

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-726995

127401

CHECK

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9405

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENZNAD

OTHMANE

Date de naissance :

22.01.1971

Adresse :

N°18 Rés NADIR, QUARTIER EL WATHAM

EL OULFA

Tél. : 06 61 23 63 83

Total des frais engagés : 1126,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. Rachid AGHAI
Médecin Néphrologue
Rue d'Oujda - Q.I.- AGADIR
Tél: 05 28 38 29 39 - Fax: 05 28 84 36 82

Date de consultation : 22/08/2022

Nom et prénom du malade :

BENZNAD

OTHMANE

Age : 51

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Consultation de check-up.

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 :

NASA

Le : 29/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

HAKANI

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
22/8/12	C2	G.		
				5091691641 Dr. Raed AGHAI Médecin Néphrologue NGAD

EXECUTION DES ORDONNANCES

TÉL: 05 20 38 88 99

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**

143000470

Mrs. P.

AUXILIAIRES MEDICAUX

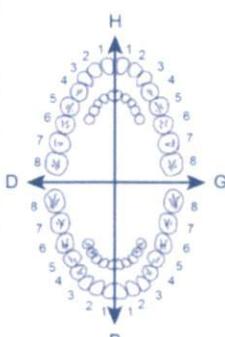
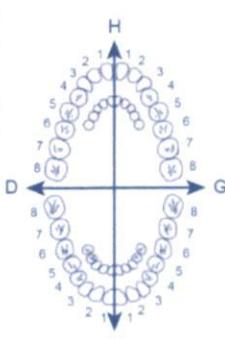
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODDF

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
G	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
					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																	

Dr. Rachid AGHAI

Spécialiste en Néphrologie
Dialyse - Transplantation Rénale

Diplômé de la Faculté de Médecine de Casablanca

Ancien Interne du CHU d'Amiens - France

Diplôme d'épuration extrarénale d'Amiens - France



DAR RAZINE

CENTRE DE MALADIES
RÉNALES ET DIALYSE

الدكتور رشيد أغاهي

طبيب متخصص في أمراض الكلى

تصفية الدم - زرع الكلية

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب داخلي سابق بمستشفى أميان، فرنسا

شهادة في تقنيات التصفية بأميان - فرنسا

Agadir, le

22/08/2022

أكادير، في

M^r

BENZNAD OTHMANE

Tel: 05 28 84 80 03 - Fax: 05 28 84 15 60
AVENUE KENNEDY 80000 - AGADIR
LABORATOIRE DR. HARGUIL
J.S. J.S.LI

- NFS + Pg
- CRP
- Uréd, Crétatrine, Acide urique
- G, Ph
- Chol. total, Chol. LDC, Chol HDL
- Triglycérides
- PSA
- ECB U avec éventuel ATB gramm
- Protéinurie de 24 Heures

Secrétariat
BENZNAD OTHMANE
Bénéf/ Assuré
BENZNAD OTHMANE
é(e) 22/01/1971 Sexe M
240822 075



091031641

د. رشيد أغاهي
Dr. Rachid Aghai
Néphrologue
Medecin Néphrologue
Oujda Q.I. - AGADIR

INP : 091031641

124, Rue d'Oujda, Q.I. (Boutchakate) - Agadir
124، زقة وجدة، الحي الصناعي (بوقشاك)
Tél: 05 28 38 39 39 • Fax: 05 28 84 35 82 • E-mail: centredarrazine@gmail.com

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES HARGUIL

Avenue Kennedy-Talborjt AGADIR TEL:0528-84-80-03 FAX:0528-84-15-60
001628874000008 I.F:75902170 PAT:48316551 CNSS:1761411 INP:043000470
SITE:www.laboratoire-harguil.com



043000470

FACTURE N° : 2212038

AGADIR, le : 24/08/2022

Nom et Prénom ... : OTHMANE BENZNAD

Prescripteur : Dr. AGHAI RACHID

Mutuelle/Assurance. :

facturé à..... : ICE:

