

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° W19-564718

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7063 Société : RAN ND 913
136

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : KARIANI SOVAD

Date de naissance : 28-10-1960

Adresse : 4 me Henri Nassim Apt 3 VAL Henri
Casablanca

Tél. : 0661066766 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/10/22

Nom et prénom du malade : KARIANI SOVAD Age : 56

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

Nature de la maladie : Diabète sucré

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, le déclarant s'engage à ne pas divulguer 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 : Casablanca
Signature de l'adhérent(e) : Karim



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
12/10/22			300,11	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13.10.22	8700	963,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
Q.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433553 00000000 G </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> B 00000000 35533411 </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W19-564718

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **7063** Société : **RAN**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **KARIM SOVAD**

Date de naissance : **28-10-1960**

Adresse : **Mme Henri Néam Apt 3 Val Henri Casablanca**

Tél. : **0661066766** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **12-12-2012**

Nom et prénom du malade : **KARIM SOVAD**

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

Nature de la maladie : **Diabète**

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 : **Casablanca** Le : **1/1/2013**

Signature de l'adhérent(e) : **Karim**

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-564718

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).

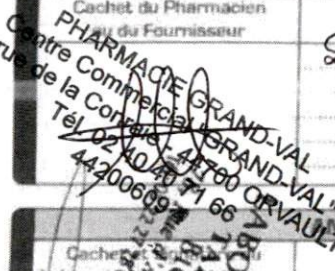
Matricule : **7063**

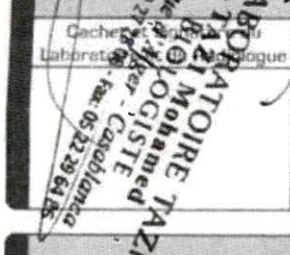
Nom de l'adhérent(e) : **Karim**

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
12/10/22			309,11	

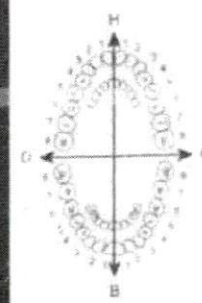

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/10/22	37,80€

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet du Laboratoire	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13.10.22	8700	963,00

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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Le praticien est prié de préciser le dent traité, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins importants : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement caréaires, ainsi que le bilan de l'ODI				
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. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 19993412 00000000 00000000 20503411 </div> <div> 21433052 00000000 00000000 11433053 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, rénovatrice et profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		



ORDONNANCE

Casablanca, le :

12/10/2022

جراحة المسالك البولية التناسلية

UROLOGIE

endo-urologie العلاج المنظاري
lithotritie تفتيت الحصى

الجراحة العامة والمنظارية

CHIRURGIE GENERALE
COELIO-CHIRURGIE

جراحة الأطفال

CHIRURGIE PEDIATRIQUE

جراحة النساء

CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

الإنعاش وجميع
الإختصاصات الطبيةREANIMATION ET TOUTES
SPECIALITES MEDICALES

مركز تفتيت الحصى

CENTRE DE LITHOTRIPSIE
EXTRACORPORELLE

مركز الفحص بالأشعة

CENTRE DE RADIOLOGIE

SCANNER

RADIOLOGIE STANDARD

Karami Fouad

1/ PTH subacte

2/ Vit D (25 OH D3)

LABORATOIRE TAZI
TAZI Mohamed
BIOLOGISTE
78, Rue d'Alger - Casablanca
Tél: 05 22 27 28 08 - Fax: 05 22 29 64 86

PH. RAMDANI BENYOUNES
Néphrologie - Dialyse
Transplantation Renale
Clinique La Source
NP: 09 10 31 898

SN: 59210607352449
LOT/BATCH: 384321
FAB/MFG: 06/2022
EXP: 06/2025



Fosf
Gr
el
G
F
Fo

SN: 94810103895261
LOT/BATCH: 384321
FAB/MFG: 06/2022
EXP: 06/2025



SN: 44513753061652
LOT/BATCH: 384321
FAB/MFG: 06/2022
EXP: 06/2025



Voie o
Oral ro
1 sach

Voie o
Oral ro
1 sach

Gr
en
Gr

Gr
en
Gr

LOT/BATCH: 384321
FAB/MFG: 06/2022
EXP: 06/2025

SN: 95716292692340
LOT/BATCH: 384321
FAB/MFG: 06/2022
EXP: 06/2025



SN: 11412372902765
LOT/BATCH: 381073
FAB/MFG: 11/2021
EXP: 11/2024





ORDONNANCE

Casablanca, le

12/10/2012

جراحة المسالك البولية التناسلية

UROLOGIE

endo-urologie العلاج المنظري
lithotritie تفتيت الحصى

الجراحة العامة والانتظارية

CHIRURGIE GENERALE
COELIO-CHIRURGIE

جراحة الأطفال

CHIRURGIE PEDIATRIQUE

جراحة النساء

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

الإنعاش وجميع
الإختصاصات الطبية

REANIMATION ET TOUTES
SPECIALITES MEDICALES

مركز تفتيت الحصى

CENTRE DE LITHOTRIPSIE
EXTRACORPORELLE

مركز الفحص بالأشعة

CENTRE DE RADIOLOGIE

SCANNER

RADIOLOGIE STANDARD

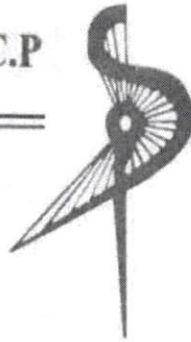
10 = Karim
1/ Noureddine 3fr Souad

15/ Lina

10 = 6

Dr. RANDANI BENYOUNES
Néphrologie - Dialyse
Transplantation Rénale
Clinique La Source
INP : 05 22 20 13 99

