

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 et radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture du 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 canalaire, 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 canalaire.

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

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <i>489</i>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>BEN HAYOUNE</i>
Nom & Prénom : <i>BEN HAYOUNE</i>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés :	
		Dhs	

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 :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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) :

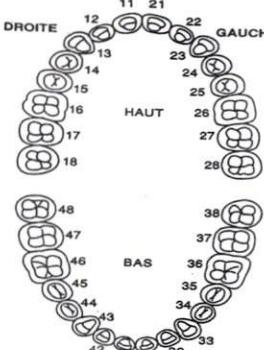
VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-804523
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule : Nom de l'adhérent(e) : Total des frais engagés : Date de dépôt :	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	

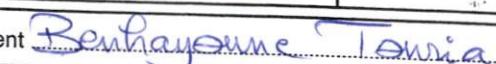
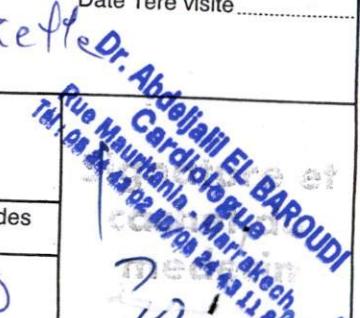
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'execution <input type="text"/> Fin d'execution <input type="text"/>																								
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">DROITE</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">11 21 12 22 13 23 14 24 15 25 16 26 17 27 18 28</td> <td style="width: 50%;">GAUCHE</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">22 11 23 12 24 13 25 14 26 15 27 16 28 17</td> </tr> <tr> <td>HAUT</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>BAS</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">DROITE</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">11 21 12 22 13 23 14 24 15 25 16 26 17 27 18 28</td> <td style="width: 50%;">GAUCHE</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">22 11 23 12 24 13 25 14 26 15 27 16 28 17</td> </tr> <tr> <td>HAUT</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>BAS</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession </div>				DROITE	11 21 12 22 13 23 14 24 15 25 16 26 17 27 18 28	GAUCHE	22 11 23 12 24 13 25 14 26 15 27 16 28 17	HAUT				BAS				DROITE	11 21 12 22 13 23 14 24 15 25 16 26 17 27 18 28	GAUCHE	22 11 23 12 24 13 25 14 26 15 27 16 28 17	HAUT				BAS			
DROITE	11 21 12 22 13 23 14 24 15 25 16 26 17 27 18 28	GAUCHE	22 11 23 12 24 13 25 14 26 15 27 16 28 17																										
HAUT																													
BAS																													
DROITE	11 21 12 22 13 23 14 24 15 25 16 26 17 27 18 28	GAUCHE	22 11 23 12 24 13 25 14 26 15 27 16 28 17																										
HAUT																													
BAS																													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'execution																											
VOLET ADHERENT NOM : <input type="text"/>		Mle <input type="text"/>																											
DECLARATION N° P 14/0015426		 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc																											
Date de Dépôt	Montant engagé	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">AM</td> <td style="width: 25%;">PC</td> <td style="width: 25%;">IM</td> <td style="width: 25%;">IV</td> </tr> </table>				AM	PC	IM	IV																				
AM	PC	IM	IV																										
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																													

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 489		Signature de l'adhérent 				
Nom & Prénom Fonction Mail						
MEDECIN	Prénom du patient Benhayaoune Tania					
<input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age Date 23.05.23		Date 1ère visite 				
Nature de la maladie Hypertension Artérielle						
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances						
Nature des actes CS ECC	Nbre de Coefficient K6,5	Montant détaillé des honoraires 300,00				
PHARMACIE Montant de la facture 658,80	Date 23/5/23					
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date 21/05/23						
Désignation des Coefficients B5754K	Montant détaillé des Honoraires 650,00					
AUXILIAIRES MEDICAUX Date Nombre <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">AM</td> <td style="width: 25%;">PC</td> <td style="width: 25%;">IM</td> <td style="width: 25%;">IV</td> </tr> </table>		AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires CACHET
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

SV

92,00 COVERSYL 5

un comp le matin avant le petit déjeuner

SV

21,00 STATICOL 20

un comp le soir

SV

30,70 KARDEGIC 75

un sachet à midi

SV

DIAMICRON 30

un comp le matin avec le petit déjeuner.

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

Ordonnance renouvelable jusqu'au prochain contrôle dans trois mois.

D - CURE : 25 000 u

une ampoule buvable par mois sans interruption.

