

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 - Tel : 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° W21-676887

ND: 98415

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 68 no Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ben Berda No Ramet

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° W21-676887

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 :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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

SEJOUR EN MAISON DE REPOS
LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
actes répétés en plusieurs séances ou actes
opérations comportant un ou plusieurs échelonnées
dans 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 se présenter 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 007270

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BEN BEDDA Mohamed
Matricule : 06850 Fonction : Team LEADER Poste : 9200
Adresse : HABITUELLE
Tél. : 0668118451 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BEN BEDDA Mohamed Age : 28 | 0 | 4 | 67
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 30/08/2021
Nature de la maladie : 3ème Enfants & Adultes Maladies Respiratoires Allergiques
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances : pas de pneumo-pneumonie
A le / /
Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin

VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 007270

Matricule N° : 06850
Nom du patient : BEN BEDDA Mohamed
Date de dépôt : 11/01/2021
Montant engagé : 1101,10 Bdt.
Nombre de pièces jointes :



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 AOUT 2021	S		300 DH	
27 AOUT 2021	S		gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24 AOUT 2021	Rx	200 DH
	24/08/21	212	601,20 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

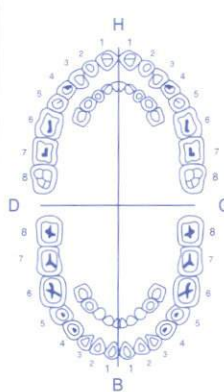
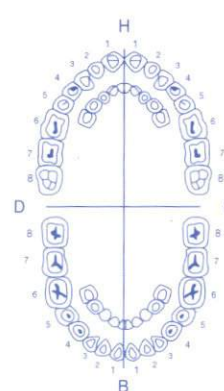
VOLET ADHERENT

* 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'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
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

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

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

M.

Mohamed

BENBEN

- D-DIMERS

- NFS

- CRP

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

Fax : 05 22 21 92 41
Tel : 05 22 52 83 88

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICAL MANDARINA
679, Bd Al Oudjoudj - Casablanca
Tel : 05 22 52 83 88
Fax : 05 22 21 92 41

778, Bd El Qods 4^{ème} étage, Casablanca- Tel: 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

24 AOÛT 2021

M. Mohamed

35203500A

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

27 AOUT 2021

M. Mohamed

BENBENJIA

9 D-DIMEIE

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

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

24 AOÛT 2021

M. Mohaüed BENBEDDA

1 – Vitanevril fort

1 comprimé matin et soir pendant 10 jours

2– Cortancyl 20 mg

3 comprimés par jour en une seule prise après le repas de midi pendant 5 jours puis arrêt

3-Extramag

1 comprimé par jour le matin pendant 1 mois

Régime pauvre en sel et en sucre pendant la cure de Cortancyl

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





مختبر منظرونا 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 24 août 2021

Monsieur BENBEDDA MOHAMED

FACTURE N°	149708
------------	--------

Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	80	
D DIMERES -----	B	250	
Protéine C réactive -----	B	100	Total : B 430

Prélèvements :

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

TOTAL DOSSIER	601,20 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Six Cent Un Dirhams et Vingt Centimes

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



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 : 24/08/21
Prélèvement effectué à 09:51
Edition du : 24/08/21

Monsieur BENBEDDA MOHAMED
Professeur O.H. LARAQUI
Réf. : 21H642

Compte Rendu d'Analyses

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(SYSMEX XS-1000i)

			Normales (Homme Adulte)	Antériorités 11/10/18
GLOBULES ROUGES				
Hématies -----:	5,38	M/mm ³	4,5 - 5,55	5,08
Hémoglobine -----:	15,9	g/100 ml	14 - 17	14,9
Hématocrite -----:	47	%	40 - 50	45
- V.G.M. -----:	87	μ ³	80 - 95	
- T.C.M.H. -----:	30	pg	28 - 32	
- C.C.M.H. -----:	34	g/100 ml	30 - 35	

