

## 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.

Nº W19-487735

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : <b>1529</b>	Société : <b>RAM</b>	<input type="checkbox"/> Autres
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <b>CHOUKRI EL HOUSSINE</b>		
Date de naissance : <b>1950 à OUJDA</b>		
Adresse : <b>Route Maghnia, 32 RUE EL KAFOR, LOT MOKRI TENNIS OUTDA</b>		
Tél. : <b>0661 263090</b>	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin		
<div style="text-align: center;">    <b>DR LAILA BENALI</b>  <b>Médecin généraliste</b>  <b>Lot. Idriss II, 1<sup>er</sup> étage Avenue Nasser Bourabid 36 50 12 61</b>  <b>Téléphone 05 22 36 50 12 61</b> </div>		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :	<b>29 Nov 2022</b>	
Nom et prénom du malade :	<b>BENAHMED Jamila</b>	
Age:	<b>63</b>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	<b>Hypothyroïdie Diabète lympho - HTA</b>	
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 : **05/09/2022** Le : **29/11/2022**

Signature de l'adhérent(e) :



## **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
29 Nov 2015 - 1	Consultation C J	150 DH f	INP INPE : 081242604 Médecine Générale Dr Tahar N. 36 Bourhid El Foughi Tél : 05 36 50 72 61	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
29/11/2022	1198,30	

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	30/11/12	B296 INPE 083002659	440,00

## 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'ODF.

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"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			
	$\begin{array}{r} 25533412 & 21423552 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline & \\ D & G \\ 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11423553 \\ \hline B & \end{array}$ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>

# الدكتورة ليلي بنعلال Dr. LAILA BENALLET

Médecine Générale  
Echographie  
Electrocardiogramme

Pharmacie MY YOUSSEF  
Latifa BENADDI  
Dr. en Pharmacie  
20, Angie Bd. My Youssef et  
Bd. Med Ben Boujemaâ  
Tél. 05 36 68 17 63 - OUJDA

الطب العام  
الفحص بالصدى  
تخطيط القلب

DR. LAILA BENALLET  
Médecine Générale  
Lot. Talaoui N°36, Bd Abderrahim  
Bouajdid 1<sup>er</sup> étage Appt.N°1 Oujda  
Tél : 05 36 50 72 61

Oujda, Le 29/12/2022

DR. LAILA BENALLET  
Lot. Talaoui N°36, Bd Abderrahim  
Bouajdid 1<sup>er</sup> étage Appt.N°1 Oujda  
Tél : 05 36 50 72 61

BENALLET MED JAM T 6 A  
 $74,80 \times 2 = 149,60$

1 - Norecip 500:

$0,29 \times 2 / j p d t 10 j$  après les repas

2 - ZAMOX 1g:

$0,15 ac \times 3 / j p d t 10 j$  après les repas

3 - Cetamyl 500:

$0,19 - 0,00 - 0,19 / j p d t 05 j$

4 - Amex 5:

$0,29 / j p d t 03 mois$

5 - Kandegic 75:

$0,15 ac / j p d t 03 mois$

6 - Stagrid 700:

$0,29 \times 2 / j p d t 03 mois$  au petit déjeuner

7 - Diamictone 60:

$0,29 / j p d t 03 mois$

8 - Liothyronine 150 µg:

$0,19 / j p d t 03 mois$  à jeun 30min

9 - Liothyronine 2,5 µg:

$0,19 et 1,9 / j p d t 03 mois$  à jeun le petit déjeuner

الجزئية الطحاوي رقم 36 شارع عبد الرحيم بو عبيد (طريق الحبوس)

الطابق الأول - الشقة رقم 1 - وجدة

الهاتف: 05 36 50 72 61

T 1198,30

S.V.



CETAMYL 500 mg  
FRACIAS. Boite de 20 comprimés  
PPV.: 10,20 DH  
6 118000 190219

S.V.

S.V.

S.V.

S.V.

S.V.

S.V.