Bilan :

NF	B 80	+	CRP	B 100	+	G	B 30	+
HBG	B 100	+	US	B 30	+	CRS	B 30	+
AUS	B 30	+	CAS	B 30	+	PS	B 40	+
CT	B 30	+	TG	B 60	+	HDL	B 50	+
LDL	B 50	+	PSA	B 300	+	A24	B 30	+
CBU	B 137	+						

Montant Net :1120,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de:

Mille cent vingt Dh et zéro ct

La direction:

مختبر الأدكتور هرگيل
LABORATOIRE Dr. HARGUIL
Avenue Kennedy 80000 - AGADIR
Tel: 05 28 84 80 03 - Fax: 05 28 84 15 60



مختبر الحسيلان الطبي
الجهة | المختبر | المركب | المركب

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

www.laboratoire-harguil.com

Docteur AGHAI RACHID
DAR RAZINE
RUE D'OUJDA
80000 AGADIR
Dossier No 92408 075R NP 216906

Dr Abdallah HARGUIL

Dr Shérazade LAKHDAR GHAZAL

Dr Shérazade LAKHDAR GHAZAL

harguillaboratoire@gmail.com

Monsieur BENZNAD OTHMANE

81000 GUELIMM



Prélèvement du: 25/08/2022 à 08h30

Édité, le 26/08/22

RESULTATS D'EXAMENS BIOLOGIQUES

HEMATOLOGIE

Nature du prélèvement: SANG EDTA

Antécédents

NUMERATION GLOBULAIRE (Sysmex XT-4000i)

(*)

LEUCOCYTES	6 780 /mm ³	(VR : 4 000 - 11 000)	24/08/22 : 6780
HEMATIES.....	5 820 000 /mm ³	(VR : 4 280 000 - 6 000 000)	24/08/22 : 5820
HEMOGLOBINE	17,1 g/100ml	(VR : 13.0 - 18.0)	24/08/22 : 17.1
HEMATOCRITE	50,0 %	(VR : 39 - 53)	24/08/22 : 50.0
V.G.M	85,9 u3	(VR : 78 - 98)	24/08/22 : 85.9
T.G.M.H	29,4 pg	(VR : 26.0 - 34.0)	24/08/22 : 29.4
C.G.M.H	34,2 %	(VR : 31.0 - 36.5)	24/08/22 : 34.2

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Poly. Neutrophiles	59,9 % soit	4 060/mm ³	(VR : 1 400 - 7 700)	24/08/22 : 4060
Poly. Eosinophiles	3,5 % soit	240/mm ³	(VR : 20 - 630)	24/08/22 : 240
Poly. Basophiles	0,7 % soit	50/mm ³	(VR : 0 - 110)	24/08/22 : 50
Lymphocytes	27,9 % soit	1 890/mm ³	(VR : 1 000 - 4 800)	24/08/22 : 1890
Monocytes	8,0 % soit	540/mm ³	(VR : 180 - 1 000)	24/08/22 : 540
PLAQUETTES.....	179 000/mm ³		(VR : 150 000 - 400 000)	24/08/22 : 179

Résultats validés par Dr.Sherazade LAKHDAR-GHAZAL, Biologiste

DR. S. LAKHDAR GHAZAL
BIOLOGISTE MÉDICAL
LABORATOIRE HARGUIL
Av Kennedy Agadir
Tel: 0528 84 8144 Fax: 0528 84 15 60

80 000 —
40 000 —
Te : 0528 84 8003 — Tel : 0528 84 15 60

(*)analyse couverte par la portée d'accréditation.

