

## 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 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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](http://www.mupras.com)

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

DU 11 NOV. 2020

N° W19-550399  
ND 49 383

**ACCUEIL**

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **5037**      Société : **BEUFADIA Abdellal**

Actif       Pensionné(e)       Autre : **03 02 05**

Nom & Prénom : **ALLAYOUNE, CASRT**

Date de naissance : **03/02/05**

Adresse : **N° 260, ALLAYOUNE, CASRT**

Tél. : **06 16 53 93**      Total des frais engagés : **0 Dhs**

**Cadre réservé au Médecin**

**Dr. YOUSSEF EL YAHIAOUI**  
Cardiologue  
10, Rue Tariq Ben Ziad - Marrakech  
Tél : 05 24 44 60 60  
GSM : 06 61 19 31 70

**Date de consultation :** **17/10/20**

**Nom et prénom du malade :** **352 FADIA - Abdellah**

**Lien de parenté :** **0** Lui-même       Conjoint       Enfant

**Nature de la maladie :** **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 : 11 NOV. 2020**

**Signature de l'adhérent(e) :**

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
12/10/20	Visite		500,00	INP : DR. YOUSSEF EL YACOUTI Cardiologue 10, Rue Tariq Ben Ziad, Marrakech Tél : 05 24 33 60 60 GSM : 06 61 19 31 70
				 

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
17/10/2020	17/10/2020	B770 + RVT	1230,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## BELEVE 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	INP : <input type="text"/>																				
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																				
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																				
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																				
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																				
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	D		G						<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
H		G																						
25533412	21433552	00000000	00000000																					
00000000	00000000	35533411	11433553																					
D		G																						
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																				
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																				

# مصحة الجنوب



POLYCLINIQUE DU SUD

مركز صحي وجريحي  
وتصفية الكليتين

Centre médico-Chirurgical  
Hémodialyse

Marrakech, le 17. 10. 20  
Dr.: El Youssfi YAHIAOUI

Dr. BOUTAFIA ABDERRAZAK

- NFS
- OSE
- Hb MC
- Cléatine
- Na K
- TGO SG
- Dr. Di meo



~~Dr. youssef EL YAHIAOUI  
Cardiologue  
10, Rue Tarik Ben Hadj - Marrakech  
Tél : 05 24 44 79 99  
GSM : 06 61 19 31 70~~

# مصحة الجنوب



POLYCLINIQUE DU SUD

مركز صحي و جراحي  
و تصفية الكليتين

Centre médico-Chirurgical  
Hémodialyse

Marrakech, le \_\_\_\_\_

Dr. : \_\_\_\_\_

**17/10/2020**

## Note d'honoraires relative à la facture **MR BELFADLA ABDERRAHIM**

**Cs Dr EL YAHIAOUI 500.00**

**Total : 500.00**

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

*Cinq cent dirhams*



2، زنقة يوغوز لافيا - 40000 مراكش - كلیز. الهاتف : 0524447999. الفاكس : 0524432424  
2, Rue Yougoslavie - 40000 Marrakech - Guéliz - Tél. : 05 24 44 79 99 - Fax: 05 24 43 24 24



# مختبر التحاليلات الطبية جلizi LABO-GUELIZ D'ANALYSES MEDICALES

د. عبد الرزاق رزقي  
Dr. Abderrazak RIZKI  
Médecin Biologiste

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - IMMUNOLOGIE - SPERMOLOGIE

URGENCES 24h/24 7J/7

Ancien Interne et Attaché aux Hôpitaux de Barcelone et au CHU la Pitié salpêtrière à Paris. DU en Management de la Qualité DU en Biologie de la Reproduction

24 h/24  
7 j/7

2010170109 - Mr BELFADLA Abderrahim

## BIOCHIMIE SANGUINE

(Automates: Cobas C311-Integra400plus-Roche Diagnostics Systems)

CRP  
(Immunoturbidimétrie)

8 mg/L (<6)

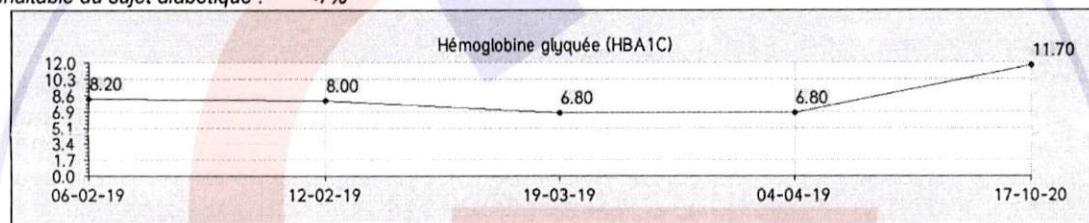
04-04-2019

6.8

Hémoglobine glyquée (HbA1C)  
(Technique HPLC sur GX-Tosoh)

11.7 %

Interprétation :  
Sujet non diabétique : 4.0% - 5.6%  
Sujet prédiabétique : 5.7% - 6.5 %  
Valeurs souhaitables du sujet diabétique : <7%



