

## 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 canaux, 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 canaux.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALÇ :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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 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° M20- 0007710

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1042 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AIT MERIM Brahim 201746  
Date de naissance : 27/21/1949  
Adresse : Habitué  
Tél. : 0689629854 Total des frais engagés : 987,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AYOUB EL KADDOURI  
Médecine Générale  
Av. Hassan II Aoulouz  
06 22 45 20 50

Date de consultation : 26 Mars 2024  
Nom et prénom du malade : AIT MERIM Brahim Age : 71  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Constipation  
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : ACCUEIL



| 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                        |
| 26 Mars 2024                   |                   | G                     | 13.024                          | Dr. AYOUB EL KADDOURI<br>Médecine Générale<br>Av. Hassan II Aoulouz<br>00 21 45 20 50 |
| 07 Avril 2024                  |                   | a                     | antel                           | Dr. AYOUB EL KADDOURI<br>Médecine Générale<br>Av. Hassan II Aoulouz                   |

**Dr. AYOUB EL KADDOURI**  
**Médecine Générale**  
**Av. Hassan II Aoulouz**  
**06 22 45 20 50**

**Dr. AYOUB EL KADDOURI**  
**Médecine Générale**  
**Av. Hassan II Aoulouz**  
**Tel: 06 22 45 20 50**

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                                                                            |           |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                                                                            | Date      | Montant de la Facture |
| <b>PHARMACIE DE L'HOPITAL</b><br>Dr. LOUFI Abdelfattah<br>N° 02, Bd. Hassan II - AOULOZ<br>Province TAROUANT<br>Tel : 05 28 53 93 29 | 02/04/24  | 228,40                |
| <b>PHARMACIE DE L'HOPITAL</b>                                                                                                        | 26/3/24   | 188,60                |
|                                                                                                                                      | 042031864 |                       |

042031864

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                                                         |          |                                 |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue                           | Date     | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|  | 10/04/24 | B 400                           | 140,00                    |

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

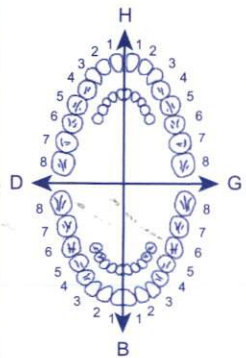
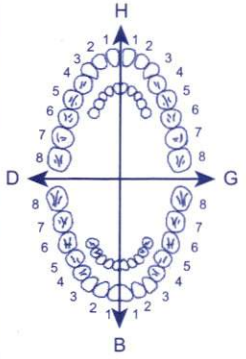
[illegible]

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES                                                                       | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Nature des<br>Soins | Coefficient |                                              |          |  |   |  |          |          |  |          |          |          |          |  |          |          |   |  |  |  |  |                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|----------------------------------------------|----------|--|---|--|----------|----------|--|----------|----------|----------|----------|--|----------|----------|---|--|--|--|--|----------------------------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             | 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<br>PROTHESES DENTAIRES                                                          | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |             |                                              |          |  |   |  |          |          |  |          |          |          |          |  |          |          |   |  |  |  |  |                                              |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td></td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td></td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th></th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table> |                     |             | H                                            |          |  | G |  | 25533412 | 00000000 |  | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 35533411 |  | 00000000 | 11433553 | B |  |  |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                                                                                       | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |             | G                                            |          |  |   |  |          |          |  |          |          |          |          |  |          |          |   |  |  |  |  |                                              |
|                                                                                       | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 00000000            |             | 21433552                                     | 00000000 |  |   |  |          |          |  |          |          |          |          |  |          |          |   |  |  |  |  |                                              |
|                                                                                       | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 35533411            |             | 00000000                                     | 11433553 |  |   |  |          |          |  |          |          |          |          |  |          |          |   |  |  |  |  |                                              |
|                                                                                       | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |             |                                              |          |  |   |  |          |          |  |          |          |          |          |  |          |          |   |  |  |  |  |                                              |
|                                                                                       | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |          |  |   |  |          |          |  |          |          |          |          |  |          |          |   |  |  |  |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             | 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