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

مسحوق لأجل  
محلول للشرب  
عن طريق الفم



نسبة الأموكسيسيلين -  
حامض كلافيلانيك 1/8

كيسا 24

PPV: 167DH00  
PER: 06-25  
LOT: L2325

مسحوق لأجل  
 محلول للشرب  
 عن طريق الفم



- نسبة الأموكسيسيلين  
 حامض كلاغيلاتيك: 1/8

كيسا 12

PPV: 98DH00  
PER: 06-25  
LOT: L 2253

T  
P  
V

222196  
06 2025  
107.60

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
• ALMO 50 mg •  
REMARQUE :

60 Gliclazide  
**DIAMICRON® 60 mg**

48,70

T  
P  
V

222196  
06 2025  
107.60

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
• ALMO 50 mg •  
REMARQUE :

30 Gliclazide  
**DIAMICRON® 60 mg**

44,70

242600030-02

٩٧١٦



مُرْصَد ٥٦٥

مساء زوال صبح مدة

أطهريين

٩٧١٦



مُرْصَد ٥٦٥

مساء زوال صبح مدة

أطهريين

500 mg

Ciprofloxacine

culés



NSTITUTE

LOT : 110  
PER : MAI 2025  
PPV : 74 DH 80

500 mg

Ciprofloxacine

culés



NSTITUTE

LOT : 110  
PER : MAI 2025  
PPV : 74 DH 80

Respecter les doses prescrites  
Liste II - Uniquement sur Ordonnance



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335

Respecter les doses prescrites  
Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336

Respecter les doses prescrites  
Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336

Respecter les doses prescrites  
Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336

Respecter les doses prescrites  
Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102 020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

Respecter les doses prescrites  
Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102 020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

Respecter les doses prescrites  
Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102 020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

Dr. LAILA BENALLEL

الدكتورة ليلى بنعلل

Médecine Générale

الطب العام

Echographie

الفحص بالصدى

Electrocardiogramme

تخطيط القلب

Oujda, Le 29/11/2022

BENAHMED JAMILA

Faire SVP

- Hb A1C
- GAG
- K<sup>+</sup>
- créatinine
- TSH
- cholestérol total

LABORATOIRE D'ANALYSES  
MÉDICALES ZOHEIR  
Dr. ZOHEIR  
Médecin Biologiste  
Place du 16 Novembre  
Oujda  
Tel: 05 36 50 72 61

DILAILA BENALLEL  
Médecine Générale  
Lot. Tahnia 16 Novembre 16  
Rouadha Te Gouge Avenue 36  
Oujda  
Tél: 05 36 50 72 61

تجزئة الطحاوي رقم 36 شارع عبد الرحيم بو عبيد (طريق الحبوس)  
الطاقي الأول - الشقة رقم 1 - وجدة  
الهاتف: 05 36 50 72 61



# **مختبر التحاليل الطبية زهير LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ZOHEIR**

**مختبر حاصل على الشهادة الدولية للجودة ISO 9001**

The logo consists of the text "afaq" in a stylized font above "ISO 9001". Below this, the word "Qualité" is written, followed by "AFNOR CERTIFICATION" at the bottom.

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

**الدكتور جوهر ذويهير طبيب أحياء**  
خريج كلية الطب - نانسي - فرنسا  
خبير محلف لدى المحاكم

**FACTURE N° : 221101521**

Date de l'examen : 30/11/2022

## Mme JAMILA BENAHMED

### **Analyses :**

## Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	B0	B
	Potassium	B27	B
	Créatinine	B27	B
	Cholestérol	B27	B
	Glycémie à jeun	B14	B
	HbA1c	B67	B
	TSH Ultras sensible	B134	B

