

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

- 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

Déclaration de Maladie

N° W21-626293

6996 CA



Mutuelle de Prévoyance
& d'Action Sociales
de Royal Air Maroc

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 12728 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MECZARI MOHAMED

Date de naissance : 15/08/1987

Adresse :

Tél. : 066 109 8882 Total des frais engagés : 687,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Said MARRAKCHI BENJAAFAR

PEDIATRE
4, Résidence Al Houria App. 1
Av. Abou Obeida Ibnou Al Jarrah - PE
05 22 20 45 45 (LG) 06 61 18 62 97

17 AVR. 2021

MECZARI Mohamed 18 mois

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Vaccination, RSV

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 : RAM Le : 17 AVR. 2021

Signature de l'adhérent(e) : MECZARI Mohamed

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W21-626293

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 : 12728

Nom de l'adhérent(e) : MECZARI

Total des frais engagés : 687,90

Date de dépôt :

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 honoraires
17 AVR 2021	5	1.000	250DH	141097765 Dr Said MARRAKCHI BENSAID FAR PEDIATRE Résidence Al Bourya Apt. 1 Cheida Benou Al Jarrah - FES 06 61 18 62 97

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
TE. PHARMACIE TALOV SARL AU دكتور طالوب شارع 84 تجزءة دالية الشخصي قابس NIP:142064864 - 0535 726 216	17/04/2022	437,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

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 canalaires, 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"/>
O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			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"/>
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B			
	[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

Dr. Saïd MARRAKCHI BENJAAFAR

Pédiatre

Diplômé de la Faculté de médecine Paris V
Ancien pédiatre des Hôpitaux de Paris et Banlieue

4, Résidence Al Houriya, appt 1,
AV. Abou Obeida Ibnou AL Jarrah - Fès

Tél/Fax : 05.35.94.21.59
GSM : 06 61.18.62.97 / 06 62 23 25 09
النقال :
INPE : 141097766

E-mail : saidmarrakchibenjaafar@gmail.com البريد الإلكتروني:

Fès le 17 AVR. 2021 فاس في

MEGZARI Rogene

139120
- Prolia ملعي

74180
- Engeru 3 (0.5)

13100
- Sterozyl 15

- Sulfone une instillation nasale x 31

- Supradol 100

99,00 un supp x 21
- Bepanthen une application x 21

الدكتور سعيد مراكشي بنجعفر
اختصاصي في طب الأطفال

خريج كلية الطب بباريز
طبيب الأطفال سابقاً لمستشفيات باريز وضاحيتها

إقامة الحرية، عمارة 4، شقة 1،
شارع أبو عبيدة بن الجراح - فاس

الهاتف والفاكس:

النقال :

البريد الإلكتروني:

STÉ. PHARMACIE PAVILLON CARLAU
العنوان: عمارة 84 تجربة دليلي اختصاصي فاس
INPE: 142064864 - 0535 726 216

an edge.

9,70

digoxin

۱۵۲

3
-139

A photograph of the Doliprane 150 mg Paracetamol 10 Suppositoires product packaging. The box is white with blue text and features a barcode. The text on the box includes 'Doliprane® 150 mg', 'PARACETAMOL', '10 SUPPOSITOIRES', and a circular logo with a stylized 'D'.

22, 50

Said MARRAKCHI BENJAAFAR
PEDIATRE
Sidence Al Hourya Appt
Leida Ibnou Al Jarra
21 59 - 06 61

79,00

Sommet

font 3

437120

10

for the

for a time)
so far as

Dr Said MARRAKCHI BENJAAFAR
PEDIATRE
4, Résidence AL HOUT
Av. Abou Obeida
05 35 22 00 00

بېپانಥېن

مۇرمۇم

بىلەپ، يەھىمى وىيەلەج
إحصار أرداد الرضيع



دەسبانۋەن

5%

BAYER
B
A
E
R
100
غ

B N : 2003538
M X P : 03-2023
P P C : 99,00 D H

Bepanthen[®]

Dexpanthénol 5%

100g



Apaise, protège et répare
les fesses rouges de bébé



Propriétés:
Bepanthen[®] apaise, protège et répare la peau fragile de votre bébé.
A utiliser en soin et/ou en prévention dès l'apparition des rougeurs des fesses.

