

# 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

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



NB 20733

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0021020

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1625 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MIKOU Abdelilah Date de naissance : 01/01/1947  
Adresse : 52, Bd Abdelhadi Bontaleb, Residence Salsa  
Tél. : 0642778402 Total des frais engagés : CASABLANCA 1700 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....  
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 : CASABLANCA

Le : 10/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :



# 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

# 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
<b>Laboratoire SENTISSI</b> Dr. Abdelfattah SENTISSI Rés. Romandie II - Tour 2 - Casp Tél.: 05 22 36 62 50 / 38 <b>INPE: 093000271</b>	14/01/20	B 1250 + P 1,5	1700,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'O

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b>  Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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



Échodoppler cardiaque et vasculaire - Epreuve d'effort - Holter rythmique et tensionnel

Casablanca le : 16/12/2019.

me Nikou Abdelilah.

AC Anti Inculaire

AC KLM<sub>1</sub>.

AC Anti Cholestérol M<sub>2</sub>

AC Anti Asclé Lisse

Electrophorese isopotéris.

Laboratoire **SENTISSI**  
Dr. Abdelfattah SENTISSI  
Res. Romandie II - Tour 2 - Casa  
Tél.: 05 22 36 62 50 / 39 84 15  
14/01/2020

Dr **ZOHEIR Fatima**  
**CARDIOLOGUE**  
230, Bd Brahim Roudani  
Maârif - Casablanca

# Laboratoire d'Analyses Médicales Sentissi

Dr A. SENTISSI  
Pharmacien Biologiste



Ancien Interne CHU de Toulouse  
Spécialisé en Hématologie, Biochimie  
Bactériologie, Parasitologie, Pathologie Médicale  
D.U. Assurance Qualité en B.M.

**FACTURE N° : 2001140011**  
ICE : 001578364000055

Casablanca le 14-01-2020

**Mr Abdelilah MIKOU**

Demande N° 2001140011  
Date de l'examen : 14-01-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang adulte	E25	E
	AC ANTI-MUSCLE LISSE	B300	B
	AC ANTI-MITOCHONDRIES	B300	B
	ANTICORPS antinucléaires	B150	B
	Electrophorèse des protéines sériques	B100	B
	ANTILKM	B400	B

Total des B : 1250

**TOTAL DOSSIER : 1700 DH**

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille sept cents dirhams s

Laboratoire SENTISSI  
Dr. Abdelilah SENTISSI  
Rés. Romandie II - Tour 2 - Casa  
Tél : 05 22 36 62 50 / 05 22 39 64 15  
INPE 093000271



# Laboratoire d'Analyses Médicales Sentissi

Dr A. SENTISSI  
Pharmacien Biologiste

Ancien Interne CHU de Toulouse  
Spécialisé en Hématologie, Biochimie  
Bactériologie, Parasitologie, Pathologie Médicale  
D.U. Assurance Qualité en B.M.



Code Patient : 1301210015  
Date de l'examen : 14-01-2020

Mr Abdelilah MIKOU  
Réf : 2001140011  
Prescription : Dr Fatima ZOHEIR

## AUTO-IMMUNITÉ

### Anticorps Anti-nucléaires

Recherche d'AAN: négative.  
(Immunofluorescence indirecte)  
Titre : <1/80é

Seuil de positivité:

Enfants: 1/80 é

Adultes: 1/160 é

NB: Un résultat négatif n'exclut pas la présence des Ac anti-SSA.

Demande validée biologiquement par : Dr. SENTISSI Abdelfattal

Laboratoire SENTISSI  
Dr. Abdelfattal SENTISSI  
Rés. Romandie 2 - Tour 2 - Casa  
Tél.: 05 22 36 62 50 / 05 22 39 64 15

# Laboratoire d'Analyses Médicales Sentissi

Dr A. SENTISSI  
Pharmacien Biologiste



Ancien Interne CHU de Toulouse  
Spécialisé en Hématologie, Biochimie  
Bactériologie, Parasitologie, Pathologie Médicale  
D.U. Assurance Qualité en B.M.

