

## 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

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-488181

69393

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1529 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHOUKRI EL HOUSSINE

Date de naissance : 1950 à OUDJA

Adresse : 32 LOT MOKRI RUE EL KAFOR TENNIS OUDJA

Tél. : 0661263090 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/04/2021

Nom et prénom du malade : BENAHHMECANILA Age: 62ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Suivre du diabète sucré, HTA

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) :



# 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
08/04/2019	Consultation	1	1500 DH	INPE: 081242604
09/04/2019	Consultation	1	1500 DH	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Toubi Rte Maghnia B3 - N°19 Tel: 0536 69 06 02 - 0536 082055965	04/21	81120

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE D'ANALYSES Rte Maghnia B3 - N°19 Tel: 0536 69 06 02 - 0536 082055965	08/04/2019	B227	34000 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

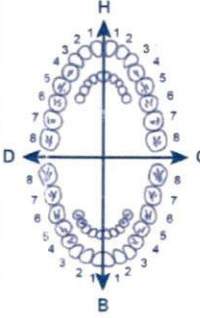
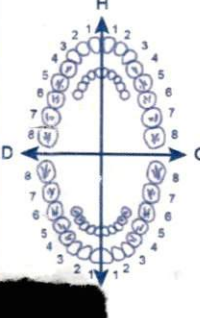
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SCINS 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"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. LAILA BENALLEL

الدكتورة ليلى بنعلال

Médecine Générale

Echographie

Electrocardiogramme

الطب العام

الفحص بالصدى

تخطيط القلب

Oujda, Le 09/04/2021

BENAHMED Jamila

14780

1 - Amez 5 : 49,40 x 3

9210 01g/j palt 03 mois le

2 - Kardegic 75 : 3070 x 3

2150 01sac/j palt 03 mois

3 - Stagid 700 : 10760 x 2

2770 01g x 2/j palt 03 mois après le rep

4 - Diamiron 60 : 7770 x 1

4470 01g/j palt 03 mois après le déjeuner

5 - Levathrox 150 : 1340 x 3

2320 01g/j palt 03 mois

6 - Levathrox 25 : 2440 x 3

2040 01g/j palt 03 mois

7 - ADDITIVA vitale : 680 x 3

9800 01g/j palt 20 j le matin

تجزئة الطحاوي رقم 36 شارع عبد الرحيم بوعبيد (طريق الحبوس)

الطابق الأول - الشقة رقم 1 - وجدة

الهاتف: 05 36 50 72 61

99,00 Dh



Sarofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Kardegic 75 mg, sac b 30  
P.P.V : 30,70 DH



Sarofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Kardegic 75 mg, sac b 30  
P.P.V : 30,70 DH



Sarofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Kardegic 75 mg, sac b 30  
P.P.V : 30,70 DH



Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336



Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH



Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342



Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335



Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336



Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335



Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335



Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336



Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

49,40

5 ملغ  
عن طريق الفم

28 x ٥

قرص



AMEP® 5mg

28 comprimés

6 118000 081524




49,40

5 ملغ  
عن طريق الفم

28 x قرص



AMEP® 5mg

28 comprimés

6 118000 081524



ملء في صباح أو زوال

--	--	--	--	--

COOP

49,40

5 ملغ  
عن طريق الفم

28 x 0

قرص



AMEP® 5mg

28 comprimés



6 118000 081524

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ملءة بـ صـ صـ زوال				

COOP

ملغ 700

Merck

LOT	202586
EXP	11 2023
PPV	107.60

107,60





ملغ 700

Merck

LOT

202586

EXP

11 2023

PPV

107.60

107,60



04,70

**DIAMICRON® 60 mg**  
Gliclazide  
**60** Comprimés sécables à Libération Modifiée



احترسوا! اقرأ التعليمات  
**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

قائمة أ: لا يصر في أ. ج. ح. و صفة طبية  
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France  
**SERVIER MAROC**  
Imm. ZEVACO, lot FATH 4  
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca  
Maroc

**DIAMICRON® 60 mg**  
SERVIER MAROC  
60 comprimés



04144

**DIAMICRON® 60 mg**  
Gliclazide  
30 Comprimés sécables à Libération Modifiée



احترسوا! اقرأ التعليمات  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة أ: لا يصر في أ لا يوجد وصفة طبية  
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France  
**SERVIER MAROC**  
Imm. ZEVAO, lot FATH 4  
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca  
Maroc

