

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-643601

80497

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8538 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IBRAHIM KHALDOUN Mustapha

Date de naissance : 19/09/1963

Adresse : N° 15 Bloc 10 CITE SIDI Mohamed Agadir

Tél. : 0684200433

Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL CHARI Mly Younes
Hématologie Clinique
N° 18, Résidence Ail Souss Bd. Hassan II
AGADIR - Tél. Urgences : 0661179009
Tél. 0528821947 / 0540090102

Date de consultation : 13/10/2021

Nom et prénom du malade : IBRAHIM KHALDOUN BASMA Age :

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 : 13 / 07 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-643601

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 KHALDOUN

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
13/07/21	Perfusion Fémeal		500DH	(NP: 091174394)
16/07/21	Perfusion Fémeal		500DH	R. M. Young Clinique Médicale

EXECUTION DES ORDONNANCES

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES - 210

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

[illegible]

VOILE ADHÉRENT

* 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.

[illegible]

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
-------------------------------	--	--

	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">25533412</td><td style="text-align: center;">21433552</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">G</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">35533411</td><td style="text-align: center;">11433553</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
		MONTANTS															

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

		DATE DU DEVIS	
		DATE DE 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 بورдо - فرنسا »

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

« طبيب ملحق سابق بالمستشفى الجامعي بنيم الفرنسية »

Agadir Le 16/07/21

I BUKHALDOUN

BASMA

Note d'honneur

Perfusion Fermée

SOUDH

Dr. Elomari Younes
Hématologie Clinique
Ait Souss Bn. Ag. 4
Tél. : 0661 17 91 19 - 05 40 09 01 02 - 05 28 82 19 47
Tél. : 0661 17 91 19 - 05 40 09 01 02 - 05 28 82 19 47
Tél. : 0661 17 91 19 - 05 40 09 01 02 - 05 28 82 19 47
Tél. : 0661 17 91 19 - 05 40 09 01 02 - 05 28 82 19 47

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 العميق في أمراض الدم بجامعة مرسيليا - فرنسا »

« طبيب ملحق سابق بالمستشفى الجامعي بنيهم الفرنسية »

Agadir Le 13.07.21

IBRAHIM DOUN

BASMA

note d'honneur

Perfusion Ferme

500DH

Dr. Elomari Moulay Younes
Hématologie Clinique
Ait. Souss Dr. Hassan II
Tél : 06 61 17 91 19 - 05 40 09 01 02
Cabinet 05 40 09 01 02 / 05 40 09 01 02

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

الدكتور العمري 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

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 ملاحق مساعد بالمستشفى الجامعي بنيم الفرنسية

Agadir Le 16/04/21

Rapport Médical

Madame / Monsieur IBRAHIM KHALD 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 16/04/21.

Dr. Elomari Moulay Younes
Hématologie Clinique
Ait Souss Bd. Hassan II
Agadir
Tél: 0661179009 / 0540090102

رقم 18، عمارة ايت 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

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 المتخصصة في امراض الدم بجامعة بوردو - فرنسا
- » شهادة التكوين المتخصصة المعمق في امراض الدم بجامعة مرسيليا - فرنسا
- » طبيب ملحق سابق بالمستشفى الجامعي بنيم الفرنسية

Agadir Le 13 / 04 / 21

Rapport Médical

Madame / Monsieur IBN KHALDOUN 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 13/04/21 :

Dr. Elomari Moulay Younes
Hématologie Clinique
M. Elomari Moulay Younes
N° 18, Avenue El Hassan II, Imm Ait Souss 5^{ème} Etage
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 أيت 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