**Important :**

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

| SOINS DENTAIRES |  | Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient          |                            |                      |
|-----------------|--|-------------------|---------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|
|                 |  |                   |                     |                      | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX | <input type="text"/> |
|                 |  |                   |                     |                      |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |                      |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |                      |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |                      | MONTANTS<br>DES SOINS      | <input type="text"/> |
|                 |  |                   |                     |                      |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |                      |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |                      |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |                      | DEBUT<br>D'EXECUTION       | <input type="text"/> |
|                 |  |                   |                     |                      |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |                      |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |                      |                            |                      |
|                 |  |                   | FIN<br>D'EXECUTION  | <input type="text"/> |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |                      |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |                      |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |                      |                            |                      |

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
| H        |          |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B        |          |

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
|   | H        |          |
|   | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
|   | 00000000 | 00000000 |
|   | 35533411 | 11433553 |
|   | B        | G        |

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# ORDONNANCE

02 Avril 2024

Nom / Prénom : Bratim Bit Merim

Sep

PSA

HBANC

Laboratoire Medical AL HASSIRA  
Dr. Abdellilah OUSSEHRI  
97 Avenue Jamal Abdennacer  
Quartier Al Hassira - AGADIR  
B.P 7281 - Tél: 05 28 21 22 91  
M.B.E. : 05 28 21 22 91

Dr AYOUB EL KADDOUR  
Medecine Generale  
Av Hassan 2 Agadiz  
tel 06 22 45 20 50

Dr



Docteur AYOUB EL KADDOURI

Médecine générale

Echographie générale

Suivi de grossesse et diabète

Ancien médecin interne à l'hôpital

Hassan 1<sup>er</sup> Tiznit



الدكتور أيوب القدوري

الطبيب العام

الفحص بالصدى

تتبع الحمل و داء السكري

بيب داخلي سابقا بمستشفى الحسن

الأول بتزنيث

Aoulouz, le..... في أولوز، 17/ 26 Mars 2024

BAL - A. J. Meri

1) - Diprosone cream



3040

1 app x 2j

2) -

Pec solo x lovent



8950

1 app 1j

3) - Forbox seche



68,70

1 seche 1j dans 1g Eau  
Verre d'eau

188,60

PHARMACIE DE L'HOPITAL  
Dr. LOTFI Abdelfattah  
N° 02, Bd. Hassan II - AOULOZ  
Province TAROUDANT  
Tel : 05 28 53 93 29

Dr. AYOUB EL KADDOURI  
Médecine Générale  
Av. Hassan II Aoulouz  
06 22 45 20 50

Avenue Hassan II Aoulouz - Taroudant

شارع الحسن الثاني أولوز - تارودانت

Tél : 06 22 45 20 50

02 Avri 2024

TA=1418

DIPROSONE 0,05 %  
crème ○

% 0 كريم



6 118000 050216

Pharmaceutical Institute  
R.S. 203 OUM AZZA Region Rabat

LOT : 177

PER : SEP 2026

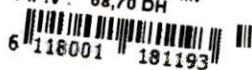
PPV : 30 DH 40



8 051128 634419

PPC:89,50DH

Maphar  
Bd Alklima N° 8, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forlax pdre each b20 mv  
P.P.V : 68,70 DH



6 118001 181193



AERO

LOT : A69836  
Exp : 08/2026

Docteur AYOUB EL KADDOURI

Médecine générale

Echographie générale

Suivi de grossesse et diabète

Ancien médecin interne à l'hôpital

Hassan 1<sup>er</sup> Tiznit



الدكتور أيوب القدوري

الطب العام

الفحص بالصدى

تتبع الحمل و داء السكري

طبيب داخلي سابقا بمستشفى الحسن

الأول بتزنيت

Aoulouz, le..... 02 Avril 2024 في أولوز،

Bélaï Aï Meriem

2) 2 Lixifol gel  
9900 x 2

2) - Diprodone

1 - pp x 2 f.

