

## 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-653632

135083

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4656 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENKIRANE FAWZIA

Date de naissance : 08/11/1950

Adresse : 304, Bd Zerktouni - CASBA

Tél. : 0661 424887 Total des frais engagés : 419,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr ALIGHIERI VALERIE**  
MEDECINE GÉNÉRALE - GÉRIATRIE  
NUTRITION DIABÉTOLOGIE  
7, Rue Kadi Iass 2ème étage  
Maarif - Casablanca  
Tél : 0522 95 10 06

Date de consultation : 05 / 09 / 2022

Nom et prénom du malade : BENKIRANE Fawzia Age :

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

Nature de la maladie : Pharyngite

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 : 05 / 09 / 2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



### 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
05/09/2021	5		250	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE IBN HAYANE</b> <b>ABDELKARIM AGHARABI</b> Bourgoine - Bourgogne - Casablanca Tél: 0522 26 40 21 E: 001547302000067	07/09/21	169,10

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

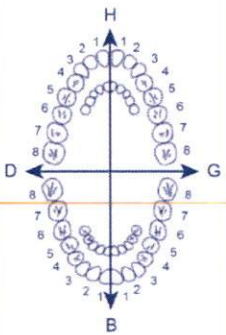
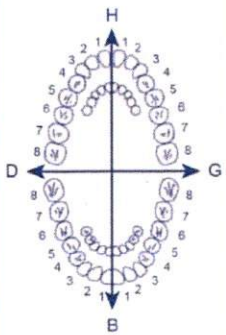
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>                         H                          25533412                          00000000                          D                     </div> <div>                         21433552                          00000000                          G                          00000000                          35533411                          B                     </div> </div>			INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DATE DU DEVIS [ ]
				DATE DE L'EXECUTION [ ]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr ALIGHIERI VALERIE**

**MÉDECINE GÉNÉRALE-GÉRIATRIE  
NUTRITION-DIABÉTOLOGIE**

Diplômée de la Faculté  
de Médecine de Besançon - France

Consultation sur rendez-vous  
Visites à domicile

Casablanca, le ..... **05.09.2022** في الدار البيضاء

**Mme BENKIRANE Fawzia**

**1 ZITHROMAX CP 500 MG (BTE 3)**

1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 jours.

**2 DOCIVOX ( SIROP)**

1 cuillère à soupe le matin, à midi et le soir, pendant 6 jours.

**3 VITA C 1000 CP SANS SUCRE**

1 comprimé le matin.

**4 METEOSPASYL caps molle : B/20**

1 capsule le matin, à midi et le soir, avant le repas, pendant 15 jours.

**الدكتورة أليغيري فاليري**

الطب العام - طب الشيخوخة

التغذية - مرض السكري

**PHARMACIE IBN HAYANE**

**ZOUGARI LAGHRARI ABDESAM**

Mosquée Badr - Bourgogne - Casablanca

Tél: 0522 26 40 21

CE : 001547302000067

خريجة كلية الطب

بنس بفرنسا

الاستشارات بالموع

زيارات منزلية

UT.AV. : 01 2023

P.P.V.

LOT N° : 1301057

LOT: 220545

DLUO: 07/2025

49,000DH

**صيدلية ابن حيان**  
**PHARMACIE IBN HAYANE**  
**ZOUGARI LAGHRARI ABDESAM**  
Mosquée Badr - Bourgogne - Casablanca  
Tél: 0522 26 40 21  
CE : 001547302000067

**METEOSPASYL® B 20 caps molles**

Alvéine citrate 80 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

**Dr. ALIGHIERI VALERIE**  
MEDECINE GÉNÉRALE - GÉRIATRIE  
NUTRITION - DIABÉTOLOGIE  
7, Rue Kadi Iass, 2ème étage  
Maârif - Casablanca  
Tél 0522 99 19 06

7, Rue Kadi Iass, Rés. El Wassia (Imm. Mac Donald's), 2ème Etage, Maârif - Casablanca

7، زنقة قاضي إياس، عمارة الوصية، الطابق الثاني، المعاريف - الدار البيضاء

Tél. : +212 522 991 906 - Email : docteuralighieri@gmail.com