

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

W21-832345

187788

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0512

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KHAZRAJI Mohamad.

Date de naissance :

02/07/1954

Adresse :

29 Rue EL KOUTOUBIA-TARGA-MASMOUDI

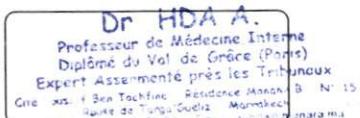
Tél. :

0661878316

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

10/09/2023

Nom et prénom du malade : Dr KHAZRAJI med Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète de type 2

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie

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 : 12/12/2023

Le : 12/12/2023

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
10/12/23		5	200 DT	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/12/23	3975,00



Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue		Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
L'ALYSES TARGA IF: 0563457414677002176 NCE: 008890712000015 TÉL: 00.212.5.24.49.50.70 FAX: 00.212.5.24.49.30.50	072025430	15/12/23	150.00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE

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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H D B G				MONTANTS DES SOINS
	H D B G				DEBUT D'EXECUTION
	H D B G				FIN D'EXECUTION
	H D B G				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H D B G				MONTANTS DES SOINS
	H D B G				DATE DU DEVIS
	H D B G				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

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

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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

Montant des Honoraires

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. HDA A.

Marrakech le

10/02/2023

Professeur de Médecine Interne
Ancien Chef du Service de Médecine Interne
de L'Hôpital Militaire, Avicenne de Marrakech
Diplômé de l'H.I des Armées du
Val-de-Grâce (Paris)

Mⁿ EL KHAZRAJ, Mohamed

479,00

- Jardane cr sans



14 /

x 03 mois

437,00 x 8

- Jakmet cr

14 x 2 /

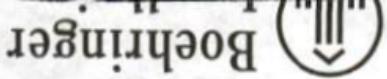
x 03 min



3975,00

Dr. HDA A.
Professeur de Médecine Interne
Diplômé du Val de Grâce (Paris)
Expert Assermentation près les Tribunaux
Cité Youssef Ben Tachfine - Résidence Manahil B - N°15
Route de Targa Guéliz - Marrakech
Tél/Fax: 05 24 43 29 38 - Email: alihda1950@gmail.com

PHARMACIE EL MASSMOUDI
Lot. El Massmoudi # 29 Targa
Marrakech
Tél: 05 24 49 01 37



जार्डियन्स
१० मि.ग्रा. २५
जार्डियन्स
२५ मि.ग्रा. १०
जार्डियन्स[®]

Jardiance®

Empagliflozine

10 mg comprimés pelliculés

25 mg comprimés pelliculés

313745-07



Boehringer
Ingelheim

PPV: 478 DH 00

Distribué par MSD MAROC.

AMM N° : 268/19/DM,P/21/NRQ.

P.P.V : 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.

AMM N° : 268/19/DM,P/21/NRQ.

P.P.V : 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.

AMM N° : 268/19/DM,P/21/NRQ.

P.P.V : 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.

AMM N° : 268/19/DM,P/21/NRQ.

P.P.V : 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.

AMM N° : 268/19/DM,P/21/NRQ.

P.P.V : 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.

AMM N° : 268/19/DM,P/21/NRQ.

P.P.V : 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.

AMM N° : 268/19/DM,P/21/NRQ.

P.P.V : 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.

AMM N° : 268/19/DM,P/21/NRQ.

P.P.V : 437,00 DH.

Dr. HDA A.

Marrakech le

Professeur de Médecine Interne
Ancien Chef du Service de Médecine Interne
de L'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech
Diplômé de l'H.I des Armées du
Val-de-Grâce (Paris)

18/11/2003

M. El Khayari Nohad

Ami Ami

o Système + Hbrc

o uric + malate/acte

o cholestérol / - HDL
- + HDL

o Triglycérides - bhl

o Sanguin - magn

D'ANALYSES MEDICALES
IF: 50528729 / INPE: 073062116
TARGA / ICE: 002896732000015
TELE: 00.212.5.24.49.50.00
FAX: 00.212.5.24.49.10.70

Dr HDA A.

