

Aorte thoracique et abdominale

Artères rénales

Le : 23.05.2023

Nom : Mme Benhayoune Touria

- ☒ NFS / TAUX DES PLAQUETTES
- ☒ CREATININE SERIQUE
- ☐ GLYCEMIE A JEUN
- ☐ HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE
- ☒ CHOLESTEROL TOTAL - H DL - LDL.
- ☒ TRIGLYCERIDES
- ☒ Na+ - K+
- ☐ TAUX DE PROTHROMBINE - INR
- ☐ ACIDE URIQUE
- ☐ P . S . A .
- ☐ DOSAGE MICROALBUMINURIE / 24H
- ☒ ASAT - ALAT - GGT

☒ % ALBUme / CreatUrie.

☐

☐

☐

Rue Mauritania - Guéliz, Marrakech - 40 000 - جاز مراكش - زقة مول مولاي عبد الحفيظ

Dr. Abdeljalil EL BAROUDI
Cardiologue

Rue Mauritania - Marrakech
Tél: 05 24 43 11 83

Nom Benhayoune Touria
N° patient A.77.90

23.05.2023 10:56:16
ECG de repos

Dr EL BAROUDI Abdeljalil



SCHILLER
The Art of Diagnostics

Date de nais... 01.01.1941
Âge 082Y
Sexe Féminin
Ethnique Non défini
Taille 148 cm
Poids 62 kg

N° visite
Chambre
N° requête
Émetteur de...
Méd. réf.
N° appareil AT 102 G2

FC 74 bpm
RR 814 ms
P 111 ms
PR 133 ms
QRS 87 ms
QT 399 ms
QTcB 442 ms
Axe P 48°
Axe QRS 52°
Axe T 78°

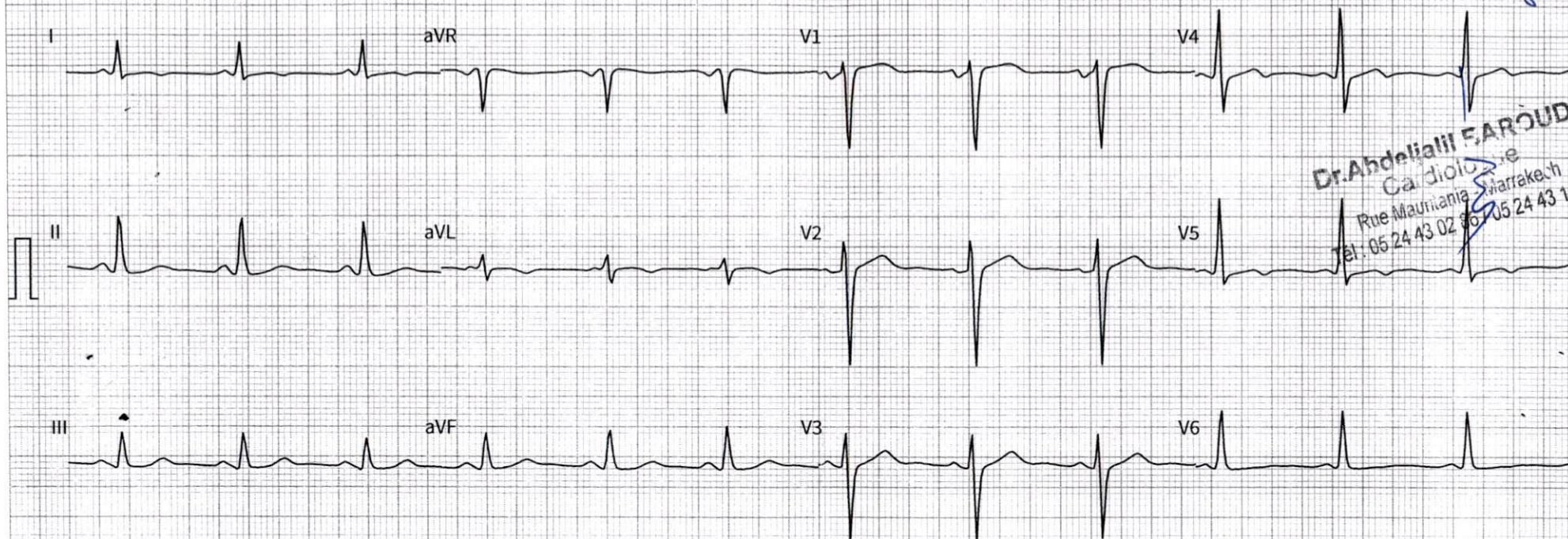
Rythme sinusal
Axe électrique normal
Anomalie T non spécifique
ECG probablement normal
Rapport non confirmé

Traitement
Remarque

PA = 139/51

Limite

neut sans troubles sign. fch

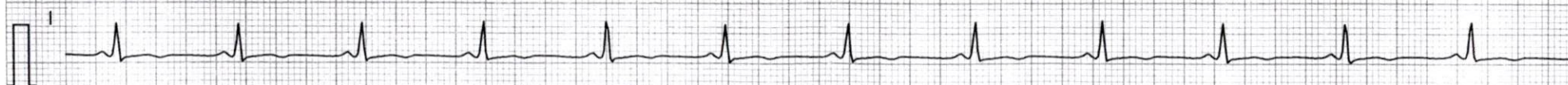


Dr. Abdeljalil BAROUDI
Cardiologue
Rue Maurania Marrakech
Tél: 05 24 43 02 56 / 05 24 43 11 83

