

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.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-676889

ND: 98416

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0870 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : Ben Sedla Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / Med.

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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° W21-676889

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 :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes, d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
REVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

actes répétés en plusieurs séances ou actes

obaux comportant un ou plusieurs échelonnées

ans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord.

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade.



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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX / 05 22 91 26 52
TELEX / 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS MU 007271

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BEN BEDDA MOHAMED
Matricule : 06850 Fonction : TEAM LEADER Poste : 9200
Adresse : HABITUELLE
Tél. : 066811 8451 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BEN BEDDA MOHAMED Age 28 | 04 | 67
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 30/08/2021
Nature de la maladie : 32000 pneumopathie
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A 17 AOÛT 2021 le 17 / 08 / 2021
Durée d'utilisation 3 mois

Docteur O. LARAQUI HOSSINI
Signature et cachet du médecin
Enfant et Adultes
Maladies Respiratoires Allergiques
Maladies du Sommeil

VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 007271

Matricule N° : 06850
Nom du patient : BEN BEDDA MOHAMED
Date de dépôt : 15/08/2021
Montant engagé : 955,20 DH
Nombre de pièces jointes : 1




MUPRAS

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
17.08.2021	C2		300 SH	Docteur O. LARAQUESSINI Enfants et Adultes Maladies Respiratoires Allergiques Maladies du Sommeil

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17.08.2021	296,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17.08.2021	R9 Dentomax B. 1/100	200 SH 159,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
		A M P C I M I V	

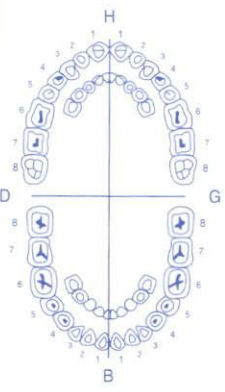
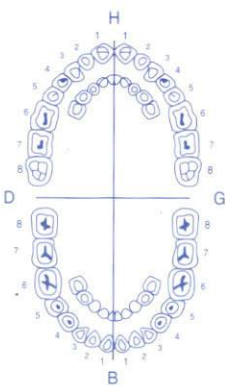
VOLET ADHERENT

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des Travaux
				Montant des Soins
				Debut d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412	21433552		Coefficient des Travaux
	00000000	00000000		Montant des Soins
	00000000	00000000		DATE DU DEVIS
	35533411	11433553		DATE DE L'EXECUTION
	(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

Cabinet d'Exploration Respiratoire, d'Allergologie et du Ronflement

Enfants et Adultes

للکبار والصغار

Docteur O.H.LARAQUI

Maladies Allergiques respiratoires (Asthme)

Ronflement et Apnées du Sommeil

DU Tuberculose, DU Handicap Respiratoire

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Membre de la Société de Pneumologie de Langue Française

Membre de la Société Française d'Allergologie

الدكتور عمر العراقي

الامراض التنفسية والحساسية

الشخير وانقطاع التنفس خلال النوم

داء السل، إعاقة الجهاز التنفسي

خريج كلية الطب بباريس

M. Mohamed BENBEDDA

1-Zinaskine

1 comprimé par jour pendant 10 jours

2- Vitamine C 1000 effervescent

1 comprimé par jour pendant 10 jours

3- Azix 500 mg ou AZ 500 mg

1 comprimé par jour pendant 6 jours

4- Cardioaspirine 100

1 comprimé par jour pendant 30 jours

5- Vit D3 bon 200 000

1 seule ampoule à boire

6-Oedes 20 mg

1 gelule par jour le soir

7-Argo

1 cuillère à soupe matin, midi et soir

8-Acta levure

1 gelule matin et soir

9- Doliprane 1 g

1 comprimé matin, midi et soir si besoin

- DAZEN

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



LOT N°: 8287
UT-AV : 03-24
PPV : 30DHS0

LOT: 2100-11
DLUD: 01/2024
69.00 DH



Docteur O. LARAQUI HOSSINI
Enfants et Adultes
Maladies Respiratoires Allergiques
Maladies du Sommeil

778, Bd. Bd El Qods 4ème étage - Casablanca - Tél. 05-22-48-26-86 / 06-67-02-45-40

Facebook : Centre des Maladies du sommeil

Site web: www.cmsmaroc.com

Composition :

Azithromycine (DCI) 500 mg
Excipient q.s.p 1 comprimé
Excipient à effet notoire : lactose.
Boîte de 3 comprimés contenant 1,5 g d'azithromycine.