I M M U N O L O G I E

Antécédents

ANTIGENE PROSTATIQUE (PSA) 0,57 ng/ml (VR : < 4.00) 12/12/15 : 0,66

(Abbott Architect CI4100 CMIA)

Recommandations pour la pratique clinique.HAS(France),2004

CHIMIE URINAIRE

Antécédents

PROTEINURIE..... 0,00 g/l 16/05/22 : 0.00

0,00 g/24H (VR : < 0.08)

16/05/22 : 0.00

(Abbott Architect CI4100 Chloride de Benzéthonium)

DIURESE DES 24 HEURES 2 800 ml

Résultats validés par Dr.Sherazade LAKHDAR-GHAZAL, Biologiste

DR. S. LAKHDAR GHAZAL
BIOLOGISTE MÉDICAL
LABORATOIRE HARGUIL
Av Kennedy, Agadir
Tel: 0528 84 8163 / Fax: 0528 84 15 60

PHOSPHORE..... 33 mg/l (VR : 23 - 47) 22/06/20 : 21
Abbott Architect Clia... Phosphatimolybdate
1,06 mmol/l

CHOLESTEROL..... 1,84 g/l 22/06/20 : 2.13 (*)
Abbott Architect Clia... Enzymatique
4,75 mmol/l

Recommandations Programme American NCEP(adultes) et American Academy Pediatrics(enfants) :

	Enfants	Adultes
Taux souhaitable :	< 1.70 g/l	< 2.00 g/l
Taux limite :	1.70 - 1.99 g/l	2.00 - 2.39 g/l
Taux élevé :	> ou = 2.00 g/l	> ou = 2.40 g/l

TRIGLYCERIDES..... 0,91 g/l 22/06/20 : 1.99 (*)
Abbott Architect Clia... enzymatique
1,03 mmol/l

Recommandations pour les adultes du rapport ATPIII du programme american NCEP :

Taux souhaitable :	< 1.50 g/l
Taux limite :	1.50 - 1.99 g/l
Taux élevé :	2.00 - 4.99 g/l
Taux très élevé :	> ou = 5.00 g/l

CHOLESTEROL HDL..... 0,54 g/l 22/06/20 : 0.48
Abbott Architect Clia... Détartrant sélectif
1,39 mmol/l

Recommandations pour les adultes du rapport ATPIII du programme american NCEP :

Facteur de risque majeur pour cardiopathies : < 0.40 g/l
Facteur de risque négatif pour cardiopathies : > ou = 0.60 g/l

Rapport Chol./HDL... 3,41 (VR : < 5.00)

CHOLESTEROL LDL..... 1,12 g/l (VR : < 1.00) 22/06/20 : 1.25
2,89 mmol/l

COMMENTAIRES :

Valeurs normales en l'absence de facteur de risque associé
(Age, antécédents familiaux, tabac, hypertension artérielle, diabète type II)

OBJECTIFS THERAPEUTIQUES : Si un facteur de risque LDL < 1.90 g/l
Si 2 facteurs de risque LDL < 1.60 g/l
Si plus de 3 facteurs de risque LDL < 1.30 g/l

Ces résultats sont à replacer dans leur contexte clinique
et doivent être soumis à votre médecin traitant.

Résultats validés par Dr.Sherazade LAKHDAR-GHAZAL, Biologiste

DR. S. LAKHDAR GHAZAL
BIOLOGISTE MÉDICAL
LABORATOIRE HARGUIL
Av. Kennedy, Agadir
Tel. 0528 84 80 03 Fax: 0528 84 15 60

(*)analyse couverte par la portée d'accréditation.

B A C T E R I O L O G I E

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Urides recueillies au laboratoire

CARACTERES GENERAUX

Couleur jaune pale.

Aspect clair.

Absence de dépôt.

pH: 8,00

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Leucocytes : Inf. à 10.000/ml
Hématies : Inf. à 10.000/ml

Rares cellules épithéliales.

Absence de cristaux.

Absence de cylindres

Absence de germes

CULTURES SUR MILIEUX USUELS ET SPECIFIQUES

Absence de développement microbien.

Résultats validés par Dr.Sherazade LAKHDAR-GHAZAL, Biologiste

DR. S. LAKHDAR GHAZAL
BIOLOGISTE MÉDICAL
LABORATOIRE HARGUIL
AV. Kennedy - AGADIR
Tel: 0528 84 80 03 Fax: 0528 84 15 60