25 mm/s, 10 mm/mV

Séquentiel

FPB 25 Hz, AC 50Hz



25 mm/s, 10 mm/mV

FPB 25 Hz, AC 50Hz

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 : 319271

9A 33148

Nom et Prénom : Mme BENHAYOUN TOURIA

Prescripteur : Dr. EL BAROUDI ABDELJALIL

Référence : 240523 093

Date : 24/05/2023

BILAN :

FBAC Dh 10,00+	NFS B 65	+	CREA B 30	+	CHOL B 30	+
TRIG B 70	+ HDL B 100	+	TR2 B 100	+	GGT B 60	+
NA B 30	+ K B 30	+	RPCU B 60	+		

Soit 575 B

MONTANT NET : 640,00 Dhs

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Six cent quarante Dh

Dr A.KHOURSSAJI

PHARMACIE - LABORATOIRE
MAJORELLE
Dr. KHOURSSAJI Abdelkader
Angle Allal El Fassi et Yacoub El Mansour - Marrakech
Tél. 05 24 44 64 69 Fax 05 24 43 29 85

Dossier: 240523093

CIN :

Mme BENHAYOUN TOURIA

9A 33148

RF :240523 093

CREATININE.....	6,48	mg/l	(N : 5.0 à 12)	12/10/22 : 8.16
(Technique ARCHITECT Abbott)	Soit	57,02	µmol/l	
CHOLESTEROL TOTAL	2,08	g/l	(N : 1.6 à 2.00)	12/10/22 : 1.83
(Technique ARCHITECT Abbott)	Soit	5,4	mmol/l	(N : 4.10 à 5.20)
TRIGLYCERIDES.....	1,39	g/l	(N : < 1.50)	12/10/22 : 1.52
(Technique ARCHITECT Abbott)	Soit	1,59	mmol/l	(N : < 1.70)
CHOLESTEROL HDL	0,59	g/l	(N : > 0.40)	08/03/17 : 0,70
CHOLESTEROL LDL	1,21	g/l	(N : < 1.60)	08/03/17 : 0,85
Rap. CHOLESTEROL TOTAL/HDL ...	3,53		(N : < 4.50)	
Rap. CHOLESTEROL LDL/HDL	2,05		(N : < 3.20)	
TRANSAMINASE T.G.O.... (ASAT) .	30,0	UI/l	(N : < 42)	24/11/21 : 18.0
(Technique ARCHITECT Abbott)				
TRANSAMINASE T.G.P.... (ALAT) .	25,0	UI/l	(N : < 41)	24/11/21 : 12.0
(Technique ARCHITECT Abbott)				
GAMMA G.T	50,0	UI/l	(N : < 50)	
(Technique ARCHITECT Abbott)				
SODIUM.....	141,0	mEq/l	(N : 135 à 145)	24/02/16 : 141,0
(Technique ARCHITECT Abbott)				
POTASSIUM.....	5,1	mEq/l	(N : 3.6 à 5.1)	24/02/16 : 4,8
(Technique ARCHITECT Abbott)				

CHIMIE URINAIRE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

RAPPORT PROTEINES/CREATININE SUR ECHANTILLON D'URINES

PROTEINES URINAIRES.....	0,11	g/l		
CREATINURIE.....	191,0	mg/l		
RAPPORT PROT/CREA (g/g)	0,57		(inf à 0.15)	
RAPPORT PROT/CREA (mg/mmol) .	65,00		(< 30)	

PHARMACIE LABORATOIRE
MAJOULE
Dr. KHOURSSA Abdelkader
Angle Alla Fassi et Yacoub El Mansour - Marrakech
Tel : 05 24 44 01 02 - 05 24 44 02 24



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: 240523093

Medecin Dr. EL BAROUDI ABDELJALIL

Prélèvement Effectué au Laboratoire

Date de naissance: 01/01/1940

CIN :

Résultats complets

Date du prélèvement : 24/05/2023

Edité le: 24/05/2023

HEMATOLOGIE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Technique SYSMEX XT-1800i, Cytométrie de flux)

Hématies (GR)	4,28	M/mm ³	(N : 4.2 à 5.2)	13/09/18 : 4,39
Hémoglobine	12,6	g/dl	(N : 12.0 à 16.0)	13/09/18 : 13,3
Hématocrite	38,8	%	(N : 37 à 44)	13/09/18 : 39,6
V.G.M.	91	fl	(N : 80 à 100)	13/09/18 : 90
T.G.M.H.	29,4	pg	(N : 27 à 32)	13/09/18 : 30,3
C.C.M.H.	32,5	%	(N : 32 à 35)	13/09/18 : 33,6
Leucocytes (GB)	10 050	/mm ³	(N : 4 000 à 10 000)	13/09/18 : 10 110

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles:	40	%		
Soit	4 020	/mm ³	(N : 2000 à 7 500)	13/09/18 : 4 651
Lymphocytes	53	%		
Soit	5 327	/mm ³	(N : 1000 à 4000)	13/09/18 : 4 448
Polynucléaires Eosinophiles:	2	%		
Soit	201	/mm ³	(N : 40 - 500)	13/09/18 : 202
Polynucléaires Basophiles...	0	%		
Soit	0	/mm ³	(N : < 100)	13/09/18 : 101
Monocytes	5	%		
Soit	503	/mm ³	(N : 200 à 1 000)	13/09/18 : 708
Plaquettes	312	Milles/mm ³	(150 à 450 Milles)	13/09/18 : 336

BIOCHIMIE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

1 / 2

Tournez SVP ----->