

## 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 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-646776

80499

|   |                                       |                                  |                                 |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie                  | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)                    |                                       |                                  |                                 |
| Matricule : 8538                                  |                                       |                                  |                                 |
| Société : RAM                                     |                                       |                                  |                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif         | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |                                 |
| Nom & Prénom : IBN KHALDOUN MUSTAPHA              |                                       |                                  |                                 |
| Date de naissance : 19/09/1963                    |                                       |                                  |                                 |
| Adresse : N° 15 B loc 10 CITE SIDI MOHAMED AGADIR |                                       |                                  |                                 |
| Tél. : 068200433                                  | Total des frais engagés : 1000 Dhs    |                                  |                                 |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin : DR. M. YOUNES  |  |  |  |
| Hématologie Clinique  |  |  |  |
| N° 18, Résidence Aït Souk Bd. Hassan II<br>AGADIR - Tél: Urgences : 0661179039<br>Tél: Cabinet 0522521947 / 054009002   |  |  |  |
| Cachet du médecin :   |  |  |  |
| Date de consultation : 27/07/21   |  |  |  |
| Nom et prénom du malade : IBNKHALDOUN BASMA Age : 19 ans  |  |  |  |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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.<br>Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. |               |
| Coupon à conserver par l'adhérent(e).  |               |
| Matricule : 8538   |               |
| Nom de l'adhérent(e) : IBN KHALDOUN  |               |
| Total des frais engagés : 1000 DH  |               |
| Date de dépôt :  |               |

## **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  |
|-----------------|---------------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 27/07/2011      | perfusion<br>ch. Fen.     |                       | 300DH                           | INP : 091444000314<br>Dr. E. MARI My Younes   |
| 23/08/2011      | perf. uréth.<br>dej. Fen. |                       | 500DH                           | Dr. E. MARI My Younes<br>Hématologie Clinique<br>No 18, Résidence Aït Souss Bd. Hassan II<br>Tel. Urgences : 0661179009<br>Tel. 0661179007 / 0540090102 |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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"/>         |          |          |          |          |          |          |          |          |
| <br><b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> |                | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><b>H</b><br><table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> </tr> </table> <b>D</b> <b>G</b><br><table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table><br><b>B</b><br><p><b>(Création, remont, adjonction)</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |             |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 |
| 25533412                             | 21433552       |   |             |  |          |          |          |          |          |          |          |          |
| 00000000                             | 00000000       |   |             |  |          |          |          |          |          |          |          |          |
| 00000000                             | 00000000       |   |             |  |          |          |          |          |          |          |          |          |
| 35533411                             | 11433553       |   |             |  |          |          |          |          |          |          |          |          |
|                                      |                | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/><br><b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/><br><b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/><br><b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>   |             |  |          |          |          |          |          |          |          |          |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr.Eломари 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 يومنس

الاختصاصي أمراض الدم، السرطان

وزع النخاع الخصمي

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 سبق بالستشفي الجامعي بنية الفرنسية

Agadir Le 27/07/21

IBN KHALDOUN

BASMA

Note

d'honoraine

Perfusion de Fer

Soins

Dr. Elomari Moulay Younes  
Hématologie Clinique  
N°18, Résidence Aït Souss El Hassan II  
Aéroport - Tel. : 06 61 17 91 19 / 05 40 09 01 02  
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

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

◦ N°18, Avenue El Hassan II, Imm Aït Souss 5<sup>ème</sup> Étage - E-mail : drelomaryounes@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.Eломاري مولاي يونس

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

وذرة النخاع المضمن

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 ساق باستثنى الهاجي بيته الفرنسية

Agadir Le 03/08/21

IBNKHALDOUN

BASMA

Note

d'honorar

perfusion de fer

HOpS



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

◦ N°18, Avenue El Hassan II, Imm Aït Souss 5<sup>ème</sup> Étage - E-mail : drelomaryounes@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

الدكتور العمرى مولاي يونس

Spécialiste en Hématologie clinique , Oncohematologie 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

