

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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° W19-579013

71435

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	00683	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AOUAD M'HAMED			
Date de naissance : 11-12-1943			
Adresse : 256 Bd DE BORDEAUX ETG 5 APP 4010 CASABLANCA			
Tél. : 05 22 26 80 80	Total des frais engagés : 1360,00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : BAZIB CAHILA Age: 69ans	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
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 : 20 MAI 2021
Signature de l'adhérent(e) :



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
15/03/2021	CS	G	300	INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dr. M. DUURHIN Radio Oncologue (INP : 091838083 An Kindt Chirurgie)

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ABORATE MEDICALES 280 BD Jules Ferry 33000 Montpellier Tél: 0521 21 14 40 laboratoire de radiologie	25/03/2013	B1750	4060,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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"/>											
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
		<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		25533412	21433552												
		00000000	00000000												
		<hr/>													
		00000000	00000000												
35533411		11433553													
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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															

RADIOOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE

RADIOOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINICS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE

CURIOTHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية

العلاج الإشعاعي الباطني و الفياصن - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

INPE : 091131532

CASABLANCA, 22/3/21



091131532

الدكتور سعيد تاشفين

Docteur Said TACHFINE

أخصائي في العلاج بالمواد الكيماوية

ONCOLOGUE MEDICAL

Dr. Said Tachfine

- TS4 us

· Ts - Tu . ITL

LABORATOIRE D'ANALYSES
MÉDICALES BORDEAUX
280 Bd Bordeaux, RDC, Bourgogne
20040 - Casablanca
Tél: 0522 22 30 37 / Fax: 0522 22 29 62
laboratoirebordeaux@gmail.com

Dr S. TACHFINE
Spécialiste en Oncologie Médicale
INP 091131532
Centre Al Kindy Casablanca

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BORDEAUX



LABORATOIRE BORDEAUX

Dr. EJ JENNANE ZINEB : Médecin Biogiste

280, Bd Bordeaux, RDC - 20040 - CASABLANCA

Tél : 0522 22 30 37 / 08 08 35 31 54 Fax : 0522 22 29 62

Site web: www.labobordeaux.com Email:laboratoirebordeaux@gmail.com

TP : 35460318 IF : 15269526 RC : 422030 INPE : 093061190 ICE : 000232167000019

FACTURE N° : 210300204

Casablanca le 25-03-2021

Mme BAZIB Lahila

Demande N° 2103250009

Date de l'examen : 25-03-2021

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
DEP2	Déplacement	E30	E
0161	T4 libre	B200	B
0163	TSH	B250	B
0165	T3L	B300	B

Total des B : 750

TOTAL DOSSIER : 1060.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille soixante dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES
MÉDICALES BORDEAUX
280 Bd Bordeaux, RDC, Bourgogne
20040 Casablanca
Tél: 0522 22 30 37 / Fax: 0522 22 29 62
laboratoirebordeaux@gmail.com

Reçu de caisse

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
F-14-08-042-063	LAHILA BAZIB EP AOUAD	15/03/2021
Mode paiement	Motif/Référence de paiement	Montant Dhs
Espèces	Contrôle	300.00

Reçu établi par hajar.s

Dr M. DOUKH
Radio Oncologue
INP 1091038083
entre Al Kindy



LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES BORDEAUX

مختبر التحاليل الطبية بـ بوردو

Dr. Zineb EJ JENNANE : Médecin Biologiste

LABORATOIRE BORDEAUX

Biochimie | Hématologie | Hémostase | Immunologie | Hormonologie
Bactériologie | Parasitologie | Mycologie | Virologie | Biologie de la reproduction



Dossier : 2103250009
Prélèvement du : 25-03-2021
Edition : 25-03-2021

Mme BAZIB Lahila
Né(e) le 24-12-1951
Code Patient A160840062
Médecin Dr TACHFINE S.

BILAN ENDOCRINIEN

TSH (Thyréostimuline ultrasensible)	0.85 mU/l	(0.25-5.00)	16-12-2020
(Technique immunofluorescence AIA)	0.850 µU/mL	(0.250-5.000)	0.91

La TSH est l'indicateur le plus sensible pour évaluer un dysfonctionnement thyroïdien. Une variation minime de la T4L provoque une réponse très amplifiée de la TSH. Cependant, la TSH répond aux variations de la T4L avec un temps de latence important, au moins 8 semaines pour une réponse complète.

Tri-iodothyronine libre (T3L)	3.55 pmol/L	(4.00-8.30)
(Technique ELFA - Mini vidas)	2.31 pg/ml	(2.60-5.40)
Thyroxine libre (T4L)	15.09 pmol/L	(10.00-21.00)
(Technique ELFA - Mini vidas)	1.17 ng/dl	(0.78-1.63)

Demande validée biologiquement par : Dr. Zineb EJ JENNANE

LABORATOIRE D'ANALYSES
MÉDICALES BORDEAUX
280 Bd Bordeaux - 20040 Casablanca
Tél. : 05 22 22 30 37 - 08 08 35 37 92

Prélèvement à domicile sur rendez-vous : 06 71 45 29 04

280, Bd Bordeaux, RDC - C.P : 20040 - Bourgogne - Casablanca / Tél. : 05 22 22 30 37 - 08 08 35 37 92 / Page 1/1
Fax. : 05 22 22 29 62 - E-mail : laboratoirebordeaux@gmail.com / Site web : www.labobordeaux.com
TP : 35460318 - IF : 15269526 - RC : 422030 - CNSS : 4782620 - ICE : 000232167000019 - INPE : 093061190