

## 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.

**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)



## Déclaration de Maladie

N° W19-533583

### Maladie

### Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8363**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **ELRIMOL Ned**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0661187139**

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

**ELRIMOL RIM**

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 : **CA**

Signature de l'adhérent(e) :



### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-533583

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

Coupon à conserver par 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
.....	.....	.....	.....	INP : <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## 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 BK LAB</b> Dr. Kamal BENROUIDA Biologiste Médical 41, Rue Ali Btou Abi Taleb Casablanca Tél: 05 22 22 62 62 0628 06 06 12	<u>13.11.23.</u>	B.1030.+	<u>1470,60</u>

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>



مختبر التحاليل الطبية  
Laboratoire de biologie médicale

Dr Kamal BENBOUJIDA

Biogiste médical - Ancien interne et praticien des hôpitaux de Paris - Université René Descartes - Paris V

231113005 - Mme Rim EL RHOUL

Ferritine  
(Immunoturbidimétrie - Roche Diagnostics)

44 µg/L (15-150)

## BILAN ENDOCRINIEN

Thyréostimuline (TSH)  
(Tech chimiluminescence - Tosoh)

2.51 µU/mL (0.76-3.85)

## VITAMINOLOGIE

25-(OH)-vitamine D (D2+D3)  
(Tech. Chimiluminescence - Tosoh)

21.20 ng/ml  
53.00 nmol/L

Interprétation :

Carence	< 5	ng/mL
Taux non optimal	< 30	ng/mL
Taux recommandé	> 30	ng/mL
Toxicité	> 100	ng/mL

Synthèse des recommandations internationales, rapport HAS 2013 sur l'utilité clinique du dosage de la vitamine D.  
Il est à noter que certaines recommandations préconisent un taux optimal à partir de 20 ng/mL au lieu de 30 ng/mL.

Validé par : DR BENBOUJIDA KAMAL

LABORATOIRE BK LAB  
Dr. Kamal BENBOUJIDA  
Biogiste Médical  
41, Rue Ali Bnou Abi Taleb Casablanca  
Tél. 0522 22 62 62 / 0628

Prélèvement à domicile - lieu de travail

Page 2 / 2

**Horaires d'ouverture**

Lundi au vendredi : 7h30 - 18h30

Samedi : 8h00 - 12h30

T.P: 35554135 - I.C.E: 003237656000076

41, Rue Ali Bnou Abi Taleb,

Casablanca - MAROC

Tél.: 0522 22 62 62 / 0628 06 06 12

E-mail : bklabcontact@gmail.com



مختبر التحاليل الطبية  
Laboratoire de biologie médicale

Dr Kamal BENBOUJIDA

Biologiste médical - Ancien interne et praticien des hôpitaux de Paris - Université René Descartes - Paris V

Date du prélèvement : 13-11-2023 à 10:21  
Code patient : 231113005  
Né(e) le : 09-12-2002 (20 ans)

Mme EL RHOUL Rim  
Dossier N° : 231113005  
Prescripteur : Dr KELATI AWATIF



## HEMATOLOGIE

### HEMOGRAMME

(SYSMEX XN530)

#### Lignée érythrocytaire

Hématies	4.87	M/mL	(4.00-5.30)
Hémoglobine	12.6	g/dL	(12.5-15.5)
Hématocrite	40	%	(37-46)
VGM	82	fl	(80-95)
TCMH	26	pg	(28-32)
CCMH	32	g/dl	(30-35)

#### Formule leucocytaire

Leucocytes	7 820	/mm <sup>3</sup>	(4 000-10 000)
Neutrophiles	49.2	% soit	3 847 /mm <sup>3</sup> (2 000-7 500)
Eosinophiles	0.4	% soit	31 /mm <sup>3</sup> (100-400)
Basophiles	0.4	% soit	31 /mm <sup>3</sup> (0-100)
Lymphocytes	42.8	% soit	3 347 /mm <sup>3</sup> (1 500-4 000)
Monocytes	7.2	% soit	563 /mm <sup>3</sup> (200-800)
Plaquettes	193 000	/mm <sup>3</sup>	(160 000-400 000)
Volume Plaquettaire Moyen	11.8	fl	(6.0-11.0)

## BIOCHIMIE SANGUINE

Fer sérique (Ferrozine - Roche Diagnostics)	75	µg/dL	(33-193)
	13.4	µmol/L	(5.8-34.5)

La concentration en fer dans le sérum et le plasma dépend de l'ingestion de fer et est sujette à des variations nyctémérales.

LABORATOIRE BK LAB  
Dr. Kamal BENBOUJIDA  
Biologiste Méd.  
41, Rue Ali Bnou Abi Taleb Casablanca  
Tél. 0522 22 62 62 / 0628 06 06 12

Page 1 / 2

Prélèvement à domicile - lieu de travail

#### Horaires d'ouverture

Lundi au vendredi : 7h30 - 18h30  
Samedi : 8h00 - 12h30  
T.P: 35554135 - I.C.E: 003237656000076

41, Rue Ali Bnou Abi Taleb,  
Casablanca - MAROC  
Tél.: 0522 22 62 62 / 0628 06 06 12  
E-mail : bklabcontact@gmail.com



Dr Kamal BENBOUJIDA

Biologiste médical - Ancien interne et praticien des hôpitaux de Paris - Université René Descartes - Paris V

## FACTURE N° : 231100030

ICE : 003237656000076

IF : 53567183

TP : 35554135

INPE : 063065692

Code INPE :



063065692

Casablanca le 13-11-2023

Mme EL RHOUL Rim

Date de naissance : 09-12-2002

Nom de médecin : Dr KELATI AWATIF

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin 25-(OH)-vitamine D (D2+D3)	E10 B450
0154	Ferritine	B250
0216	Numération formule	B80
0163	TSH	B250
0115	Fer sérique	B60

Total des B : B1090 + 10 DH

TOTAL DOSSIER : 1470.60 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille quatre cent soixante-dix dirhams soixante centimes.

LABORATOIRE BK  
Dr. Kamal BENBOU  
Biologiste Méd.  
41, Rue Ali Bnou Abi Taleb Casablanca  
Tél. 0522 22 62 62 0628

Prélèvement à domicile - lieu de travail

Horaires d'ouverture

Lundi au vendredi : 7h30 - 18h30

Samedi : 8h00 - 12h30

T.P: 35554135 - I.C.E: 003237656000076

41, Rue Ali Bnou Abi Taleb,

Casablanca - MAROC

Tél.: 0522 22 62 62 / 0628 06 06 12

E-mail : bklabcontact@gmail.com



3/10/23

وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le :

Dr Rim El Rhoual

Folie SVP

LABORATOIRE BY  
Dr Kamal BENBOUJIDA  
Biologiste Médical  
41 Rue Ali Benh Abi Taleb Casablanca  
Tel 052226262 0523 0525

1) Vitamine D

2) TSH

3) NFS

4) Fer ferrique, ferrique

Mme EL RHOUL Rim  
09-12-2002



231113005

ORDO

A coller sur l'ordonnance

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca- Maroc  
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/+212 508 873 367

Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
ASS. KELATI AWADEF  
DERMATOLOGIE  
0411988043