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

دبلوم التخصص من كلية الطب بالدار البيضاء

شهادة التكريمي المتخصص في أمراض الدم بجامعة بوردو - فرنسا

شهادة التكريمي المتخصص في الحقن في أمراض الدم بجامعة مرسيليا - فرنسا

طبيب ملحق سابق بالستشفى الجامعي بنجم القرطاجية

Agadir Le ٢٧/٠٧/٢١

## Rapport Médical

Madame /monsieur IBNKHALDOUN BASMA suivie(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 ٢٧/٠٧/٢١



# Dr. Elomari Moulay Younes

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

Diplôme 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 و زرع النخاع العضمي

كبار - أطفال

دبلوم التخصص من كلية الطب بالدار البيضاء

شهادة التحويل المتنصر في أمراض الدم بجامعة بودو - فرنسا

شهادة التحويل المتنصر في أمراض الدم بجامعة مرسيليا - فرنسا

طبيب ملحق سابق بالمستشفي الجامعي بنيم الفرنسي

( Sur Rendez- vous : **بالموعد** )

Nom et Prénom : **IBNKHALDOUN BASMA** Date : **03/08/2021**

## BILAN BIOLOGIQUE

### Faire faire SVP :

NFS Plaquettes

Réticulocytes

- Etude Morphologie des Hématies .
- Etude Morphologie des Plaquettes .
- Etude Morphologie des Leucocytes .
- Cellules Anormales .....

Férritinémie.

Fer Sérique.

CTF.

Electrophorèse des hémoglobines en HPLC

Urée.

Créatinine.

Clairance à la Créatinine.

VS.

CRP.

Glycémie.

Hémoglobine Glycosylée.

Triglycérides.

Cholestérol, LDH, HDL.

Electrophorèse des Protéines Sérique.

Recherche Protéinurie Bence Jones.

IF Protéines Sériques.

IF Protéines Urinaires.

Dosage Pondéral chaînes légères libre.

Bêta 2 Microglobuline.

GOT - GPT - Ph. Alcalines.

Haptoglobine.

BT - BC.

Sérologie HbS Ag - Ac.

Dr. Elomari Moulay Younes  
Hematologie Clinique  
Avenue Hassan II, Imm Aït Souss Bn Hassan II  
Tél.: 0528827947 / 0540090102  
Fax: 0528827947 / 0540090102  
E-mail: drelomariyounes@yahoo.fr

Sérologie HCV.

HTLV1.

HIV 1-2.

Parvovirus.

EBV développée.

RAI.

Test Coombs Direct.

Waaler rose.

Anti ECT,

Recherche de Cryoglobulines.

Ac Anti-DNA natif.

Anti Peptides Citrallines.

Réaction au Latex.

TCA.

Fibrinémie.

Ac. Anti-nucléaires.

Homocystéine.

TCA avec preuve T + M.

TP.

Protéine S.

Tps saignement (IVY).

Résistance Protéine C Activée.

Ac. Anti-phospholipides.

Dosage Protéines AT3.

Autre .....

Bilan à faire S.V.P le **03/08/2021**

# Dr. Elomari Moulay Younes

الدكتور العمرى مولاي يونس

اختصاصي أمراض الدم، السرطان و زرع النخاع العضمي  
كبار - أطفال

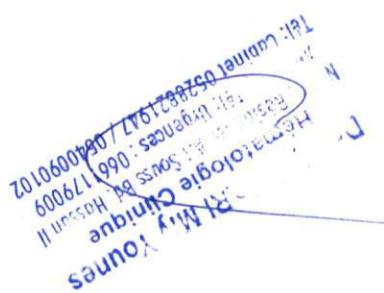
- Spécialiste en Hématologie clinique , Oncohématologie et Greffe de moelle osseuse ( Adulte – Enfant )
- Diplômé de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Attestation de formation spécialisée en hématologie clinique - Université de Bordeaux- France
- Attestation de formation spécialisée approfondie en hématologie clinique - Université de Marseille- France
- Ancien praticien attaché Oncohématologue au CHU de Nîmes - France

- 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 ملتحق سابق بالمستشفى الجامعي بنيم الفرنسية

Agadir Le 03/08/21

## Rapport Médical

Madame /monsieur IBNKHALDOUN BASMA suivie(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



رقم 18 . عمارة آيت سوس الطابق الخامس . شارع الحسن الثاني - أكادير  
N°18, Avenue El Hassan II, Imm Ait Souss 5<sup>e</sup> Etage - E-mail : dreelomariyounes@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