

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 canalaire, 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 canalaire.

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 : adhésion@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.

N° W21-676887

ND: 98415

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6810 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : BenBenda Nourane

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Med. Age :

Lui-même Conjoint Enfant

Lien de parenté :

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 ADHÉRENT

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 :

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 courant 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 kinésithérapeute
- 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

1 JOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- 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 évenir 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 : Ben Bedda

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Ben BEDDA Mohamed Date de naissance : 28/10/1967
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Parent(s) Adultes Enfants Conjoint

Date de la première visite du médecin : 30/06/2021

Nature de la maladie : Maladie Respiratoire

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A , le / / Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin
Docteur O. LARQUI HOSSINI
Enfants et Adultes
Maladies Respiratoires Allergiques
Maladies du Sommeil
Maladies du Sommeil

VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 007270

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

MUPRAS

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Docteur [Signature] et Signature du Médecin assistant [Signature] PAIEMENT DES ACTES
4 AOUT 2021	Ca		300 DH	Maladies Respiratoires et Aiguës
4 AOUT 2021	Ca		gratuit	Maladies du Sang

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Docteur O. IARAQUINA Enfants et Adultes Maladies Respiratoires Allergiques Maladies du Sommeil	AOUT 2021	Rx Passeion 2-2 2-2	200 DH 601.20 DH.

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Cache 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 can ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

'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

4 AOUT 2021

M. Mohamed

35EN3E:00A

- S-G-IMENS

- NFS

- C.R.P.

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

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

679, Bd Al Qods 20460 - Casablanca
Tel: 05-22-52-83-88
Fax: 05-22-21-92-41

LABORATOIRE MEDICAL
MANAGEMENT
ALLERGIES

'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

350 3500A

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

BENBENDA

9 D-Diméne

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

Enfants et Adultes

للكبار 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 التنفسى

خريج كلية الطب بباريس

24 AOUT 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 للتحاليلات الطبية
LABORATOIRE MANDARONA
D'ANALYSES MEDICALES

Dr Yahya BENGHALEM

Pharmacien Biogiste

Lauréat de la faculté de Pharmacie de
Montpellier

Dr Abderrahmane BOUMZEBRA

Pharmacien Biogiste

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

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
Tél. : 0522 52 83 88
679, Bd El Qods 20460 - Casablanca
MEDICALS MANDARONA
LABORATOIRE ANALYSES

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)

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
-----------------	---------	------------------	-----------------	--------

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



مختبر منظرونا للتحاليل الطبية
LABORATOIRE MANDARONA
D'ANALYSES MEDICALES

Dr Yahya BENGHALEM

Pharmacien Biologiste

Lauréat de la faculté de Pharmacie de
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

Dr Abderrahmane BOUMZEBRA

Pharmacien Biologiste

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

Monsieur BENBEDDA MOHAMED

Professeur O.H. LARAQUI

Réf. : 21H642

Compte Rendu d'Analyses

HEMOSTASE

	Normales	Antériorités
--	----------	--------------

D-DIMERES -----: 0,27 µg/ml < 0,5

Tech Immuno-turbidimétrique
Liatest D-D1 Plus Stago
Satellite.

PROTEINES SPECIFIQUES

(COBAS ROCHE C-311)

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

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES MANDARONA
679, Bd Al 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

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

MLE 6850

LE 20 DECEMBRE 2021

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



de Date Date Année

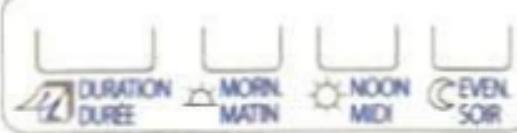
PREDNI[®] 20

Cooper — Prednisolone

20 mg
Voie orale
Oral/route

Comprimés
effervescents
sécables / Scored
effervescent tablets

20 x



 COOPER
PHARMA

41, Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc / Morocco
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI
41, رنقة محمد الديوري 20110 الدار البيضاء المغرب
صيامي مسؤول : أمينة الداودي

Formule / Formula:

Prednisolone 20mg
(sous forme de métasulfobenozoate sodique de
prednisolone / as prednisolone sodium
metasulfobenozoate 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.

التركيبة
بريدنيلون
أعلم شكل بريندنيلون ميتاسيلفونات الصوديوم
31,44 ملعا

السواغات ك.ك.ل. قرص قوار قابل للكسر
سواغات ذات تأثير معروف: لاكتون سوربيتول، صوديوم.

بريدن[®] 20
كوير — بريندنيلون

20 x

أقراص
فوار
قابل للكسر

20 ملعا

من طریق الفم

PREDNI[®] 20mg

20 comprimés effervescents sécables



CE MEDICAMENT + GROSSESSE = DANGER
THIS MEDICINE + PREGNANCY = DANGER
هذا الدواء + الحفظ = خطير

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

This medicine will only be used during pregnancy if
necessary.

لا ينصح هذا الدواء خلال فترة الحمل إلا عند الحاجة.