GLOBULES BLANCS

Numération des leucocytes -----:	6 880	/mm ³	4000 - 10000	6080
Formule leucocytaire				
Polynucléaires Neutrophiles -----:	62,9	%	50 - 70	
Soit :	4 328	/mm ³	2000 - 7500	
Polynucléaires Eosinophiles -----:	1,1	%	1 - 3	
Soit :	76	/mm ³	40 - 300	
Polynucléaires Basophiles -----:	0,0	%	< 1	
Soit :	0	/mm ³	< 100	
Lymphocytes -----:	32,1	%	20 - 40	
Soit :	2 208	/mm ³	1500 - 4000	
Monocytes -----:	3,9	%	1 - 14	
Soit :	268	/mm ³	40 - 1000	

PLAQUETTES

Résultat -----:	160 000	/mm ³	150000 - 400000	203000
-----------------	---------	------------------	-----------------	--------



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 : 24/08/21
Prélèvement effectué à 09:51
Edition du : 24/08/21

Monsieur BENBEDDA MOHAMED
Professeur O.H. LARAQUI
Réf. : 21H642

Compte Rendu d'Analyses

HEMOSTASE

		Normales	Antériorités
D-DIMERES -----:	0,27 µg/ml	< 0,5	
<i>Tech Immuno-turbidimétrique</i>			
<i>Liatest D-D1 Plus Stago</i>			
<i>Satellite.</i>			

PROTEINES SPECIFIQUES

(COBAS ROCHE C-311)

Protéine C réactive us -----:	128 * mg/l	< 6
-------------------------------	------------	-----

LABORATOIRE ANALYSES
MEDICALES MANDARONA
679, Bd El Qods 20460 - Casablanca
Tél.: 05 22 51 83 88
Fax: 05 22 21 92 41

Pôle A & Solidarité

Demande de Dérogation 2021

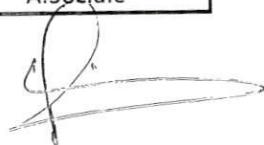
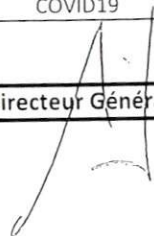
Nom et Prénom	Matricule	Nature Maladie	Statut Adhérent	Frais engagés	Date	Type de Demande
BENBEDDA MOHAMED	6850	COVID19	Retraité	2 356,50	30/12/2021	Demande Dérogation pour 3 Dossiers Hors délai

A.Sociale

Directeur Général

Trésorier

Président



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:
20/12/21
21/12/21

Handwritten notes:
ok Date 12/12/21

PREDNI® 20

Cooper — Prednisolone

20 mg

Voie orale
Oral route

Comprimés
effervescent
sécables / Scored
effervescent tablets

20 x



COOPER
PHARMA

41, Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc / Morocco
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI
41, زقة محمد المهوري 20110 الدار البيضاء المغرب
صميلي صبيول : أمينة الداودي

Formule / Formula:

Prednisolone.....20mg
(sous forme de métasulfobenzoate sodique de
prednisolone / as prednisolone sodium
metasulfobenzoate 31,44 mg)

Excipients q.s.p. 1 comprimé effervescent
sécable / s.q.f. 1 scored effervescent tablet.

Excipients à effet notoire / Excipients with
known effect : lactose, sorbitol, sodium.

التركيبية
بريدنيزولون.....20 ملغ
أعلى شكل بريدنيزولون ميتاسلفوبنزوات الصوديوم
31,44 ملغ

السواغات ك.ك.ل قرص فوار قابل للكسر
سواغات ذات تأثير معروف: لاکتون، سوربيتول، صوديوم.



CE MEDICAMENT + GROSSESSE = DANGER

THIS MEDICINE + PREGNANCY = DANGER

هذا الدواء + الحمل = خطر

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse qu'en cas
de nécessité.

This medicine will only be used during pregnancy if
necessary.

لا يستعمل هذا الدواء خلال فترة الحمل إلا عند الضرورة.

بريدني 20

كوبر — بريدنيزولون



20 ملغ

عن طريق الفم

20 x



قرصا
فوارا
قابلا للكسر

PREDNI® 20mg

20 comprimés effervescent secs



6 118000 081753

