

## 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 ALC :

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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-727721

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2074 Société : 194747

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BENAMAR MHAMMED

Date de naissance : 15-07-1953

Adresse : HAY EL MOHAMMADI Lot Eloualide rue khaled

Ibn ELWALID N°15 OUDJA

Tél : 06 11872536 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR ABOUZAÏD Saïd  
UROLOGUE  
100, Av. Allal Ben Abdellah  
OUDJA - TEL: 05 36 68 80 04

Date de consultation : 06/11/23

Nom et prénom du malade : BENAMAR MHAMMED Age :

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

Nature de la maladie : hypertrophie de prostate

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 : OUDJA Le : 02/11/23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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



| 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 |
| 06/11/23                       | G                 |                       | Contrôle                        | 1931   |
| 12/11/23                       | G                 |                       | 250.515                         | ABOUZAID said  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |          |                       |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
| <p>PHARMACIE TENNIS</p> <p>Dr CHAKI Zih-Eddine</p> <p>Rte Moginia 88 - N°19</p> <p>Tél: 0536 69 18 02 - OUJDA</p> <p>INPE: 082055963</p> | 12/12/23 | 53550                 |

[illegible]

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

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

| SOINS DENTAIRES               | Dents<br>Traitées  | Nature des<br>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.<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                               | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> |                     |  | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                               | H  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                               | 25533412   | 21433552            |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                               | 00000000   | 00000000            |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                               | D  | G                   |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                               | 00000000   | 00000000            |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                               | 35533411   | 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr Saïd ABOUZAÏD**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lyon - France

UROLOGIE

ECHOGRAPHIE URO-GENITALE

ANDROLOGIE

**الدكتور سعيد أبو زيد**

خريج كلية الطب بليون - فرنسا

جراحة الكلي و المسالك البولية والتناسلية

العقم و الاضطرابات الجنسية

إيكوغرافيا

**05 36 68 80 04**

وجدة، في ..... Oujda, le

12/12/2023

BENAMAR MHAMMED

- IPROST 10 (Alfuzosine): 1CP après dîner x 3m

- URISPAS: 1CP 2/J 30J

- oxymag: 1cp le soir x 30j

1450 x 2  
29500

6250

8900 x 2  
17800

T: 53550

**DR ABOUZAÏD Saïd**  
**UROLOGUE**  
100 Av. Allal Ben Abdellah  
OUJDA - TEL: 05 36 68 80 04

PHARMACIE TENNIS  
DR CHAÏB ZIN-EDDINE  
RUE MAMMOUD R3 - N°19  
Tel: 05 36 68 80 04  
INSEE: 082055963

مركز تفتيت حصي الكلي بالموجات التصادمية (الليزر) **Centre de Lithotritie Extra Corporelle**

مستعجلات 24/24 س، اتصلوا بمصحة وجدة الهائف: 05 36 68 78 17/16  
URGENCES : 24/24h, Contactez Clinique Oujda - Tél : 05 36 68 78 17/16

Lot / Batch n° :

Exp. date :

PPC (DH) :

89,00



# Urispas<sup>®</sup> 200 mg

Flavoxate

és pelliculés

Urispas<sup>®</sup> 200 mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 020653



LOT 231167 1  
EXP 03 2026  
PPV 62.50

# **IPOST LP 10 mg**

CHLORHYDRATE D'ALFUZOSINE

PPU 147.50 DH

**30** comprimés à libération prolongée

Voie orale

# **IPOST LP 10 mg**

CHLORHYDRATE D'ALFUZOSINE

PPU 147.50 DH

**30** comprimés à libération prolongée

Voie orale

**Dr ABOUZAÏD SAÏD**  
**UROLOGUE**  
100, Av. Allal Ben Abdellah  
ALGERIA - TEL: 05 36 68 80 04

Oujda le : 06/11/2023

**BENAMAR MHAMMED**

- PSA T dans 3mois
- Créatinémie
- Glycémie à Jeun
- Hb glyquée
- Uricémie

**LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES**  
Dr. M. MORILLAS  
14 Rue El Mouradia  
0536691  
091-Fax: 053671016  
**OUJDA**

**Dr ABOUZAÏD Saïd**  
**UROLOGUE**  
100, Av. Allal Ben Abdellah  
OUJDA - TEL: 05 36 68 80 04



# CERTIFICAT MEDICAL

....., Le : .....

Je soussigné (e), Docteur en Médecine, certifie que l'état de santé de

Mme, Mr .....

Adresse .....

1) nécessite un traitement avec arrêt de travail de ..... jours,  
sauf complications, du ..... au .....

2) nécessite une prolongation d'arrêt de travail de ..... jours,  
sauf complications, du ..... au .....

3) lui permet de reprendre son travail à partir du .....

4) nécessite le transport d'urgence en ambulance à l'hôpital

.....  
.....

Signature et cachet :

# LABORATOIRE MOKHTARI D'ANALYSES MEDICALES

44, Rue El Mourabitine - OUJDA - Tél. : 036 691 691

Dr MOHAMMED MOKHTARI

Spécialités :

Biochimie  
Hématologie  
Bactériologie  
Virologie  
Immunologie  
Mycologie  
Parasitologie

**Pharmacien Biologiste**

Diplômé de l'Université de Bruxelles

Patente N: 10101746

CNSS N : 7881312

IFISCAL : 40186309

INPE : 083060400

ICE : 000425573000052

Oujda le 7 décembre 2023

Monsieur BENAMAR MHAMMED

|            |        |
|------------|--------|
| FACTURE N° | 119213 |
|------------|--------|

## Analyses :

|                                    |   |     |               |
|------------------------------------|---|-----|---------------|
| Hémoglobine glycosylée HBA1C ----- | B | 100 |               |
| Glycémie (à jeûn) -----            | B | 30  |               |
| Créatinine sanguine -----          | B | 30  |               |
| Acide urique -----                 | B | 30  |               |
| PSA total -----                    | B | 300 | Total : B 490 |