 مختبرات جالينيكا - الدار البيضاء - المغرب
Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

AMM N° : 149DMP/21/NRQ

AZ[®] 500 mg

Azithromycine
Boîte de 3 comprimés

P.P.V. : 60,00 DH


6 118000 190097

علبة من 3 أقراص
عن طريق الفم

أزيتروميسين

500 ملغ



أزيد

Lot: J230?
Per: 07/24


جالينيكا

مخصص للبالغ والطفل ما فوق 15 سنة.
الجرعات - دواعي الإستعمال - موانع الإستعمال - كيفية الإستعمال،
أنظر النشرة

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 15 ANS.
POSOLOGIE - INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS -
MODE D'EMPLOI : Voir notice

يحفظ الأنبوب مغلقا بمعزل عن الحرارة والرطوبة.
Tube à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et
de l'humidité.

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Vita C 1000®

10 Comprimés effervescents



AMM N° 03 DMP/21

البراق

فيتا 1000®

(فيتامين س)
10 أقراص فائرة



Vita C10 00®

PPV 15DH 30
EXP 05/2024
LOT 1102 517

Cabinet d'Exploration Respiratoire, d'Allergologie et du Ronflement

Docteur O.H. LARAQUI

Maladies Allergiques Respiratoires

Ronflement et Apnées du Sommeil

DU Tuberculose, DU Handicap Respiratoire

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Membre de la société de Pneumologie de Langue Française

Membre de la société Française d' Allergologie

Casablanca, le

17 AOÛT 2021

M. Mohamed
BEN BEDDA

RECU ET COMPTE RENDU

Rx poumon de face : accentuation de la trame bronchique

Rx poumon Z_{12} = 200 DHS
(Deux cents dirhams)

Docteur O. LARAQUI HOSSINI
Enfants et Adultes
Maladies Respiratoires Allergiques
Maladies du Sommeil

778, Bd El Qods 4^{ème} étage, Casablanca- Tél: 05-22-48-26-86

**Cabinet d'Exploration Respiratoire,
d'Allergologie et du Ronflement**

Docteur O.H. LARAQUI

Maladies Allergiques Respiratoires

Ronflement et Apnées du Sommeil

DU Tuberculose, DU Handicap Respiratoire

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Membre de la société de Pneumologie de Langue Française

Membre de la société Française d' Allergologie

Casablanca, le

21 AOÛT 2021

M. NOBAMED

BENBEOUA

9 CRP

Docteur O. LARAQUI HOSSINI
Enfants et Adultes
Maladies Respiratoires Allergiques
Maladies du Sommeil

**LABORATOIRE ANALYSES
MEDICALES MANDARONA**

679, Bd Al Qods 20460 - Casablanca

Tél. : 05 22 52 83 88

Fax : 05 22 21 92 41

778, Bd El Qods 4^{ème} étage, Casablanca- Tél: 05-22-48-26-86



مختبر منظرنا للتحاليل الطبية
LABORATOIRE MANDARONA
D'ANALYSES MEDICALES

Dr Yahya BENGHALEM

Pharmacien Biologiste
Lauréat de la faculté de Pharmacie de
Montpellier

Dr Abderrahmane BOUMZEBRA

Pharmacien Biologiste
Diplômé des facultés de Médecine et de Pharmacie de
Toulouse et Montpellier

Biochimie - Hématologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Toxicologie

Casablanca le 27 août 2021

Monsieur BENBEDDA MOHAMED

FACTURE N°	150009		
Analyses :			
Protéine C réactive -----	B	100	Total : B 100
Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER			159,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent Cinquante Neuf Dirhams

LABORATOIRE ANALYSES
MEDICALES MANDARONA
679, Bd El Qods 20460 Casablanca
Tél. : 05 22 52 83 88
Fax : 05 22 21 92 41

679, Bd El Qods 20460 Ain Chock - Casablanca - Tél. : 0522 52 83 88 / 0522 87 22 82

Fax : 0522 21 92 41 - E-mail : labo_mandarona@yahoo.fr

CNSS : 8521090 - IF : 40213596 - Patente : 37980291 - ICE : 001634915000055 - IPN : 093060663

BMCE AL QODS : 0117940000 3121000 0144347

Mohamed BENBEDDA

LE 20 DECEMBRE 2021

MLE 6850

A Monsieur le Président de la MUPRAS.

OBJET : Demande dérogatoire de remboursement.

Monsieur,

Je viens par la présente lettre vous demander de bien vouloir donner votre accord pour le remboursement de mes dossiers de mutuelle déposés hors délai suite à des problèmes de santé.

Je tiens à vous informer que c'était un cas de forces majeurs, dû au fait que tous les membres de la famille étaient positifs au COVID-19 suivi par une série d'analyse et une période de convalescence qui a pris du temps avant rétablissement.

Dans l'attente d'une réponse favorable, veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mon profond respect.

Mohamed BENBEDDA



Handwritten notes in the bottom left corner, including the date 19/12/21 and other illegible scribbles.

Handwritten notes at the bottom center, including the date 19/12/21 and other illegible scribbles.

Pôle A & Solidarité

Demande de Dérogation 2021

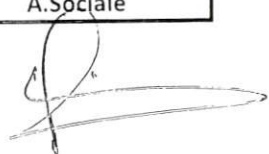
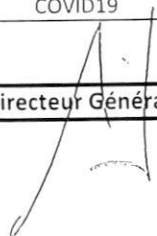
Nom et Prénom	Matricule	Nature Maladie	Statut Adhérent	Frais engagés	Date	Type de Demande
BENBEDDA MOHAMED	6850	COVID19	Retraité	2 356,50	30/12/2021	Demande Dérogation pour 3 Dossiers Hors délai

A.Sociale

Directeur Général

Trésorier

Président





مختبر منظرنا للتحاليل الطبية

LABORATOIRE MANDARONA
D'ANALYSES MEDICALES

Page : 1/1

Dr Yahya BENGHALEM

Pharmacien Biologiste
Lauréat de la faculté de Pharmacie de
Montpellier

Dr Abderrahmane BOUMZEBRA

Pharmacien Biologiste
Diplômé des facultés de Médecine et de Pharmacie de
Toulouse et Montpellier

Biochimie - Hématologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Toxicologie

Dossier ouvert le : 27/08/21
Prélèvement effectué à 16:17
Edition du : 27/08/21

Monsieur BENBEDDA MOHAMED
Professeur O.H. LARAQUI
Réf. : 21H943

Compte Rendu d'Analyses

PROTEINES SPECIFIQUES

(COBAS ROCHE C-311)

		Normales	Antériorités
Protéine C réactive us -----:	20 * mg/l	< 6	<u>24/08/21</u> 128

LABORATOIRE ANALYSES
MEDICALES MANDARONA
MEDICAL ANALYSES
679, Bd Al Qods 20460 Ain Chock - Casablanca
Tél : 05 22 52 83 88
Fax : 05 22 21 92 41

679, Bd El Qods 20460 Ain Chock - Casablanca - Tél. : 0522 52 83 88 / 0522 87 22 82

Fax : 0522 21 92 41 - E-mail : labo_mandarona@yahoo.fr

CNSS : 8521090 - IF : 40213596 - Patente : 37980291 - ICE : 001634915000055 - IPN : 093060663

BMCE AL QODS : 0117940000 3121000 0144347