

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0052045

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 998 Société : R A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEKOUCH Driss

Date de naissance : 14 OCT 1949

Adresse : 41 Rue Ibn Kattân P. BURGER CASA

Tél. : 2668913755 Total des frais engagés : 487,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 10/10/2019

Nom et prénom du malade : BEKOUCH Driss Age : 70

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

Nature de la maladie : Bouche

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 : Casablanca Le : 28/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° A-A-215 / 2019

### Adresses Mails utiles

- ☐ Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- ☐ Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- ☐ Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.



# 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
24/12/22			3 000 x	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/10/22	187,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ 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														
				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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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

# 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

Coeliouchirurgie  
Chirurgie Viscérale et Digestive  
Chirurgie Cancerologique  
Chirurgie Gynécologique et Endocrinienne  
Proctologie - Chirurgie des Varices  
circoncision



## د. عبد السلام المدني

جراحة الجهاز الهضمي والغدد الجراحية بالمنظار  
خريج كلية الطب بباريس  
جراح سابقاً بمستشفيات باريس  
جراح سابقاً بالمستشفى العسكري بمكناس  
الجراحة بالمنظار  
جراحة الجهاز الهضمي والمخرج  
الجراحة الباطنية العامة  
جراحة النساء والغدد  
جراحة السرطان - جراحة العروق

Casablanca, le 24.10.2022 في البيضاء

Mr BELKOUCH Driss

134,50  
1 FUCIDINE CP 250 MG

39,70  
2 FUCIDINE 2 %

13,20  
3 ALGIK CP

ALGIK® 500 mg+50 mg

16 comprimés



Dr Abdeslam EL MADANI

Fucidine® 2%  
pommade Tube de 15 g

39,70

Fucidine® 2% pommade

Tube de 15 g



PHARMACIE ET PARAPHARMACIE  
ROUTE D'EL JADIBA  
240, Bd Brahim Roudani  
Casablanca  
Tél: 05 22 99 57 46

Dr. Abdeslam EL MADANI  
Chirurgien  
INPE : 09 10577  
22, Bd. Omar El Khayr  
Tél : 0522 36 69 00

Titulaire de l'ANM au Maroc : POLYMEDIC

Quartier Arsalane, Rue Amyot d'invill

CASABLANCA-MAROC

FUCIDINE® 250 mg

Comprimé pelliculé

Boîte de 10 comprimés



PPV : 134 DH 50

22, Bd. Omar El Khayr - Casablanca - Tél : 0522 36 68 99 - GSM : 0661 06 92 51 - E-mail : abdeslam.elmadani@gmail.com - ICE : 001712744000080  
Fax : 0522 36 68 99 - GSM : 0661 06 92 51 - E-mail : abdeslam.elmadani@gmail.com - ICE : 001712744000080  
الموقع الإلكتروني : www.dr-elmadani.com

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