Total des B : 296

Prélèvement : 0 DH

TOTAL DOSSIER : 440 DH

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

LABORATOIRE D'ANALYSES ZOHEIR  
MEDICAL  
Dr. M. B. OUDA  
16 Aout - 1967



# مختبر التحاليل الطبية زوهير

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ZOHEIR

**Laboratoire certifié ISO 9001**



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

**الدكتور جوهر زوهير طبيب أحياني**  
خريج كلية الطب - نانسي - فرنسا  
خبير محلق لدى المحاكم

Prescription : Dr LAILA BENALLEL

Date de l'examen : **30/11/2022**

**Mme JAMILA BENAHMED**

Dossier N° : **221130-0060**

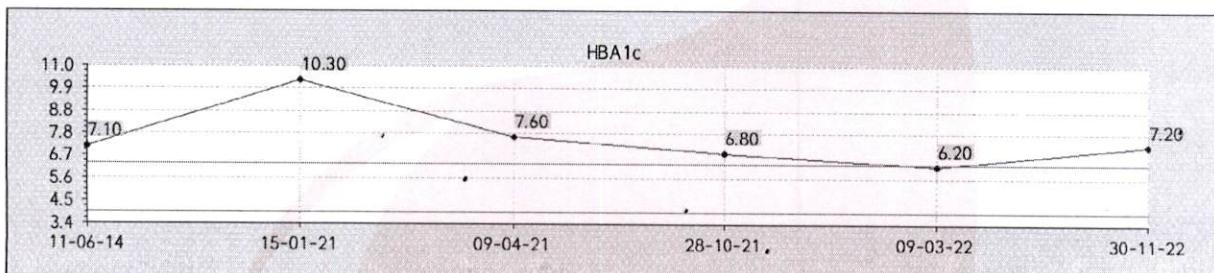
Né(e) le : 18/02/1959

Page 2 sur 2

### HbA1c

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

**7.2 %** (4.0-6.3)



### Cholestérol total

**2.19 g/l** (1.50-2.00)  
5.64 mmol/L (3.87-5.15)

09/03/2022

2.39  
6.16

### HORMONOLOGIE

09/03/2022 28/10/2021

TSH us  
(ACCESS 2)

**16.617 mUI/L** (0.340-5.330)

3.626 2.567

LABORATOIRE D'ANALYSES  
MEDICALES ZOHEIR  
Dr. ZOHEIR J.  
Médecin Biologiste  
Place du 16 Août 30000 OUJDA  
Tél: 05 36 68 35 27 - Fax: 05 36 71 25 00

Place du 16 Août, (face à la CTM) - OUJDA. Tel.: 05 36 68 35 27 - Fax: 05 36 71 25 00  
siteweb : [www.laboratoirezoheir.ma](http://www.laboratoirezoheir.ma) - mail : [contact@laboratoirezoheir.ma](mailto:contact@laboratoirezoheir.ma)

Taxe Professionnelle : 10315204 - Identification Fiscale : 10314877 - ICE : 10709123000071 - C.N.S.S. : 6192348



# مختبر التحاليل الطبية زوهير

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ZOHEIR

مختبر حاصل على الشهادة الدولية للجودة ISO 9001



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

الدكتور جوهر زوهير طبيب أحيائي  
خريج كلية الطب - نانسي - فرنسا  
خبير محلق لدى المحاكم

Prescription : Dr LAILA BENALLEL

Date de l'examen : 30/11/2022

Mme JAMILA BENAHMED

Dossier N° : 221130-0060

Né(e) le : 18/02/1959

Page 1 sur 2

### BIOCHIMIE SANGUINE

Glycémie à jeun	1.60 8.80	g/l mmol/l	(0.70–1.10) (3.85–6.05)	09/03/2022 1.47 8.09
Potassium (K)	4.27	mmol/l	(3.50–5.10)	09/03/2022 4.15
Créatinine	8.60 76.11	mg/L μmol/L	(3.50–13.00) (30.98–115.05)	09/03/2022 7.02 62.13

### Clairance de la créatinine selon MDRD

Creatinine sanguine	8.60 76	mg/l μmol/L	09/03/2022 7.02 62
Clairance de la créatinine MDRD (Calcul du MDRD selon les recommandations de la Haute Autorité de la Santé (HAS décembre 2011))	70.83	mL/min	(>60.00) 89.53

Interprétation des résultats  
entre 30 et 60 ml/min : Insuffisance rénale modérée  
< 30 ml/min : Insuffisance rénale sévère

Dr. ZOHEIR J.  
Laboratoire d'Analyses  
ZOHEIR J.  
Place du 16 Août  
Tel: 05 36 69 19 69 / 05 36 68 35 27  
Fax: 05 36 71 25 00  
siteweb : [www.laboratoirezoheir.ma](http://www.laboratoirezoheir.ma)  
Taxe Professionnelle : 10315204 - Identification Fiscale : 103148777 - C.I.E : 001709123000071 - C.N.S.S. : 6192348