CLINIQUE LA SOURCE - S.C.P



مصحة المنبع

ORDONNANCE

Casablanca, le 12/10/2012

جراحة المسالك البولية التناسلية

UROLOGIE

endo-urologie العلاج المنطاري
lithotritie تفتيت الحصى

الجراحة العامة والمنظارية

CHIRURGIE GENERALE
COELIO-CHIRURGIE

جراحة الأطفال

CHIRURGIE PEDIATRIQUE

جراحة النساء

CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

الإنعاش وجميع
الإختصاصات الطبية

REANIMATION ET TOUTES
SPECIALITES MEDICALES

مركز تفتيت الحصى

CENTRE DE LITHOTRIPSIE
EXTRACORPORELLE

مركز الفحص بالأشعة

CENTRE DE RADIOLOGIE

SCANNER

RADIOLOGIE STANDARD

MONTANT TOTAL : 37.00
MONTANT AMC : 0.00
MONTANT ASSURE : 37.00
MONTANT AMO : 0.00

14, Rue Taki Eddine Quartier des Hôpitaux Casablanca - البيضاء

Tél : 05 22 20 14 40 / 41-Fax : 05 22 20 13 89 - www.cliniquelasource.ma - E-mail: (Administration) : contact@cliniquelasource.ma - E-mail: (Médical) : info@cliniquelasource.ma

RDV de Consultation Urologie 1er Etage - Tél : 05 22 20 14 42 / 43

SC.P. LE 1415714 - C.N.S.S. 9428120 - P. 36335867

PHARMACIE GRAND VAL
Centre Cial Grand Val
44700 ORVAULT
442006094
Tél : 02440407166
INSEE:
19 bd mendes France
Malaide: KRIANI SOUAD
Code Op: 7
Medecin: MEDICINS DU MONDE
Date Ord.:
12/10/2022
Date Fact.:
20/10/2022
Fact. Num.:
115727



TAZI MOHAMED

مختبر التازي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

NF EN ISO 9001:2008

ASCL

CERTIFICAT MA-2015-XIV.

QUALITATAM

www.ascl-qualitatem.fr

TAZI KARIM

PHARMACIENS BIOLOGISTES - DIPLOMES D'ETUDES SPECIALES DE BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE,
HEMATOLOGIE, BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

Docteur BENYOUNES RAMDANI

Rue des Hopitaux, CHU Ibn Rochd

Nephrologie, Hemodialyse

CASABLANCA

Examen du 13/10/22 - Edité le 13/10/22

Madame KARIANI SOUAD

Réf. : 22J497

Page : 1/1

ANALYSES

RESULTATS

UNITES

NORMALES ANTECEDENTS

BIOCHIMIE (AUTOMATE ROCHE COBAS 6000)

VITAMINE D2/ D3 (25 Hydroxy-vitamine D)-----

35,5 µg/l

20/02/2020

11,4

Valeurs usuelles

Valeurs souhaitables: 30-80

Insuffisance: 10-30

Déficience: <10

HORMONOLOGIE (CHIMILUMINESCENCE COBAS 6000)

PTH Intacte 1-84 -----

64,0 pg/ml

15 - 65

مختبر التازي
laboratoire tazi

LABORATOIRE TAZI
TAZI KARIM
BIOLOGISTE
78, Rue d'Alger - Casablanca
Tel: 05 22 27 28 03 - Fax: 05 22 29 64 86

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

78, Rue d'Alger - CASABLANCA

Tél. : 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39 . Fax : 0522 29 64 86

I.F 40 30 32 50

ICE 001656516000089 INPE: 093001246



T P : 35 504 101 - CNSS : 1121946 - R.C. : 187112 01

Casablanca le 13 octobre 2022

Madame KARIANI SOUAD

FACTURE N°	349576
------------	--------

Analyses :

Chimie : VIT D2/D3 (25OH) -----	B	400	Total : B 700
Hormono : Parathormone intacte 1-84 -----	B	300	

Prélèvements :

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

TOTAL DOSSIER

963,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Neuf Cent Soixante Trois Dirhams

LABORATOIRE TAZI
TAZI Mohamed
BIOLOGISTE
78, Rue d'Alger - Casablanca
Tél: 05 22 27 28 08 - Fax: 05 22 29 64 86

CARTE BANCAIRE

A00000000422010
CB

LE 20/10/22 A 18:11:23
PHARMACIE GRAND
44700

ORVAULT

2527669 75098174800015
30002

#####0532

E5BF8A3B50D294A6

001 000007 83 C @

NO AUTO: 316530

MONTANT :

37,80 EUR

DEBIT

TICKET CLIENT

A CONSERVER

-