

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

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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-646776

80499

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8538 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IBRAHIM Mustapha

Date de naissance : 19/08/1963

Adresse : NE 158 loc 10 CITE SIDI Mohamed Agadir

Tél. : 0682200433 Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin : Dr. RI Miy Younes

Cachet du médecin : Hématologie Clinique
N° 18, Résidence Air Sous: Bd. Hassani II
AGADIR - Tél: Urgences : 0661179039
Tél: Cabinet 0529 21947 / 0540090102

Date de consultation : 27/07/21

Nom et prénom du malade : IBRAHIM BASMA Age : 19 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Anémie ferriprive

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 : Agadir Le : 27/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-646776

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 8538

Nom de l'adhérent(e) : IBRAHIM Mustapha

Total des frais engagés : 1000 DH

Date de dépôt :

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
27/07/21	perfusion de Fea		500DH	INP: 0911214
03/08/21	perfusion de Fea		500DH	Dr. E. MARI MY YOUNES Hématologie Clinique Résidence Art Souss Bd. Hassan II N° 18, Tal: Urgences: 066179009 0647 0540090102

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

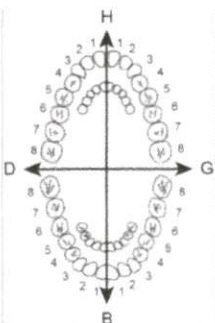
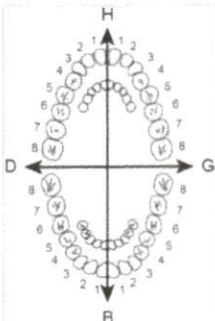
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr.Elomari Moulay Younes

Spécialiste en Hématologie clinique.
Oncohématologie et Greffe de moelle osseuse
Adulte-Enfant

- Diplômé de la Faculté de médecine de casablanca
- Attestation de Formation spécialisée en hématologie clinique - Université de bordeaux - France
- Attestation de Formation spécialisée approfondie en hématologie clinique - Université de Marseille - France
- Ancien praticien attaché Oncohématologue au CHU de Nîmes - France

الدكتور العمري مولاي يونس

اختصاصي أمراض الدم ، السرطان

وزرع النخاع العظمي

كبار - أطفال

« دبلوم التخصص من كلية الطب بالدار البيضاء »

« شهادة التكوين المتخصص في أمراض الدم بجامعة بوردو - فرنسا »

« شهادة التكوين المتخصص العميق في أمراض الدم بجامعة مرسيليا - فرنسا »

« طبيب ملحق سابق بالمستشفى الجامعي بنيم الفرنسية »

Agadir Le 27/07/21

IBRAHIM KHALDOUN

BASMA

Note

d'honoraires

perfusion de Fer

500Dh

DR. EL OMARI Moulay Younes
Hématologie Clinique
N° 18, Résidence Aït Souss Bd. Hassan II
Agadir - Tél. Urgences : 0661179009
Tél. Cabinet 0528821947 / 0540090102

رقم 18، عمارة ايت سوس الطابق الخامس، شارع الحسن الثاني - أكادير

N°18, Avenue El Hassan II, Imm Aït Souss 5^{ème} Étage - E-mail : drelomariyounes@yahoo.fr

Tél.d'urgence : 06 61 17 91 19 - Tél : 05 40 09 01 02 - 05 28 82 19 47

Identifiant IGR : 14389661 - Taxe Professionnelle : 48179012 - CNSS : 9343047

ICE : 001918208000079

Dr.Elomari Moulay Younes

Spécialiste en Hématologie clinique,
Oncohématologie et Greffe de moelle osseuse
Adulte-Enfant

- Diplômé de la Faculté de médecine de casablanca
- Attestation de Formation spécialisée en hématologie clinique - Université de bordeaux - France
- Attestation de Formation spécialisée approfondie en hématologie clinique - Université de Marseille - France
- Ancien praticien attaché Oncohématologue au CHU de Nîmes - France

الدكتور العمري مولاي يونس

اختصاصي أمراض الدم، السرطان

وزرع النخاع العظمي

كبار - أطفال

• دبلوم التخصص من كلية الطب بالدار البيضاء

• شهادة التكوين المتخصص في أمراض الدم بجامعة بوردو - فرنسا

• شهادة التكوين المتخصص المعمق في أمراض الدم بجامعة مرسيليا - فرنسا

• طبيب ملحق سابق بالمستشفى الجامعي بنهم الفرنسية

Agadir Le 03/08/21

IBNKHALDOUN

BASMA

Note

d'honneur

Perfusion de Fer

500DH

Dr. EL OMARI Moulay Younes
Hématologie Clinique
N°18, Résidence Ait Souss Bd Hassan II
Agadir - Tél: Urgences: 0661 179009
Tél: Cabinet 0528821947 / 0540090102

