

Dr. Ali OUDGHIRI

Spécialiste

des Maladies de l'Appareil Digestif

(Foie - Estomac - Intestin - Hémorroïdes)

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Ancien Spécialiste des hôpitaux Militaires du Maroc
Membre de la société nationale française de gastro-entérologie

Vidéoendoscopie digestive - Echographie digestive

Cathéferisme rétrograde des voles biliaires (CPRE)

Proctologie Médicale et Instrumentale

Chirurgie Anale

(Hémorroïdes - Fissures - Fistules - Abcès)



الدكتور علي الودغيري

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

المعدة - الأمعاء - الكبد - البواسير

خريج كلية الطب بباريس

طبيب ملحق سابقاً بالمستشفيات العسكرية بالمغرب

عضو الجمعية الفرنسية الوطنية لأمراض الجهاز الهضمي

الفحص بالأشعة مافوق الصوتية (التلفاز)

الفحص الداخلي بالمنظار الفيديو للمعدة والأمعاء

جراحة البواسير

200154

Casablanca le : 28/03/2024

N^w Amel SCALLY ASSADY

- Transaminases, Ch + TG + RAT
- TP TCA, glycémie + Hb glycosylée
- NFS vs CRP Ferritine, Vit D
- TSH, Uree Creat Acide urique

Signature of Dr. Ali Oudghiri

Docteur Ali OUDGHIRI
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
(Foie - Estomac - Intestin - Hémorroïdes)
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Ancien Spécialiste des hôpitaux Militaires du Maroc
Membre de la société nationale française de gastro-entérologie
Vidéoendoscopie digestive - Echographie digestive
Cathéferisme rétrograde des voles biliaires (CPRE)
Proctologie Médicale et Instrumentale
Chirurgie Anale
(Hémorroïdes - Fissures - Fistules - Abcès)
Tél : 0224 24 10 18
Fax : 0224 24 10 19
Email : docteuroudghiri@gmail.com



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

W21-845511

Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) _____

Vatricule : 10991 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : _____

Nom & Prénom : ASSADY ANAL

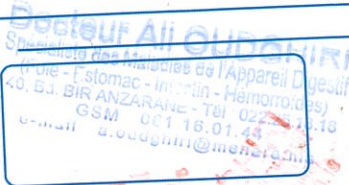
Date de naissance : 17/06/1974

Adresse : 561-Casagroutoun Bouskoura - Cas

Tél. : 0661436002 Total des frais engagés : _____

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/03/2026

Nom et prénom du malade : SCALY ASSADY ANAL Age: 1976

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

Nature de la maladie : M u Hépatite chronique

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : _____

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : _____

Signature de l'adhérent(e) :


VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie W21-845511

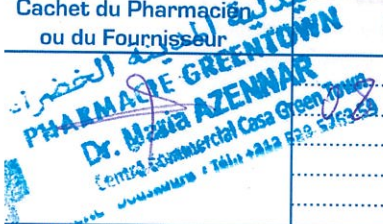
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule : 10991
Nom de l'adhérent(e) : ASSADY ANAL
Total des frais engagés : _____

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
8/3 2024	G		309,000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/3/26	# 202,201#

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.