3040

Dr AYOUB EL KADDOUR  
Medecine Generale  
Av Hassan 2 Aoulouz  
tel 06 22 45 20 50

22840



PHARMACIE DE L'HOPITAL

Dr. LOTFI Abdelfattah

N° 02, Bd. Hassan II - AOULOUL

Province TAROUDANT

Tél : 05 28 53 93 29

Avenue Hassan II Aoulouz – Taroudant

شارع الحسن الثاني أولوز – تارودانت

Tél : 06 22 45 20 50

6 118000 050216



DIPROSONE 0,05 %  
crème ○

كريم % 0,05

LOT : 186  
PER : JAN 2027  
PPV : 30 DH 40

Lot/À consor  
de préférence

1034 0927 IA  
LOT PER  
Prix 99-00



3 700221 339503

Lot/À consommer  
de préférence avant fin

1034 0927  
LOT PER  
Prix 99-00



3 700221 339503





# مختبر التحليلات الطبية المسيرة

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AL MASSIRA

Docteur Abdelilah OUSSEHIR  
Médecin Biologiste  
Diplômé de la faculté de médecine de Paris

الدكتور أوالصغير عبد الإله  
طبيب إحيائي  
خريج كلية الطب بباريس

Dossier du : 05-04-2024  
Edition du : 05-04-2024

Mr AIT MERIM Brahim (DDN:01-01-1949)  
Réf : 2404090

### Compte Rendu d'Analyses

Code INPE :



043064153

### BIOCHIMIE SANGUINE

Hémoglobine glyquée- fraction A1 C---: 6.6 % (<6.0)  
technique de chromatographie liquide haute pression :HPLC D10 BIORAD  
Objectif du traitement :  
- patient diabétique de type 2 : HBA1C inférieure à 7 %  
- femme enceinte diabétique : HBA1C inférieure à 6.5 %  
- patient diabétique de type 1 : HBA1C inférieure à 7.5 %

### MARQUEURS TUMORAUX

#### ANTIGENE SPECIFIQUE DE LA PROSTATE

P.S.A. total-----: 8.75 ng/mL (<6.50)  
( Méthode F.E.I.A : AIA 360 TOSOH )

Pour un patient âgé de plus de 60 ans la norme change et devient : < 6.5 ng/ml .

Un dosage de la PSA libre est souhaitable pour un taux de PSA totale compris entre 4 et 10 ng/ml .

Le toucher rectal, le message prostatique, une cytoscopie, une échographie transrectale, une biopsie, augmentent transitoirement le taux de PSA .

Dr. Abdelilah OUSSEHIR  
Médecin Biologiste  
97, Avenue Jamal Abdennacer  
Quartier Al Massira - AGADIR  
B.P. 7201 - Tél: 05 28 21 22 91  
INPE: 047184405





# مختبر التحليلات الطبية المسيرة

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AL MASSIRA

Docteur Abdelilah OUSSEHRI

Médecin Biologiste

Diplômé de la faculté de médecine de Paris

الدكتور أوالصغير عبد الإله

طبيب إحيائي

خريج كلية الطب بباريس

FACTURE N° : 240400043

Code INPE :



043064153

Mr AIT MERIM Brahim

AGADIR le 05-04-2024

| Récapitulatif des analyses |                                                         |      |            |
|----------------------------|---------------------------------------------------------|------|------------|
| CN                         | Analyse                                                 | Clé  | Total      |
| B119                       | Hémoglobine glycosylée                                  | B100 | 110.00 MAD |
| B361                       | Marqueur Tumoral :Antigène prostatique spécifique : PSA | B300 | 330.00 MAD |
| Total                      |                                                         |      | 440.00 MAD |

Coefficient : 1,10

Total des B : 400

TOTAL DOSSIER : 440.00 DH

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

Laboratoire Médical AL MASSIRA  
Dr. Abdelilah OUSSEHRI  
97 Avenue Jamal Abdennacer  
Quartier Al Massira - AGADIR  
B.P 7201 - Tél : 05 28 21 22 91  
Tél : 05 28 21 22 91