رقم 18، عمارة ايت سوس الطابق الخامس، شارع الحسن الثاني - أكادير

N°18, Avenue El Hassan II, Imm Ait Souss 5^{ème} Étage - E-mail : drelomariyounes@yahoo.fr

Tél.d'urgence : 06 61 17 91 19 - Tél : 05 40 09 01 02 - 05 28 82 19 47

Identifiant IGR : 14389661 - Taxe Professionnelle : 48179012 - CNSS : 9343047

ICE : 001918208000079

Dr. Elomari Moulay Younes

Spécialiste en Hématologie clinique, Oncohématologie
et Greffe de moelle osseuse (Adulte - Enfant)

- « Diplômé de la Faculté de Médecine de Casablanca
- « Attestation de formation spécialisée en hématologie clinique - Université de Bordeaux - France
- « Attestation de formation spécialisée approfondie en hématologie clinique - Université de Marseille - France
- « Ancien praticien attaché Oncohématologue au CHU de Nîmes - France

Agadir Le 27/07/2021

الدكتور العمري مولاي يونس

اختصاصي امراض الدم، السرطان و زرع النخاع العظمي
كبار - أطفال

- « دبلوم التخصص من كلية الطب بالدار البيضاء
- « شهادة التكوين المتخصص في امراض الدم بجامعة بوردو - فرنسا
- « شهادة التكوين المتخصص المعقد في امراض الدم بجامعة مرسيليا - فرنسا
- « طبيب ماحق سابق بالمستشفى الجامعي بنيم الفرنسية

Rapport Médical

Madame /monsieur IBRAHIM BASSMA
suivi(e) pour anémie ferriprive confirmée ne
répondant pas au traitement orale prolongé
de fer a bénéficié d'une perfusion de fer
intraveineuse à la dose de 200 mg sur une
heure ce jour le 27/07/2021

Dr. EL OMARI Moulay Younes
Hématologie Clinique
N° 18, Avenue El Hassan II, Imm Ait Souss 5^{ème} Etage - Agadir
Tél. d'urgence : 06 61 17 91 19 / 05 40 09 01 02
Tél. Cabinet 05 40 09 01 02 / 05 40 09 01 02

رقم 18، عمارة إيت سوس الطابق الخامس، شارع الحسن الثاني - أكادير

N°18, Avenue El Hassan II, Imm Ait Souss 5^{ème} Etage - E-mail : drelomariyounes@yahoo.fr

Tél. d'urgence : 06 61 17 91 19 - Tél : 05 40 09 01 02 - 05 28 82 19 47

Identifiant IGR : 14389661 - Taxe Professionnelle : 48179012 - CNSS : 9343047

ICE : 001918208000079

Dr. Elomari Moulay Younes

Spécialiste en Hématologie clinique, Oncohématologie
et Greffe de moelle osseuse (Adulte - Enfant)

Diplômé de la Faculté de Médecine de Casablanca

Attestation de formation spécialisée en hématologie clinique - Université de Bordeaux - France

Attestation de formation spécialisée approfondie en hématologie clinique - Université de Marseille - France

Ancien praticien attaché Oncohématologue au CHU de Nîmes - France

الدكتور العمري مولاي يونس

اختصاصي امراض الدم، السرطان و زرع النخاع العظمي
كبار - أطفال

دبلوم التخصص من كلية الطب بالدار البيضاء

شهادة التكوين المتخصص في امراض الدم بجامعة بوردو - فرنسا

شهادة التكوين المتخصص العميق في امراض الدم بجامعة مرسيليا - فرنسا

طبيب ملحق سابق بالمستشفى الجامعي بنيم الفرنسية

(Sur Rendez- vous : بالموعد)

Nom et Prénom : IBN KHALDOUN BASMA Date : 03/08/2021

BILAN BIOLOGIQUE

Faire faire SVP :