## Prélèvements :

|           |    |     |  |
|-----------|----|-----|--|
| Sang----- | Pc | 1,5 |  |
|-----------|----|-----|--|

|               |           |
|---------------|-----------|
| TOTAL DOSSIER | 500,00 DH |
|---------------|-----------|

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cinq Cents Dirhams

مختار  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
Dr. M. MOKHTARI  
44 Rue El Mourabitine - OUJDA  
05 36 69 13 11 Fax 05 36 71 02 02

# مختبر التحليلات الطبية مختاري

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MOKHTARI

Dr.Mohammed Mokhtari

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'Université de Bruxelles(U.L.B)



Spécialités : Biochimie - Hématologie - Immunologie  
Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie  
Biologie Moléculaire  
Auto-immunité  
Assistance Médicale à la Procréation (AMP)

Dossier créé le : 07/12/23 à 08:16

Edité le : 07/12/23

Page : 1/2

Monsieur BENAMAR MHAMMED (1953)

Dossier : 23L249

### BIOCHIMIE

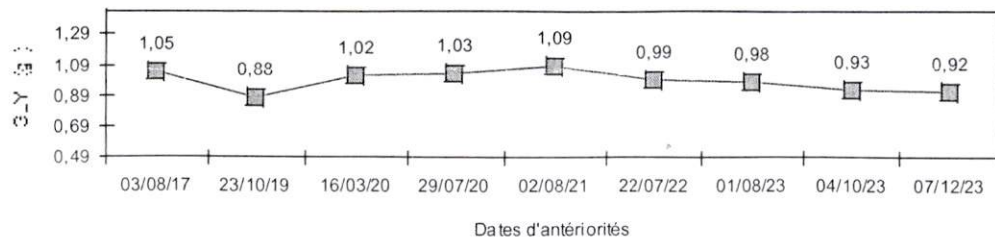
|   | Normales | Antériorités       |
|---|----------|--------------------|
| Hémoglobine glycosylée (HbA1c) ----- :        | 4,8 %    | 22/07/2022<br>5,20 |
| (HPLC Technique de référence internationale ) |          |                    |

< 6 % *Domaine physiologique*  
< 7 % *Objectif idéal pour un diabète*

### BIOCHIMIE

(Cobas integra 400plus Roche)

|                                     |             |           |                    |
|-------------------------------------|-------------|-----------|--------------------|
| Glycémie à jeûn ----- :             | 0,92 g/l    | 0,7 - 1,1 | 04/10/2023<br>0,93 |
| (Méthode enzymatique, HKase, Roche) |             |           |                    |
| Soit ----- :                        | 5,11 mmol/l | 3,9 - 6,1 | 5,16               |



|  |            |            |      |
|--|------------|------------|------|
| Créatinine ----- :   | 10,16 mg/l | 6 - 12     | 9,40 |
| (Technique Enzymatique, Standardisée selon la méthode IDMS, Roche) |            |            |      |
| Soit ----- :   | 89 µmol/l  | 52,5 - 105 | 82   |

|                      |            |           |  |
|----------------------|------------|-----------|--|
| Acide Urique ----- : | 60,69 mg/l | 30 - 70   |  |
| Soit ----- :         | 361 µmol/l | 179 - 417 |  |

\* GLYCOHEMOGLOBIN REPORT \*

LABO MOKHTARI

2023/12/07 10:13

OP: User1 V03.C0

NO: 0010 SL 0001 - 10

ID: ED23L249

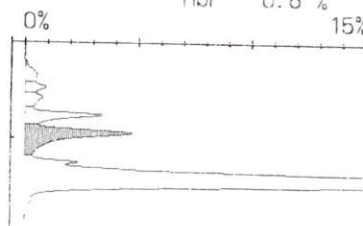
CAL(N) = 1.1338X + 0.4883

TP 622

| NAME       | %    | TIME | AREA    |
|------------|------|------|---------|
| FP         | 0.0  | 0.00 | 0.00    |
| A1A        | 0.5  | 0.17 | 5.20    |
| A1B        | 0.5  | 0.24 | 5.01    |
| F          | 0.6  | 0.29 | 6.13    |
| LA1C+      | 1.9  | 0.38 | 19.10   |
| SA1C       | 4.8  | 0.47 | 38.59   |
| AO         | 93.3 | 0.71 | 948.83  |
| TOTAL AREA |      |      | 1022.88 |

HbA1C 4.8%

HbF 0.6%





# مختبر التحليلات الطبية مختاري

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MOKHTARI

Dr.Mohammed Mokhtari  
Pharmacien Biologiste  
Diplômé de l'Université de Bruxelles(U.L.B)



Spécialités : Biochimie - Hématologie - Immunologie  
Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie  
Biologie Moléculaire  
Auto-immunité  
Assistance Médicale à la Procréation (AMP)

Dossier créé le : 07/12/23 à 08:16

Edité le : 07/12/23

Page : 2/2

Monsieur BENAMAR MHAMMED (1953)

Dossier : 23L249

### MARQUEURS ANTIGENIQUES

Normales Antériorités

**P.S.A. (ANTIGENE SPECIFIQUE DE LA PROSTATE)----- :**

**4,650 \* ng/ml**

< 4

04/07/2023

4,540

(Technique ECLIA, Cobas e411, Roche )

Résultat contrôlé.

**REMARQUES:** Ce résultat doit être interprété selon l'âge, les données cliniques, radiologiques et biologiques