Conseils d'utilisation:
Voie cutanée - Appliquer en couche épaisse après chaque change en massant légèrement sur des fesses nettoyées et séchées délicatement. A conserver à une température ne dépassant pas 25°C. Tenir hors de la portée des enfants.

Ingédients :

Dexpanthénol: 5%Excipients q.s.p. 100g.
Grasse de laine, eau purifiée, Paraffine liquide, Vaseline, Protegin X[®], huile d'amande, cire d'abeille blanche, alcool cétylelique, alcool stéarylique.

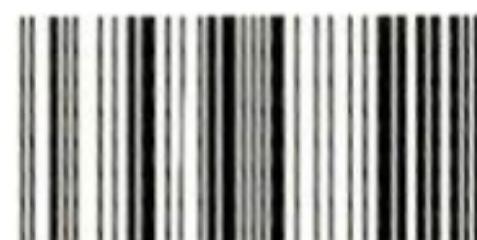
SOMNEX®

Gouttes buvables pour Nourrissons et Enfants



SOMMEIL ET DÉTENTE

MEDIPRO
PHARMA



8 032578 477511

Lot:

À consommer de préférence avant le:

200506

09/2023

PPC: 79.00 DH

Engerix™-B 10

Junior dose / Dose enfant /
Dosis pediátrica

Inj./Inyec. : I.M.

1 dose/dosis (0,5 ml) contains/contient/contiene:
HBsAg 10 µg

Protect from light
Do not freeze
Shake before use

Protéger de la lumière
Ne pas congeler
Agiter avant emploi

Proteger de la luz
No congelar
Agitar antes de usar

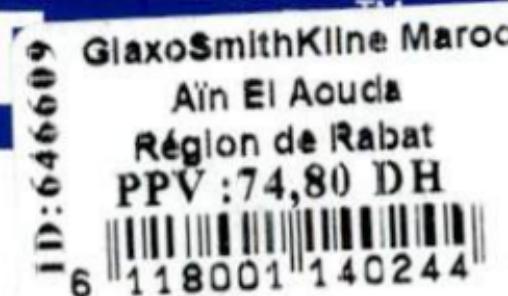
Storage/Cons.: 2°C - 8°C



Suspension for injection ;
intramuscular use
Suspension injectable ;
voie intramusculaire
Suspensión inyectable ;
vía intramuscular

LOT/MFD/EXP:

04-2023
05-2020
AHV950A1



10

nt /



1 dose/dosis (0,5 ml)

Prefilled syringe (1 dose) + 1 needle
Seringue préremplie (1 dose) + 1 aiguille
Jeringa precargada (1 dosis) + 1 aguja

rDNA hepatitis B vaccine
Vaccin contre l'hépatite B ADNr
Vacuna antihepatitis B ADNr

ستروجيال

أرغوكالسيفيرول (فيتامين د2)



15 نهـ 600 000 و.د/1 مل

1 أمبولة من فضة 1,5 مل

محلول للحقن غير العضلة في أمبولة

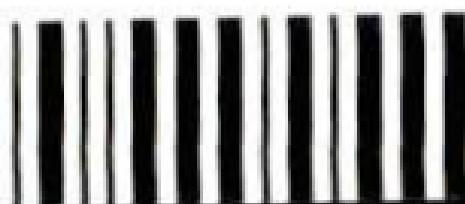
غير مخصص للتصدير
Not for export/Non destiné à l'exportation

سوطنما
Sotnama

מספר: ٢٩٢٣٢٥
מספר: ٢١٥٠٠٥٥٢٤

Sterogyl® 15 "H"
600 000 UI/1,5 ml
Ergocalciférol
(vitamine D2)

1 ampoule de 1,5 ml



Priorix™

Measles, mumps and rubella vaccine

Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole

Vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola

Powder and solvent for solution for injection

Poudre et solvant pour solution injectable

Polvo y solvente para solución inyectable

Subcutaneous use or intramuscular use

Voie sous-cutanée ou voie intramusculaire

Vía subcutánea o vía intramuscular



1 dose/dosis (0.5 ml)

1 vial with powder + 1 pre-filled syringe
with solvent + 2 needles

1 flacon avec poudre + 1 seringue pré-remplie
avec solvant + 2 aiguilles

1 vial con polvo + 1 jeringa prellenada
con solvente + 2 agujas

1 dose/dosis (0.5 ml)

Priorix™

Priorix is a trade mark of the GSK group of companies

©2017 GSK group of companies