

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-770668

DS X 609

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)	12514	Société :	RAM
Matricule :	12514	Actif	<input checked="" type="checkbox"/>
Pensionné(e)		Autre :	
Nom & Prénom :	AIT MAHDI LAHCEN		
Date de naissance :	16-06-84		
Adresse :	LA PERLE DE NOUAKER 2 IMMG APP 10 NOUAKER		
Tél. :	0674691526	Total des frais engagés :	635,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. FOULASSI MOUNAÏFI
Au de la Radiologie E. Vihed A. N. 98
E-mail: mounaifi@assisesmaroc.com
Téléphone: 0522 31 42 88

Date de consultation :

23/01/2023

Nom et prénom du malade :

Sofia Ait Mahdi

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

amygdy

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 : 04/04/23

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23/01/23	CP		200,00 Dh	<p style="text-align: center;">INPE : 0611987921 INPE : 0611987921 Pédiatre Assistance El Wahda I. N° 98 Av. de la Gendarmerie 0522 51 42 68 E-mail : info@elwahda-asso@gmail.com</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Montant de la Facture

03/04/19

33,400 ~~by~~ IMP

~~PHARMACIE
NUAGEUR PARC
Tél : 05.22.53.72.32~~

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Gachet et signature du
Dorpatrice et du Radiologue

Dat

Désignation des coefficients

**Montant
des Honoraires**

E102 S801

AUXILIAIRES MEDICALS

**Cachet et signature
du Participe**

Date des
Spins

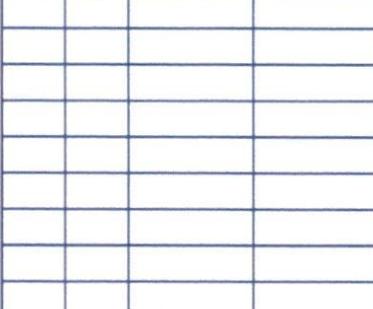
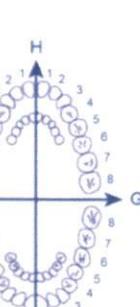
L'ombre

1

N

NOMBRE

**Montant détaillé
des Honoraires**

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"/>												
		Début d'Execution <input type="text"/>												
		Fin d'Execution <input type="text"/>												
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000 35533411	00000000 11433553	B	H
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	B													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B	H													
		Coefficient Des Travaux <input type="text"/>												
		Montants Des Soins <input type="text"/>												
		Date du Devis <input type="text"/>												
		Date de l'Execution <input type="text"/>												

Dr.FOUISSI MOUNIA
Pédiatre

Ancienne Résidente du CHU Ibn Rochd
Diplômée de la Faculté de Médecine et de
la Pharmacie de Casablanca



د. الفويسلي مونية

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع
طبيبة مقيمة سابقاً بمستشفى ابن رشد للأطفال
خريجة كلية الطب
والصيدلة بالدار البيضاء.

Le : 23/01/2023

Age : _____

Poids : 12.95

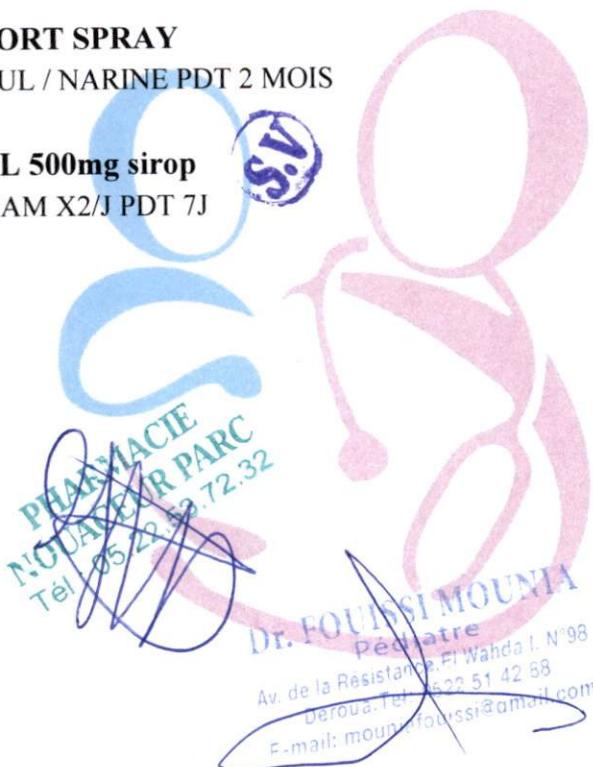
Nom : L'enfant : AIT MAHDI SOFIA

1) NASACORT SPRAY

1 PUL / NARINE PDT 2 MOIS

2) AMOXIL 500mg sirop

1 CAM X2/J PDT 7J



شارع المقاومة، الوحدة A الرقم 98، الدروة

Avenue de la résistance, El Wahda I, N° 98 Deroua (En face ONE Deroua)
Tél.: 05 22 51 42 88 - Urg : 06 65 07 00 05 - E-mail : mouniafouissi@gmail.com

Amoxil 500 mg/5 ml poudre pour suspension buvable amoxicilline

..... cuillère(s)-mesure(s) fais par jour à prendre indifféremment avant, pendant ou après les repas, pendant jours.

مقياس ملعقة...ابيم بعض النظر عن تناول قبل او اثناء او بعد وجبات الطعام لمدة...ابيم

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

بوصمة طبية فقط

احترام الجرعات الموصوفة

PPV: 33,40 DH

LOT: 650142

PER: 06/2025

Dr.FOUISSI MOUNIA
Pédiatre

Ancienne Résidente du CHU Ibn Rochd
Diplômée de la Faculté de Médecine et de
la Pharmacie de Casablanca



د. الفويسلي مونية

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع
طبيبة مقيدة سابقاً بـ مستشفى ابن رشيد للأطفال
خريجة كلية الطب
والصيدلة بالدار البيضاء.