- | | | |
|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> NFS Plaquettes | <input type="checkbox"/> Réticulocytes | |
| <input type="checkbox"/> Etude Morphologie des Hématies . | | |
| <input type="checkbox"/> Etude Morphologie des Plaquettes . | | |
| <input type="checkbox"/> Etude Morphologie des Leucocytes . | | |
| <input type="checkbox"/> Cellules Anormales | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ferritinémie. | <input type="checkbox"/> Fer Sérique. | <input type="checkbox"/> CTF. |
| <input type="checkbox"/> Electrophorèse des hémoglobines en HPLC | | |
| <input type="checkbox"/> Urée. | <input type="checkbox"/> Créatinine. | <input type="checkbox"/> Clairance à la Créatinine. |
| <input type="checkbox"/> VS. | <input type="checkbox"/> CRP. | <input type="checkbox"/> Glycémie. |
| <input type="checkbox"/> Hémoglobine Glycosylée. | <input type="checkbox"/> Triglycérides. | <input type="checkbox"/> Cholestérol, LDH, HDL. |
| <input type="checkbox"/> Electrophorèse des Protéines Sérique. | | <input type="checkbox"/> Recherche Protéinurie Bence Jones. |
| <input type="checkbox"/> IF Protéines Sériques. | | <input type="checkbox"/> IF Protéines Urinaires. |
| <input type="checkbox"/> Dosage Pondéral chaînes légères libre. | | <input type="checkbox"/> Bêta 2 Microglobuline. |
| <input type="checkbox"/> GOT - GPT - Ph. Alcalines. | | |
| <input type="checkbox"/> BT - BC. | <input type="checkbox"/> Haptoglobine. | |
| <input type="checkbox"/> Sérologie HCV. | <input type="checkbox"/> Sérologie HbS Ag - Ac. | |
| <input type="checkbox"/> HIV 1-2. | <input type="checkbox"/> HTLV1. | |
| <input type="checkbox"/> EBV développée. | <input type="checkbox"/> Parvovirus. | |
| <input type="checkbox"/> Test Coombs Direct. | <input type="checkbox"/> RAI. | |
| <input type="checkbox"/> Recherche de Cryoglobulines. | <input type="checkbox"/> Waaler rose. | <input type="checkbox"/> Anti ECT. |
| <input type="checkbox"/> Réaction au Latex. | <input type="checkbox"/> Ac Anti-DNA natif. | <input type="checkbox"/> Anti Peptides Citrallines. |
| <input type="checkbox"/> Ac. Anti-nucléaires. | | |
| <input type="checkbox"/> TP. | <input type="checkbox"/> TCA. | <input type="checkbox"/> Fibrinémie. |
| <input type="checkbox"/> Tps saignement (IVY). | <input type="checkbox"/> Homocystéine. | <input type="checkbox"/> TCA avec preuve T + M. |
| <input type="checkbox"/> Ac. Anti-phospholipides. | | <input type="checkbox"/> Protéine S. |
| <input type="checkbox"/> Dosage Protéines AT3. | | <input type="checkbox"/> Résistance Protéine C Activée. |
| <input type="checkbox"/> Autre | | |
| <input type="checkbox"/> Bilan à faire S.V.P le | | |

07/10/2021

Dr. Elomari Moulay Younes

الدكتور العمري مولاي يونس

Spécialiste en Hématologie clinique, Oncohématologie
et Greffe de moelle osseuse (Adulte - Enfant)

اختصاصي امراض الدم، السرطان و زرع النخاع العظمي
كبار - أطفال

- Diplômé de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Attestation de formation spécialisée en hématologie clinique - Université de Bordeaux - France
- Attestation de formation spécialisée approfondie en hématologie clinique - Université de Marseille - France
- Ancien praticien attaché Oncohématologue au CHU de Nîmes - France

- دبلوم التخصص من كلية الطب بالدار البيضاء
- شهادة التكوين التخصص في امراض الدم بجامعة بوردو - فرنسا
- شهادة التكوين التخصص المعقد في امراض الدم بجامعة مرسيليا - فرنسا
- طبيب ملحق سابق بالمستشفى الجامعي نيم الفرنسية

Agadir Le 03/08/21

Rapport Médical

Madame /monsieur IBNKHALDOUN BASMA
suivi(e) pour anémie ferriprive confirmée ne
répondant pas au traitement orale prolongé
de fer a bénéficié d'une perfusion de fer
intraveineuse à la dose de 200 mg sur une
heure ce jour le 03/08/21

Hématologie Clinique
Dr. Elomari Moulay Younes
Rue de l'AIT SOUSS II
Tél: 06 61 17 91 19
Tél: 05 40 09 01 02
Tél: 05 28 82 19 47
Tél: 06 61 17 90 09

رقم 18، عمارة ايت سوس الطابق الخامس، شارع الحسن الثاني - أكادير

N°18, Avenue El Hassan II, Imm Ait Souss 5^{ème} Étage - E-mail : drelomariyounes@yahoo.fr

Tél.d'urgence : 06 61 17 91 19 - Tél : 05 40 09 01 02 - 05 28 82 19 47

Identifiant IGR : 14389661 - Taxe Professionnelle : 48179012 - CNSS : 9343047

ICE : 001918208000079