Créatinine  
(Dosage cinétique)

9.3 mg/L (7.0-13.0)  
82.3 µmol/L (62.0-115.1)

Sodium (Na)  
(Electrode sélective d'ions diluée (indirecte))

137 mmol/L (135-145)

Potassium (K)  
(Electrode sélective d'ions diluée (indirecte))

4.40 mmol/L (3.50-5.20)

Transaminases SGOT /ASAT  
(Dosage enzymatique)

15 UI/L (<40)

Transaminases ALAT(GPT)  
(Dosage enzymatique)

13 UI/L (<41)

Validé par : Dr Abderrazak RIZKI

LABO-GUELIZ  
Dr. ABDEERRAZAK RIZKI  
182, Av. Abdelkarim El Khattabi - 40000 Marrakech  
Tél : 05 24 42 31 22 - Fax : 05 24 42 33 22

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

Page 2 / 2

182 - Rés. ZAITOUNA - Av. Abdelkrim El Khattabi - Guéliz - 40000 Marrakech

Tél : 05 24 42 33 22 / 05 24 20 70 00 - Fax : 05 24 42 30 33 - E-mail : labogueliz18@gmail.com - Site web : www.labogueliz.com



URGENCES 24h/24 7J/7

Ancien Interne et Attaché aux Hôpitaux de Barcelone et au CHU la Pitié salpêtrière à Paris. DU en Management de la Qualité DU en Biologie de la Reproduction

Code patient : 1902060036

Date du prélèvement : 17-10-2020 à 13:23

Edition : 17-10-2020



Mr BELFADLA Abderrahim

Né(e) le : 03-02-1960 (60 ans)

Dossier N° : 2010170109

Prescripteur : Dr YOUSSEF EL YAHIAOUI

## HEMATOCYTOLOGIE

### HEMOGRAMME

(Automate: Sysmex XN550)

04-04-2019

Hématies :

6.32	M/mm <sup>3</sup>	(4.28-6.00)	5.80
14.20	g/dL	(13.00-18.00)	13.50
45.1	%	(39.0-53.0)	41.7
71.4	fL	(78.0-98.0)	71.9
22.5	pg	(26.0-34.0)	23.3
31.5	g/dL	(31.0-36.5)	32.4

Leucocytes :

6 280 /mm<sup>3</sup> (4 000-11 000) 6 390

Neutrophiles :

67.5 % soit 4 239 /mm<sup>3</sup> (1 400-7 700) 3406

Eosinophiles :

0.3 % soit 19 /mm<sup>3</sup> (20-630) 262

Basophiles :

0.2 % soit 13 /mm<sup>3</sup> (0-110) 32

Lymphocytes :

20.9 % soit 1 313 /mm<sup>3</sup> (1 000-4 800) 2141

Monocytes :

11.1 % soit 697 /mm<sup>3</sup> (180-1 000) 550

Plaquettes :

157 000 /mm<sup>3</sup> (150 000-400 000) 185 000

### HEMOSTASE (Automate: STA Satellite, STAGO)

D-Dimères

(Immunoanalyse en cinétique de fluorescence)

Changement de technique le 24-09-2018

310.00 ng/ml

0.31 µg/ml

(<500.00)

(<0.50)

LABO-GUELIZ  
DR. ABOERRAZAK RIZKI  
182, Av. Abdelkrim El Khattabi - Guéliz - 40000 Marrakech  
Tél: 05 24 42 33 22 - Fax: 05 24 42 30 33



# مختبر التحاليل الطبية جليز

## LABO-GUELIZ D'ANALYSES MEDICALES

BIOCHIMIE • HÉMATOLOGIE • BACTÉRIOLOGIE • VIROLOGIE • PARASITOLOGIE • MYCOLOGIE • IMMUNOLOGIE • SPERMATOLOGIE

د. عبد الرزاق رزقي  
Dr. Abderrazak RIZKI  
Médecin Biologiste



Ancien Interné et Attaché aux Hôpitaux  
de Barcelone et au CHU la Pitié salpêtrière  
à Paris. DU en Management de la qualité.

ICE : 001804301000086

IF : 20686354

Patente : 45102274

CNSS : 4928406

**FACTURE N° : 201000780**

MARRAKECH le 17-10-2020

MUT

**Mr BELFADLA Abderrahim**

### Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
0111	Créatinine	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
0131	Potassium	B30	B
0133	Sodium	B30	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B
0216	Numération formule	B80	B
0370	CRP	B100	B
	D-Dimères	B300	B

TOTAL DOSSIER : 1230DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille deux cent trente dirhams s.

LABO-GUELIZ  
Dr. ABDERRAZAK RIZKI  
182, Av. Abdelkennin El Moutawakel, Marrakech  
Tél. +212 524 76 90 90 - Fax +212 524 76 90 90

BELFADLA. ABDERRAHIM

FC: 78/min

TA = 121/6

10 mm/mV

SPO<sub>2</sub> = 98%

10 mm/mV

FC: 78/min

T° 37°

Doutro = 3942.