Le : 23/10/2023

Age :

Poids :

Nom : Ait Mahdi Sofia

1- ASLO

2- NFS

3- Féminine

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES
MÉDICALES PLURIDISCIPLINAIRES
Dr Jawad KARRAT
Deroua
Lotissement Annahar, 18 / 0667 61 67 11
Bât C, 0522 51 52 18
Tél.: 0522 51 42 88
e-mail: mouniafouissi@gmail.com

Dr. FOUISSI MOUNIA
Pédiatre
N° 98
Deroua - Tel: 0522 51 42 88
Résidence El Wahda I, N° 98
Avenue de la résistance, El Wahda I, N° 98 Deroua (En face ONE Deroua)
Tél.: 05 22 51 42 88 - Urg : 06 65 07 00 05 - E-mail : mouniafouissi@gmail.com

شارع المقاومة، الوحدة ٩٨، الدروة

Avenue de la résistance, El Wahda I, N° 98 Deroua (En face ONE Deroua)
Tél.: 05 22 51 42 88 - Urg : 06 65 07 00 05 - E-mail : mouniafouissi@gmail.com



المختبر المركزي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES MEDICALES

Date du prélèvement : 27-02-2023 à 12:22

Code patient : 20220627038

Né(e) le : 04-06-2019 (3 ans)



Enfant AIT MAHDI Sofia

Dossier N° : 20230227068

Prescripteur : Dr FOUSSI MOUNIA

Résultats

Normes

Antécédents

HEMATOLOGIE – CYTOLOGIE

Hémogramme (MINDRAY BC5380)

Lignée érythrocytaire (Impédance-Spectrophotométrie)

27-06-2022

Hématies	4.67	M/ml	(4.00–5.20)	4.35
Hémoglobine	11.9	g/dL	(11.0–14.2)	12.5
Hématocrite	39.1	%	(33.0–42.5)	35.0
VGM	83.7	fL	(74.0–90.5)	80.5
TCMH	25.5	pg	(24.5–31.0)	28.7
CCMH	30.4	%	(31.7–36.1)	35.7

Lignée leucocytaire (Fluoro-cytométrie de flux)

Leucocytes	15 760	/mm ³	(5 500–13 000)	17 640
Neutrophiles	44.60	% soit	7 029 /mm ³	(1 500–8 500)
Eosinophiles	1.00	% soit	158 /mm ³	(50–700)
Basophiles	0.00	% soit	0 /mm ³	(0–150)
Lymphocytes	50.90	% soit	8 022 /mm ³	(1 500–8 000)
Monocytes	3.00	% soit	473 /mm ³	(250–1 050)

Lignée plaquettaire (Impédance)

Plaquettes	413 000	/mm ³	(190 000–528 000)	538 000
------------	----------------	------------------	-------------------	---------

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES MEDICALES PLURIDISCIPLINAIRES

Page 1 / 2

Validé par Dr. Karrat Jawad

Dr. Jawad KARRAT

Bat. C, Lottissement Annajah, Deroua

Tel: +212 5 22 51 52 18 - GSM: +212 6 67 67 67 11

Résidence sakane deroua bâtiment C RDC local 10 lottissement annajah deroua
Email : contact@laboratoirecentral.ma Web : laboratoirecentral.ma Tél : +212 5 22 51 52 18 Gsm : +212 6 67 67 67 11

CNSS : 2690723 RC : 15485 ICE : 002866635000065 IF : 50375591 PATENTE : 55801862

20230227068 – Enfant Sofia AIT MAHDI

BIOCHIMIE SANGUINE

Indice de lipémie	Limpide
Indice d'hémolyse	Non hémolysé
Indice d'ictère	Non icterique

27-06-2022

Ferritine (AIA-360)	15 ng/mL	(12-135)	15
------------------------	----------	----------	----

SEROLOGIE INFECTIEUSE

Anti-streptolysine O (ASLO) (Turbidimétrie, MINDRAY BS-240 PRO)	96 UI/mL	(<150)
--	----------	--------

Page 2 / 2

Validé par : Dr. Karrat Jawad

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES
MEDICALES PLURIDISCIPLINAIRES

Dr Jawad KARRAT

Bat. C, Lotissement Annajah, Deroua

Tél : +212 6 67 67 67 11

Résidence sakane deroua batiment C RDC local 10 lotissement Annajah deroua

Email : contact@laboratoirecentral.ma Web : laboratoirecentral.ma Tél : +212 5 22 51 52 18 Gsm : +212 6 67 67 67 11

CNSS : 2690723 RC : 15485 ICE : 002866635000065 IF : 50375591 PATENTE : 55801862

LABORATOIRE CENTRAL DEROUA

Résidence Sakane Deroua Batiment C RDC Local 10 Lotissement Annajah DEROUA
Tél : +212 5 22 51 52 18 – Mail : contact@laboratoirecentral.ma

FACTURE N° : 230001147

INPE :



063064505

DEROUA le 27-02-2023

Enfant AIT MAHDI Sofia

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E10
0216	Numération formule	B80
0154	Ferritine	B250
0266	Antistreptolysine (Recherche, tirage)	B80

Total des B : 410

TOTAL DOSSIER : 402.50 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent deux dirhams cinquante centimes.

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES
MÉDICALES PLURIDISCIPLINAIRES
Dr Jawad KARBAT
Bat. C, Lotissement Annajah, Deroua
Tél.: 0522 51 52 18 / 0667 67 67 11

ICE : 002866635000065 IF : 50375591