

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

- 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-564718



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : TO63	Société : RAN <i>ND 01360 B</i>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : KARIANI SOVAD			
Date de naissance : 28-10-1960			
Adresse : Yame Heni Naseem Apt 3 Val Heni Casablanca			
Tél. : 0661066766 Total des frais engagés : 0 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 12/10/2022	Age : 52
Nom et prénom du malade : KARIANI SOVAD	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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** Date : **11 Nov. 2022**
Signature de l'adhérent(e) : **KARIANI SOVAD**



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 Actes
12/10/2022			3000	INFORMATIQUE 1000 Chirologie 1000 Implantation 1000 Squelette 1000 Goutte 1000
				Dr. ZAMANI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

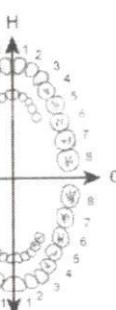
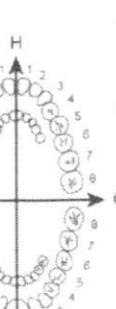
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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"/>																		
		ODF PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 100px;"> <tr><td>H</td><td></td></tr> <tr><td>26533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>G</td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>		H		26533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		G		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																						
26533412	21433552																					
00000000	00000000																					
<hr/>																						
G																						
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
<hr/>																						
B																						
				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



Déclaration de Maladie

N° W19-564718

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : T063	Société : RAN		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : KARIAN SOVAD			
Date de naissance : 28-10-1960			
Adresse : Mme Henri Sovad 373 Val Henri Casablanca			
Tél. : 0661066766	Total des frais engagés		
Dhs			

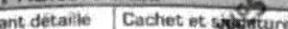
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 12-12-2012			
Nom et prénom du malade : KARIAN SOVAD			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : diphthérienne			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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 : **/ /**

Signature de l'adhérent(e) : **KARIAN SOVAD**

VOLET ADHÉRENT	
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 : T063	
Nom de l'adhérent(e) : KARIAN SOVAD	
Total des frais engagés	
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 Actes
12/10/2022			300,-	 DR BÉATRICE BÉGIN 12/10/2022

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien PHARMACIE GRAND-VAL Centre Commercial GRAND-VAL 1, rue de la Commanderie Tél. 02 30 40 47 00 ORVAL 44 200 60 92	Date 20/10/22	Montant de la Facture 37,80€
<p>Vu avec Mr EL FAKIR cachet pharmacie originale</p>		
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		
Cachet du Pharmacien Laboratoire de Radiologie ATOIRE MOIRE Mohamed Gismed r. Casablanca 10, rue de la Commanderie Tél. 02 30 40 47 00 ORVAL	Date 13/10/22	Désignation des Coefficients P 700
		Montant des Honoraires 963,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		

VOLET ADHERENT



ORDONNANCE

Casablanca, le:

12/10/2022

جراحة المسالك البولية التناسلية

UROLOGIE

endo-urologie العلاج المضاري
lithotritie تفتيت الحصى

الجراحة العامة والمنظارية

CHIRURGIE GENERALE
COELIO-CHIRURGIE

جراحة الأطفال

CHIRURGIE PEDIATRIQUE

جراحة النساء

CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

الإنعاش وجميع
الإخصاصات الطبية

REANIMATION ET TOUTES
SPECIALITES MEDICALES

مركز تفتيت الحصى

CENTRE DE LITHOTRIPSIE
EXTRACORPORELLE

LABORATOIRE TAZI
TAZI Mohamed
BIOLOGISTE

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

مركز الفحص بالأشعة
CENTRE DE RADIOLOGIE

SCANNER

RADIOLOGIE STANDARD

Dr. RAMDANI BEN YOUNES
Nephrologie - Dialyse
Transplantation Renale
Clinique la Source
NRP: 0910 31 898

14، زنقة تقي الدين (برن سابق) حي المستشفيات 20 000 الدار البيضاء -
Tél. : 05 22 20 14 40 / 41-Fax : 05 22 20 13 99 - www.cliniquelasource.ma - E-mail(Administration) : contact@cliniquelasource.ma - E-mail(Médical) : info@cliniquelasource.ma

