

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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Prothèse :

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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



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

Déclaration de Maladie

N° P19-0027506

ND: 28246

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **BARA KHAIDOUJ**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **24/4/20**

Nom et prénom du malade : **BARA KHAIDOUJ** Age: **41/1942**

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

Nature de la maladie : **diabète type 2**

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-027506

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
24/4/20	C2	300 DH		DR. KRAJKAJ Endocrinologue Diabétologue 737, Angic, Boulevard Moulay Youssef et Rue Dr. Résidence EL HANK 1er étage 1977 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HANK Dr. EL HANK Imm 36, Lot 16 El Hank - CASA Tél: 0522 94 94 12 ICE: 00197 199 7 0000 60	24/04/20	

PHARMACIE EL HANK

092024017

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

2503140

DR. ERRAJANILU
Endocrinologie Diabetologie
14 rue du Général Montoy Voersel et Rue de
Résidence 101 KAMAR 1er étage W3 - C3

1/5

1/5

1/5

1/5

1/5

1/5

1/5

PHARMACIE EL HANK
DR. ERRAJANILU
16 rue du Général Montoy Voersel et Rue de
Résidence 101 KAMAR 1er étage W3 - C3
Tél: 0522 94 94 22
ICE: 00197 199 1 0000 60

PHARMACIE EL HANK
092024017

8200 Clavac (245)

8200 Dico 870 (1st)

8200 870 de bar

8200 870 1/1 1/1 1/1

8200 Amoxic (1st)

1 - 0 - 1

8200 149.60

8200 149

8200 149 X 21

8200 149 X 21

Dr. Zineb ERRAJRAJI

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie et Maladies Métaboliques



الدكتورة الرجراجي زينب

متخصصة في مرض السكري
والغدد

le 24/4/20.

390000 x 3 / 1170000
BABA Kheddouj
- Gralms 50
563100 - 1
- Fard 624
12210 x 4 / 488400
366130
- Anep 5
1 - 0 - 0
- Coudibang 100
0 - 1 - 0



W de
3

DR. ERRAJRAJI
Endocrinologue Diabétologue
737, Angle Boulevard Moulay Youssef et Rue 3
Résidence MIRAMAR 1er Etage 737 - C. 20

737, شارع مولاي يوسف، رنقة بوكراع، إقامة مرمار رقم 3 الطابق الأول - الدار البيضاء

737, Angle Bd Moulay Youssef rue Boukraa Résidence Miramar N° 3, 1er Etage

Tél.: 05 22 26 52 11 / GSM: 06 64 00 98 46

737-1

3 ampoules buvables

D-CURE[®] FORTE

Cholécalciférol 100 000 UI
Vitamine D3

PPV: 49,60 DH
LOT: 20C02
EXP: 03/2023

13 08 22
LOT PER
Prix 89,00

net : 76,9 g

AIRE: N'EST PAS UN MÉDICAMENT
Ref: 990513 - ETUM938

27,10

DICLO⁵
Pharma

DICLOFENAC SODIQUE

100 mg

10 Suppositoires

Voie rectale

22,00

Clartec[®] 10 mg
Loratadine

10 comprimés

Voie orale

32,00

Clartec[®] 10 mg
Loratadine

48x20x95

NAZAR[®]
Fluticasone

LOT: GA90549

PER: 04/2021

PPV: 75 DH 00

laroc
tolabilité

Betaserc
24 mg bétahistine

Calcimat

Calcium 500 mg
& Vitamine D³

Sans
sucres

☒ **Tanganil[®] 500 mg**
تانجانيل 500 ملغ
30 comprimés - 30 قرص

VTE: MA - PPV: 51DH00

6 118001 183340

Liste

COMMENT

☒ Maphar
Km 10, Route Catière 111
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Forfiga 10 mg cp peli b28
P.P.V: 563,00 DH

6 118001 185025

PPV: 55,00 DH
LOT: 619191
PER: 01/21

6 118000 160038

12 comprimés dispersibles

AMOXIL 19



6118001031030

Galvus® 50 mg
Boite de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

07 2022
BLV81
08 19

Galvus® 50 mg
Boite de 60 comprimés.
* PPV : 390 DH

6118001031030



Galvus® 50 mg
Boite de 60 comprimés.
PPV : 390 DH

6118001031030



11 2022
51N8
12 19

11 2022
51N8
12 19

TRIA TEC® 5mg

Ramipril

122,10



122,10

TRIA TEC® 5mg
Ramipril
30 Comprimés



TRIA TEC® 5mg

Ramipril
30 Comprimés

122,10



Dr. Zineb ERRAJRAJI

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie et Maladies Métaboliques



الدكتورة الرجراجي زينب

متخصصة في مرض السكري
والغدد

le 24/4/20,

à BABA Kheddy

- BAE

- Homme - 100 Mt

DR. ERRAJRAJI
Endocrinologue Diabétologue
737, Angle Boulevard Moulay Youssef et Rue E.
Résidence MIRAMAR 1er étage N°3 - Casablanca

737, شارع مولاي يوسف، رنقة بوكراع، إقامة مرمار رقم 3 الطابق الأول - الدار البيضاء

737, Angle Bd Moulay Youssef rue Boukraa Résidence Miramar N° 3, 1er Etage

Tél.: 05 22 26 52 11 / GSM: 06 64 00 98 46

Merci d'avoir choisi le système
de test de la Hémoglobine

A1C EZ series

19-02-2026 15:24:56

NO.: 0001

Résultat de HbA1c:

NGSP: 6.9%

IFCC: 51.9 mmol/mol

eAG: 150.8 mg/dL ou 8.3 mmol/L

Plage de référence (NGSP):
4%-6.5%

Testeur:

Le résultat correspondant à cet
échantillon de sang