

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

Biologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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.



## Déclaration de Maladie

Nº M21- 073971

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

MUPRAS  
RECEPTION

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 32022 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Zeroual Mohamed

Date de naissance : 01-01-1958

Adresse : 03 Rue 18 Lot 1 W/ATHA 1 DE RAIA

Tél. 0666636957 Total des frais engagés : 300+ Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ZEROUAL MARWA Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Diathèse abdominale

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 Jérusalem

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Remboursement des Actes                     |
|-----------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 27/12/21 CS     | d                | 30000                 |                                 | <i>Abdeslam El MADI<br/>Chirurgien Dentiste<br/>3 Bd Omer El Khayam - 59000 - Lille</i> |
|                 |                  |                       |                                 |   |
|                 |                  |                       |                                 |   |
|                 |                  |                       |                                 |   |
|                 |                  |                       |                                 |   |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <i>Pharmacie PRINCIPE D'EUROPA<br/>BLOC 1 au 3 au 32083<br/>INPE 062049176</i> | 27/12/21 | 218.20                |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'examen.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |

# Dr. Abdeslam El Madani

Chirurgie Viscérale & Digestive Coelioscopique  
Lauréat de la faculté de médecine de Paris  
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris  
Ex chirurgien à l'hôpital militaire de Meknès



# د. عبد السلام المداني

جراحة الجهاز الهضمي والغدد الجراحية بالمنظار  
خريج كلية الطب بباريس  
جراح سابق بمستشفيات باريس  
جراح سابق بالمستشفى العسكري بمكنا  
الجراحة بالمنظار  
جراحة الجهاز الهضمي و المخرج  
الجراحة الباطنية وال العامة  
جراحة النساء والتقد  
جراحة السرطان - جراحة العروق  
الختانة

Coeliochirurgie

Chirurgie Viscérale et Digestive

Chirurgie Cancerologique

Chirurgie Gynécologique et Endocrinienne

Proctologie - Chirurgie des Varices

circoncision

Casablanca, le ..... الدار البيضاء في

27.12.2021

Mme ZEROUAL Marwa

## 1 OSMOSINE SIROP

Prendre 1 Cueillere a soupe le matin, à midi et le soir.

## 2 MEBO

1 S.V. / — / 6 08 jis

## 3 DIFAL 50 MG

Prendre 1 Comprimé le matin, à midi et le soir, au cours du repas, pendant 5 jours

## 4 MYANTALGIC CP EFFERV

Dr Abdeslam EL MADANI

MYANTALGIC®  
20 comprimés effervescents

PPV : 34 DH  
EXP : 08/2022  
LOT : 95025 2

DIFAL®  
Diclofénac sodique 50 mg  
Boîte de 30 comprimés  
PPV : 4,20 DH  
6 118000 190349

jusqu'à cicatrisation.

PPV: 140,00 dzns

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA  
Boulevard Sidi El Karroua  
BLOC 6° SAN 21  
Tél: 0522 22 53 20 83

Dr. Abdeslam EL MADANI  
Chirurgie Viscérale et Digestive  
22, Bd. Omar El Khayam 2ème étage, Résidence Fatima-Zohra - Beauséjour  
Tél.: 0522 36.69.00 / 06.66.19.12.30 - Fax : 0522 36.68.99 - GSM : 0661 06.92.51 - E-mail : abdeslam.elmadani@gmail.com - ICE : 001712744000080

Site Web : www.dr-elmadani.com الموقع الإلكتروني:

22, Bd. Omar El Khayam 2ème étage, Résidence Fatima-Zohra - Beauséjour - CASA  
Téléphone : 0522 36.69.00 / 06.66.19.12.30 - Fax : 0522 36.68.99 - GSM : 0661 06.92.51 - E-mail : abdeslam.elmadani@gmail.com - ICE : 001712744000080

En Cas d'Urgences Contacter Clinique Longchamps au Tél. : 05 22 04 07 07 في حالة المستعجلات الاتصال بمصحة لوتشون الهاتف: