

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.

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° W21-653914

17-5-2023

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4656 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENKIRANE FAWZIA

Date de naissance : 08/11/1952

Adresse : 307, Bd Zerkouni, CASA

Tél. : 0661424887 Total des frais engagés : 711,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. ALIGHIERI VALERIE
MEDECINE GENERALE - GERIATRIE
NUTRITION DIABETOLOGIE
7, Rue Kadi Iass 2ème étage
Maarif - Casablanca
Tél : 0522 99 19 06

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/09 / 2023

Nom et prénom du malade : BENKIRANE Fawzia Age : 72m

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

Nature de la maladie : ZONA INTERCOSTAL

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 : 04 / 09 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
01/09/2023	S		250 dh	INP : INP : 091008235

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

01/09/23 461,30

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

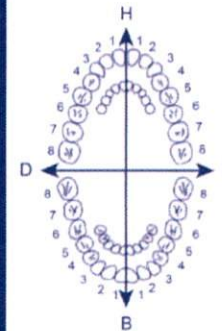
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

INP : INP : 091008235



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

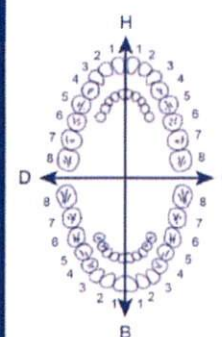
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



PHARMACIE BEN HAYANE
BOUGARI LAGHARI ABDESLAM
Mosquée Badr - Bourgogne - Casablanca
Tél: 0522 26 40 21
ICE : 001547302000067

الدكتورة أليكييري فاليري

**الطب العام - طب الشيخوخة
التغذية - مرض السكري**

**خريجة كلية الطب
ببنس بفرنسا**

**الاستشارات بالموع
زيارات منزلية**

01.09.2023

الدار البيضاء في

Mme BENKIRANE Fawzia

1 VALEX 500 MG CP (BTE/42)

2 comprimés le matin, à midi et le soir. 7 jours

2 VITA C 1000 CP SANS SUCRE

1 comprimé le matin.

3 DOLIPRANE 1000 mg cp : B/8

1 comprimé le matin, à midi et le soir, pendant 5 jours.

4 SEDASTERIL CREME LAVANTE (250 ML)

toilette matin et soir

PPV:14DH00
PER:06/26
LOT:M1901

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

7, Rue Kadi lass, 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