RDV de Consultation d'Urologie(1er Etage) - Tél.: 05 22 20 14 42 / 43

S.C.P. - I.F.:14415714 - C.N.S.S. :9428120 - T.P. :36335867

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



Fosf
Gra
en
Fo
Fo
Gra
en
Gra
en

EXP: 06/2025
FAB/MFG: 06/2022
LOT/BATCH: 384321
SN: 94810103595261
EXP: 06/2025
FAB/MFG: 06/2022
LOT/BATCH: 384321
SN: 44513753061652
EXP: 06/2025



Viale d
Oral ro
1 sach

LOT/BATCH: 384321
SN: 95716297692340
FAB/MFG: 06/2022
EXP: 06/2025

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



Gra
en
Gra
en
Fo
Fo
Gra
en
Gra
en

Viale d
Oral ro
1 sach



ORDONNANCE

Casablanca, le

12/10/2022

جراحة المسالك البولية التناصيلية

UROLOGIE

endo-urologie العلاج المنظري
lithotritie تفتيت الحصى

جراحة 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

ن = Kartani
N = Monuril 3g
ن = Souad

15/6 Marie

ن = 6

Dr. RAMDANI BEN YOUNES
Nephrologie - Dialyse
Transplantation Rénale
Clinique de la Source
INP : 09.00.31.898

CLINIQUE LA SOURCE - S.C.P

مصححة المطبع



ORDONNANCE

Casablanca, le 12/10/1922

جامعة الملك عبد الله التاسعية

UROLOGIE

endo-urologie الملاج المنظاري
lithotritie تفتيت الحصى

الجراحة العامة والمنظارية CHIRURGIE GENERALE

جراحة الأطفال CHIRURGIE PEDIATRIQUE

جراحة النساء CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

الانعاش وجميع الخصائص الطبية

REANIMATION ET TOUTES SPECIALITES MEDICALES

CENTRE DE LITHOTRIPSIE EXTRACORPORELLE

مركز الفحص بالأشعة

CENTRE DE RADILOGIE

SCANNER
RADIOLOGIE STANDARD

11 Monuril 38 ^{near} Kartani Sosrod

15/Janine

116.

Pr. RAMDANI BENYOUNES
Neurologie - Diabète
Transplantation - Source
INP - 0512131898

RDV de Consultation d'Urologie 1er Etage) - Tel: 05 52 20 14 42 / 43
0 20' - 09' 00 02602726600046 17000 NANTES 9
S.G.P. I.F. 1411714 - C.N.S.S. 947812000 P 26335867

442006094 Centre Cital Grand Val
 Rte. N°115/12 Date Fact. : 20/10/2022
 447000000094 Date Ord. : 20/10/2022
 447000000094 Medicin: MEDICINS DU MONDE -
 0240407166 Code QP : 7
 19 bd marnes france
 TINSEE : Matade:KIRIATI SOURAD
 44700 ORYUULT



مختبر التازى للتحاليل الطبية
LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

TAZI MOHAMED

NF EN ISO 9001:2008
ASCII
CERTIFICAT MA-2015-XIV.
QUALITATEM
www.ascii-qualitatem.fr

TAZI KARIM

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

Docteur BENYOUUNES 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)

20/02/2020

11,4

VITAMINE D2/ D3 (25 Hydroxy-vitamine D)----- 35,5 $\mu\text{g/l}$

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 التازى
laboratoire tazi

LABORATOIRE TAZI
TAZI Karim
78, Rue d'Alger - Casablanca
Tel: 05 22 27 28 08 - 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	
Hormono : Parathormone intacte 1-84 -----	B	300	Total : B 700

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
BIOLOGISSE
78, Rue d'Alger - Casablanca
Tél: 0522 27 28 08 . Fax: 0522 29 64 86

CARTE BANCAIRE

A0000000422010

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 CLESENTE

A CONSERVER