Nom/Prénom: **MIKOU ABDELILAH**

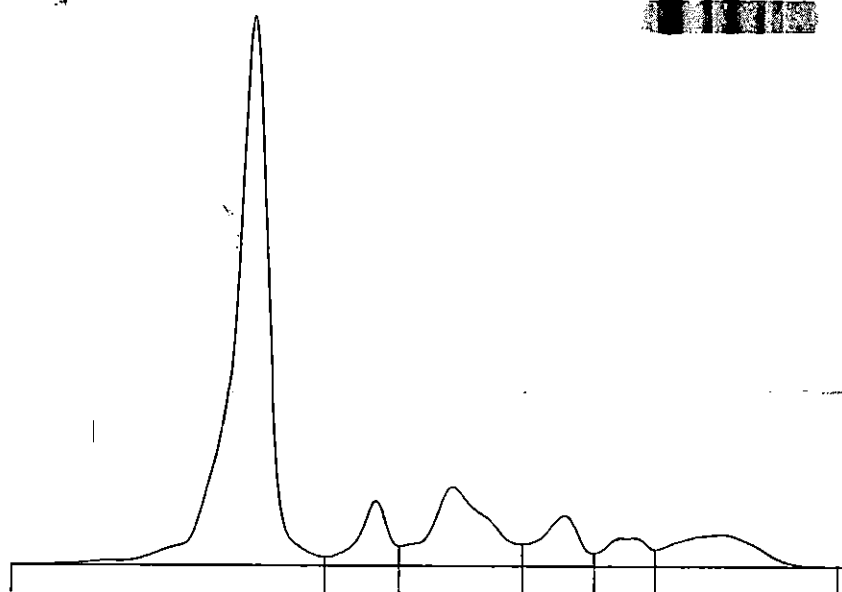
Dossier: **1614010011**

Date de naissance: **01/01/1947**

Date de lecture: **21/01/2020**

## Electrophorèse des protéines sériques

Technique capillaire Minicap Flex Piercing Sebia



Nom	%	Normales %	g/L	Normales g/L
Albumine	61,3	55,8 - 66,1	44,1	40,2 - 47,6
Alpha 1	6,1	> 2,9 - 4,9	4,4	2,1 - 3,5
Alpha 2	14,5	> 7,1 - 11,8	10,4	5,1 - 8,5
Beta 1	6,1	4,7 - 7,2	4,4	3,4 - 5,2
Beta 2	3,8	3,2 - 6,5	2,7	2,3 - 4,7
Gamma	8,2	< 11,1 - 18,8	5,9	8,0 - 13,5

Rapp. A/G : **1,58**

P. T. : **72** g/L

Commentaire: Profil inflammatoire.

Laboratoire SENTISSI  
Dr. Abdelilah SENTISSI  
Rés. Romandie 11 - Tour 2 - Casa  
Tél.: 05 22 36 62 50 / 05 22 39 64 15

P /w 994-101 /s 994-101

**MIKOU  
ABDELILAH**

Né(e) le 01.01.1947

Sexe : M

Dossier n° : 20P0167965

**LABM SENTISSI**

**M SENTISSI**

**RESIDENCE ROMANDIE 2 TOUR 2 AL RYAD**

**20100 CASABLANCA**

**MAROC**

Transmis par LABM SENTISSI

Vos références : INMA993970 / .

07796

Enregistré le : 16.01.2020

Edité le :

16.01.2020

Ex envoyé(e) au(x) : Laboratoire

• **AUTO-ANTICORPS ANTI-MITOCHONDRIES (IFI)**

Réactif : Triple substrat sur tissu de rat AA-RL/RK/RS (BioSystems)

Prélèvement : 14.01.2020 Sérum ou Plasma 09h 00

< 40 N : < 40

Recherche négative.

• **AUTO-ANTICORPS ANTI-LKM (RETICULUM ENDOPLASMIQUE, MICROSOMES FOIE - REIN) (IFI)**

Réactif : Triple substrat sur tissu de rat AA-RL/RK/RS (BioSystems)

Prélèvement : 14.01.2020 Sérum ou Plasma 09h 00

< 40 N : < 40

Recherche négative.

• **AUTO-ANTICORPS ANTI-MUSCLE LISSE (IFI)**

Réactif : Triple substrat sur tissu de rat AA-RL/RK/RS (BioSystems)

Prélèvement : 14.01.2020 Sérum ou Plasma 09h 00

< 40 N : < 80

Recherche négative.

Les anticorps anti-muscle lisse étant <160 en IFI, le typage actine n'est pas réalisé.

Souad Mehlaï Sedkaoui (01 34 40 20 20)

*Souad Mehlaï Sedkaoui*

Compte rendu complet

**Laboratoire SENTISSI**  
Dr. Abdelilah SENTISSI  
Rés. Romandie 2 - Tour 2 - Casa  
Tél.: 05 22 35 62 59 / 39 64 15