Professeur de Médecine Interne
Diplômé du Val de Grâce (Paris)
Expertise biomédicale interne et tribunaux
Cité Youssef Ben Tachfine - Résidence Manahil B
N° 15 Route de Targa Guéliz - Marrakech
Tél/Fax: 05 24 43 29 38 Email: alihda1950@gmail.com

Dossier : EL KHAZRAJI : 191223
Né(e) : 01/01/1950
Ordonnance : 033

LABORATOIRE TARGA D'ANALYSES MEDICALES

IF:50566739

PATENTE:67301337

ICE: 002896732000015

INPE: 073062176



FACTURE : 51468

MARRAKECH le :19/12/2023

Nom et Prénom ... : Mohamed EL KHAZRAJI

Prescripteur : Pr. HDA ALI

Bilan :

GRS B82+ HBAC B80+ GLY B30+ UREE B30+ CREA B30+
CHT B30+ TRIG B50+ HDL B40+ LDL B80+

Total des B : **452**

Montant Net : **450,00 Dhs**

Arrêtée la présente facture à la somme de:

Quatre cent cinquante Dh

D'AN
Dr EL MESSAOUDI Dalila
TARGA
D'ANALYSES MEDICALES
IF:50566739
ICE:002896732000015
TELE:0021249.50.70
FAX:0021249.10.70



Date du prélèvement : 19/12/2023 à 08h27

Dossier édité le : 19/12/2023

Code Patient : 52890



Prélèvement Effectué au Laboratoire

Page: 1 / 3

Mr. EL KHAZRAJI Mohamed

Référence : **191223 033** D/N:01/01/1950

Pr. HDA ALI

N°CIN: Passeport:AI7612982

IMMUNO HEMATOLOGIE

Antécédents

GROUPAGE Sanguin+RHESUS

- Groupe.....: O
 - Rhésus.....: Positif

NB: Le résultat est définitif après une 2^e détermination sur un second prélèvement.

BIOCHIMIE

Valeurs de référence Antécédents

HEMOGLOBINE GLYQUEE (HbA1C) : 6,3 %

22/03/23 : 6.6

Interprétation:

- Métabolisme équilibré < 6.5 %
- Métabolisme moyenemment équilibré 6.5 % à 8.0 %
- Métabolisme non équilibré > 8,0 %

GLYCEMIE A JEUN : **1,47** g/l (0,70 à 1,10) 22/03/23 : 1.40
Soit : 8,16 mmol/l (3,89 à 6,12)

(0,70 à 1,10) 22/03/23 : 1.40
(3.89 à 6.12)

D'ANALYSES MÉDICALES
TOURNER LA PAGE SVP

Date du prélèvement : 19/12/2023 à 08h27
Dossier édité le : 19/12/2023
Code Patient : 52890



Prélèvement Effectué au Laboratoire

Mr. EL KHAZRAJI Mohamed

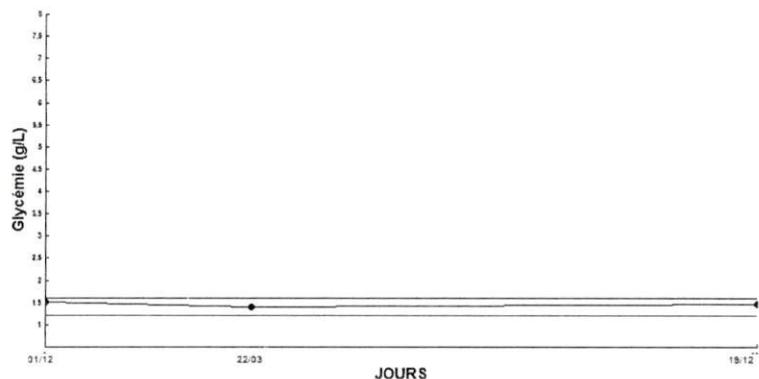
Référence : **191223 033** D/N:01/01/1950

Pr. HDA ALI

N°CIN: Passeport:AI7612982

Page:2 /3

Technique réalisé sur Cobas C311



D'ANALYSES MEDICALES
L'ASSOCIATION
IF-50500739
TÉLÉ: 01 44 24 22 33
TÉLÉ: 01 44 24 22 33



Date du prélèvement : 19/12/2023 à 08h27

Dossier édité le : 19/12/2023

Code Patient : 52890



1912033

Prélèvement Effectué au Laboratoire

Page:3 /3

Mr. EL KHAZRAJI Mohamed

Référence : 191223 033 D/N:01/01/1950

Pr. HDA ALI

N°CIN: Passeport:AI7612982

CHOLESTEROL LDL : 0,55 g/l 26/04/23 : 0.55
 Soit : 1,42 nmol/L

Technique réalisé sur Cobas C311

Nbr de facteurs de risque*	Valeur Cible du LDL-M (g/L)
aucun	< 2,20
1	< 1,90
2	< 1,60
3	< 1,30
>3 Patient à haut risque	< 1,00

*: Obésité, HTA, âge>60ans, tabac,c- HDL<0,40g/L et antécédents familiaux de maladie coronaire.
 Le Diabète classe les patients en patient à haut risque directement.

Dr EL MESSAOUDI Dalila
 LABORATOIRE
 D'ANALYSES MEDICALES
 IF: 50566739 - ICE: 002896732000015 - INPE: 073062176
 TÉL: 00 212 5 24 49 10 70
 FAX: 00 212 5 24 49 10 70