SERVIER MAROC  
**DIAMICRON® 60 mg**  
30 comprimés



Dr. LAILA BENALLEL

Médecine Générale  
Echographie  
Electrocardiogramme

الدكتورة ليلى بنعلال

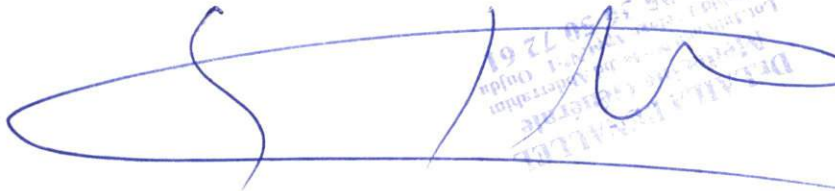
الطب العام  
الفحص بالصدى  
تخطيط القلب

Oujda, Le 08/04/2021

Benahmed Jamila

fair sup

- HbA1c
- TSHms
- cholesterol total



LABORATOIRE D'ANALYSES  
MEDICALES ZOHEIR

Dr. ZOHEIR J.

Médecin Biologiste

Place du 16 Août - OUJDA  
Tél.: 05 36 69 19 69 - Fax: 05 36 74 25 00

مزرعة الطحاوي رقم 36 شارع عبد الرحيم بوعبيد (طريق الحبوس)  
الطابق الأول - الشقة رقم 1 - وجدة

الهاتف: 05 36 50 72 61





# مختبر التحليلات الطبية زوهير

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ZOHEIR

مختبر حاصل على الشهادة الدولية للجودة ISO 9001 Laboratoire certifié ISO 9001



**Dr. Jaouhar ZOHEIR** Médecin Biologiste.  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy - France  
Expert Assermenté auprès des Tribunaux

**الدكتور جواهر زوهير** طبيب أحيائي  
خريج كلية الطب - نانسي - فرنسا  
خبير محلف لدى المحاكم

**FACTURE N° : 210400528**

Date de l'examen : 09-04-2021

**Mme JAMILA BENAHMED**

Analyses :

### Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	B0	B
	Cholestérol	B27	B
	HbA1c	B67	B
	TSH Ultras sensible	B134	B

Total des B : 228

Prélèvement : 0 DH

TOTAL DOSSIER : 340 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent quarante dirhams  
Payée en espèces.

LABORATOIRE D'ANALYSES  
MEDICALES ZOHEIR  
Dr. ZOHEIR J.  
Médecin biologiste  
Place du 16 Août - OUJDA  
Tél.: 05 36 69 19 69 - Fax: 05 36 71 25 00

C



# مختبر التحليلات الطبية زوهير

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ZOHEIR

مختبر حاصل على الشهادة الدولية للجودة Laboratoire certifié ISO 9001



**Dr. Jaouhar ZOHEIR** Médecin Biologiste.  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy - France  
Expert Assermenté auprès des Tribunaux

**الدكتور جواهر زوهير** طبيب أحيائي  
خريج كلية الطب - نانسى - فرنسا  
خبير محلف لدى المحاكم

Date de l'examen : 09-04-2021

Prescription : Dr LAILA BENALLEL

**Mme JAMILA BENAHMED**

Dossier N° : 210409-0094

Né(e) le : 18-02-1959

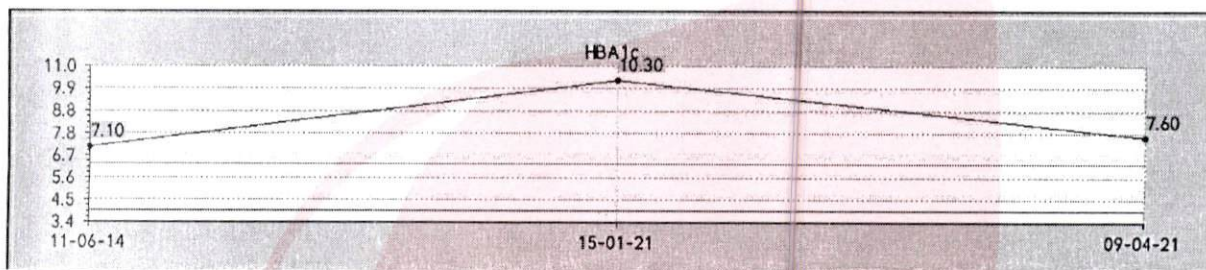
Page 1 sur 1

### BIOCHIMIE SANGUINE

HbA1c

(Dosage par la méthode de référence internationale de chromatographie liquide haute performance(HPLC))

7.6 % (4.0-6.3)



Cholestérol total

1.77 g/l (1.50-2.00)  
4.56 mmol/L (3.87-5.15)

150121

2.28

5.88

### HORMONOLOGIE

TSH us  
(ACCESS 2)

0.286 mUI/L (0.340-5.330)

150121

12.019

00 25 17 96 36 71 25 00  
Place du 16 Août - Oujda  
Tél.: 05 36 68 35 27 - Fax: 05 36 71 25 00  
Mme ZOHEIR  
Laboratoire d'Analyses Médicales Zoheir