

# 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.

## Biologie 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.

## Educateur :

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.

## Maladie :

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

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



no: 23204

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0021025

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1625 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MIKOU Abdelilah Date de naissance : 01/01/1947

Adresse : 59 Bd Abdelradi Boutaleb - Résidence Salsacila - Casa

Tél. : 0642778402 Total des frais engagés : 646,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ZOHEIR Fatima  
CARDIOLOGUE  
230, Bd Brahim Roudani  
Madrif - Casablanca

Date de consultation : 28/02/2020

Nom et prénom du malade : MIKOU ABDELILAH Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Coronaropathie

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

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
28/02/2020	2 R16		300DH	

# EXÉCUTION 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
	28/02/2020	B240 R1.5	346,60 346,60

# AUXILIAIRES MEDICAUX

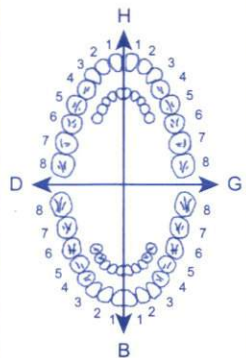
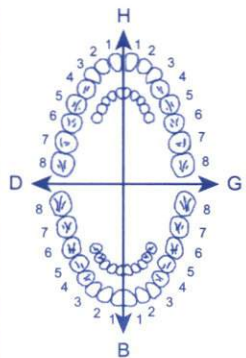
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



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

Casablanca le : 28/02/2020

M<sup>re</sup> Abdelilah

1/ ionnolapine

2/ usée - néphro

Laboratoire SENTISSI  
Dr. Abdelmajid SENTISSI  
Rés. Romandie II - Tour 2 - Casa  
Tél.: 05 22 36 62 50 / 39 64 15  
28/02/2020

Dr ZOHEIR Fatima  
CARDIOLOGUE  
230, Boulevard 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° : 2002280014**  
ICE :001578364000055

Casablanca le 28-02-2020

**Mr Abdelilah MIKOU**

Demande N° 2002280014  
Date de l'examen : 28-02-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang adulte	E25	E
	Calcium	B30	B
	Chlore	B30	B
	Potassium	B30	B
	Sodium	B30	B
	Bicarbonates	B30	B
	Urée plasmatique:	B30	B
	Créatininémie	B30	B
	PROTEINES	B30	B

Total des B : 240

**TOTAL DOSSIER : 346.6 DH**

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent quarante-six dirhams soixante centimes

Laboratoire SENTISSI  
Dr. Abdelfattah SENTISSI  
Rés. Romandie II - Tour 2 - Casa  
Tél.: 05 22 36 62 50 / 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 : 28-02-2020

Mr Abdelilah MIKOU  
Réf : 2002280014  
Prescription : Dr Fatima ZOHEIR

## BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

Sodium (Na) (Electrode sélective)	136.5 mmol/l	(135.0-145.0)	31-05-2019 138.0
Potassium (K) (Electrode sélective)	4.8 mmol/L	(3.5-5.0)	22-06-2019 4.7
Chlore (Cl) (Electrode sélective.)	102.8 mmol/l	(94.0-108.0)	31-05-2019 101.5
Bicarbonates (Dosage enzymatique)	29.2 mmol/l	(20.0-30.0)	31-05-2019 28.4
Protidémie	70.3 g/l	(60.0-80.0)	31-05-2019 64.7
Calcium (Arsenazo III)	95.5 mg / l 2.39 mmol/l	(88.0-107.0) (2.20-2.68)	31-05-2019 89.1
Urée plasmatique: (enzymatique)	0.65 g/l 10.86 mmol/l	(0.15-0.50) (2.51-8.35)	10-12-2019 0.52
Créatinine (Jaffé)	14.5 mg/ l 128.2 µmol/ l	(7.0-13.0) (61.9-114.9)	10-12-2019 14.0

Demande validée biologiquement par : Dr. SENTISSI Abdelfattah

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