

## 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.

N° W19-439691

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>0004</u>		Société : <u>Royal Air Maroc</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>Retraite'</u>
Nom & Prénom : <u>NACHIT LAFKIBIRA</u>		(Vende Bourkia Med)	
Date de naissance : <u>1931</u>		HABITUELE	
Adresse : <u>05 22 396705</u>		Total des frais engagés : <u>626,85</u> Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<i>Dr. Abdesslam EL MADIANI Chirurgien</i>			
Date de consultation : <u>22/09/2019</u>			
Nom et prénom du malade : <u>NACHIT LAFKIBIRA</u> Age : <u>88 ans</u>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Diabète</u>			
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 au 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 :	<u>CASABLANCA</u>		
Signature de l'adhérent(e) :			
<i>[Signature]</i>			
Le : <u>22 / 10 / 2019</u>			
<b>MUPRAS</b>			
<b>ACCUEIL</b>			

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
05/12/19 C.S	Sale	1524	20000	INP : <input type="text"/> Dr. Abdeslam El Mhamdi Signature : Dr. Abdeslam El Mhamdi Omar El Mhamdi Casablanca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL WOUROUUD 67, rue Hassan II - Casablanca Téléphone: 34808192	20/08/19	105,85

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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"/>																				
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																				
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																				
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																				
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2">G</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	D		00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553	B		G		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
H		25533412	21433552																						
D		00000000	00000000																						
		00000000	00000000																						
		35533411	11433553																						
B		G																							
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																				
					<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																				
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																				

# 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

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

د. عبد السلام المداني  
جراحة الجهاز الهضمي والغدد الჯراحة بالمنظار  
خريج كلية الطب بباريس  
جراح ساقاً بمستشفيات باريس  
جراح سابقاً بالمستشفى العسكري بمكناش  
الجراحة بالمنظار  
جراحة الجهاز الهضمي و المخرج  
الجراحة الباطنية والعامة  
جراحة النساء والغدد  
جراحة السرطان - جراحة العروق  
الختانة

Casablanca, le ..... 08.10.2019 ..... الدار البيضاء في

Mme NACHIT Kbira

Lot n° : 190301  
À consommer de  
préférence avant le : 05/2022  
PPC : 79,95 DH

1 OXANTIN CP

15

2 TRIBUTINE SACHET

24 Deux fois par jour à reprendre  
en sachet 3x1 - les repas pendant 05 jrs

Dr Abdeslam EL MADANI

LOT : 4286  
UT.AV : 07 - 24  
P.P.V : 45 DH 90

PHARMACIE AL WOUROUDI  
67, Rue des Roses A Corde d'Or  
Majid Amour Beauséjour  
Tél: 0522 36 84 30 - Beauséjour  
Patiente: 34008192  
Patente: 34008192

Dr. Abdeslam EL MADANI  
Chirurgien  
22 Bd. Omar Khayam - Beauséjour  
Tél: 0522 36 69 00 - Casablanca

22, Bd. Omar El Khayam 2ème étage, Résidence Fatima-Zohra - Beauséjour - CASA  
الموقع الإلكتروني : abdeslam.elmadani@gmail.com - ICE : 001712744000080  
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

En Cas d'Urgences Contacter Clinique Ghandi au : 05 22 94 07 74 / 05 22 36 74 05 في حالة المستجدات الاتصال بمصحة غاندي الهاتف :

**Docteur Abdeslam El Madani**  
**CHIRURGIEN**  
Lauréat de la faculté de médecine de Paris  
**Chirurgie Coelioscopique**  
**Chirurgie Viscérale, Digestive**  
**Endocrinienne et Vasculaire**  
**ECHOGRAPHIE ABDOMINALE**  
22, Bd Omar El Khayam Beauséjour Casablanca  
Tel : 0522366900

CASABLANCA LE 08 /10 /2019

### **COMPTE-RENDU D'ECHOGRAPHIE ABDOMINALE**

**NOM NACHIT**  
**PRENOM KBIRA**

#### **RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :**

##### **DOULEURS ABDOMINALES**

- Foie de contours réguliers, de taille normale ;
- Vésicule biliaire MULTIlithiasique
- Voie biliaire principale fine, elle est apparemment libre ;
- Les voies biliaires intra-hépatiques ne sont pas dilatées, les veines sus-hépatiques sont de répartition et de morphologie normale ;
- Le TP est mesuré à 8 mm, de calibre normal, libre,
- La rate est d'echostructure homogène, de taille normale,
- Les reins sont de taille normale, avec une bonne différentiation cortico-medullaire, il n'y a pas d'image de lithiase ni hypotonie des calices droites
- Kyste renal droit
- Le pancréas a pu être exploré en totalité , il n'y a pas d'image suspecte détectable échographiquement ;
- Il n'est pas détecté d'adénopathies profondes,
- Il n'y a pas d'ascite dans le cul de sac de DOUGLAS, ni dans l'espace inter-hépato-rénal de MORISSON ;

#### **CONCLUSION**

#### **LITHIASE VESICULAIRE**

Dr A EL MADANI  
Dr. Abdeslam EL MADANI  
Chirurgien  
22 Bd O. El Khayam - Beauséjour  
Tatc : 0522366900 - Casablanca