10

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 - 40 000

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® 10 mg
28 chromatées envoiées à l'abonnement

20 www.jstor.org

28

زندهی
پر 10
ملغ

ZANIDIP® 10 mg
28 comprimés pelliculés sécable
10 mg/1 comprimé

6118000020844

ڙانڊٻٻ ۱۰ ملغ[®]

ڪلورهيدرات ليڪانيديين



28

قرصا ملپسا قابلا للكسر

عن طريق الفم

10 EXP 04/2025 • 20

6 118000 020844

NM N° 44190MP2ZINRGDNM

28 comprimés pelliculés sécables

ZANIDIP® 10 mg



ZANiDIP® 10 mg

Chlorhydrate de lercanidipine



04 97.020
221049
04 2025

PPV
EXP
LDT



ZAN
28 comprimés pelliculés

زانيديب

28 قرصاً ملبيساً قابلاً للكسر



6 118000 020844

ZANIDIP® 10 mg
28 comprimés pelliculés sécables
AMM N° 44179/08/21/NR/OD/NA



ZANIDIP® 10 mg

Chlorhydrate de lercanidipine

LOT 211293 1

EXP 05 2024

P.P.V : 97.20 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

28 comprimés
pelliculés sécables

Voie orale

ZANIDIP® 10 mg
28 comprimés pelliculés sécables

زنیديب® 10 ملجم

فراستا ملبا فايل لسبر 28

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

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 Benhayaune 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

% AlbUrie / CreatUrie.

Date de naiss... 01.01.1941 N° visite
Âge 082Y Chambre
Sexe Féminin N° requête
Ethnique Non défini Émetteur de...
Taille 148 cm Méd. réf.
Poids 62 kg N° appareil AT 102 G2

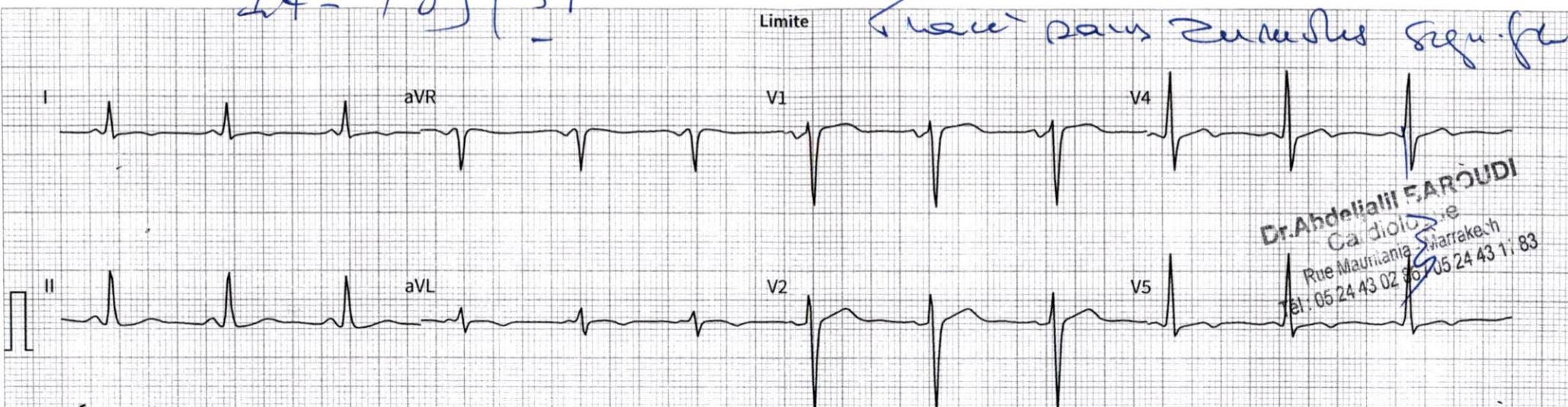
FC 74 bpm RR 814 ms Rythme sinusal
P 111 ms Axe électrique normal
PR 133 ms Anomalie T non spécifique
Axe P 48 ° QRS 87 ms ECG probablement normal
Axe QRS 52 ° QT 399 ms
Axe T 78 ° QTcB 442 ms Rapport non confirmé

Traitemen
Remarque

$\text{P} = 139 / 51$

Limite

Tracez dans Zéro des sign. fch



25 mm/s, 10 mm/mV

Séquentiel

FPB 25 Hz, AC 50Hz



25 mm/s, 10 mm/mV

Imprimé sur 23.05.2023 10:56:36

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
Angle Allal El Fassi et Yacoub El Mansour - Marrakech

CREATININE.....	6,48	mg/l	(N : 5.0 à 12)	12/10/22 : 8.16
(Technique ARCHITECT Abbott)	Soit	57,02 μ mol/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 DIABATOIRE
MAJORElle
Dr. KHOURSSAJI Abdekader
Angle Alla Fassi et Yacoub El Mansour - Marrakech
Tel : 05 24 44 64 62 - 02 31 44 00 24



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.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

Prélèvement Effectué au Laboratoire

Date de naissance: 01/01/1940

CIN :

Résultats complets

Date du prélèvement : 24/05/2023

Édité le: 24/05/2023

Mme BENHAYOUN TOURIA

9A 33148

RF: 240523093

Medecin Dr. EL BAROUDI ABDELJALIL

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 ----->