

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 059530

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3253

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUDOUCH HASSAN

Date de naissance : 10/04/1955

Adresse : 85 Lot Epinal Apt 4 Maarif Extension Casablanca

Tél. : 0624030343 Total des frais engagés : 617,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ALIGHIERI VALERIE  
MEDECINE GÉNÉRALE - GÉRIATRIE  
NUTRITION - DIÉTÉTIQUE  
7, Rue Kadi Iass 1ème étage  
Maarif - Casablanca  
Tél. 0522 99 19 06

Date de consultation : 23/05/2022

Nom et prénom du malade : BOUDOUCH Hassan Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Fract. Crâne

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
23/09/2022	CS		2500	<b>Dr. ALCHIERI VALERIE</b> MEDECINE GENERALE - GERIATRIE NUTRITION - DIABETOLOGIE 7, Rue Kadi Iass 2ème étage Maarif - Casablanca Tél : 0522 99 19 06

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Madame BARTAL FATIMA</b> Pharmacie Achraf Rue Souk Maarif Casablanca - Tél : 0522 25 22 09	23/09/2022	367,90

# 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
		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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																						
	<table><tr><td>H</td><td></td><td>H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr><tr><td>B</td><td></td><td></td></tr></table>	H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																				
	25533412	21433552																					
	00000000	00000000																					
	D		G																				
	00000000	00000000																					
	35533411	11433553																					
	B																						

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 ..... **23.09.2022** ..... في الدار البيضاء

**Mr BOUDOUCH Hassan**

**1 ALCASTERIL CREME LAVANTE (125 ML)**

toilette X 2 / jour 3 semaines

**2 MYCOSTER 1 % sol p appl cut : FI/30ml**

1 application / jour pendant 3 semaines

**3 ZYRTEC CP 10 MG**

1 comprimé au coucher, pendant 1 mois.

**4 RELAXIUM B6 375 MG ( BTE / 30)**

1 gelule par jour soir pendant 2 mois

**الدكتورة أليغيري فاليري**

**الطب العام - طب الشيخوخة**

**التغذية - مرض السكري**

**خريجة كلية الطب**

**بمنسب بفرنسا**

**الاستشارات بالموع**

**زيارات منزلية**

43,50

**Madame PARTAL FATIMA**  
Pharmacie A. Maârif  
Rue Socrate - Maârif  
Casablanca - Tél : 0522 25 22 09

LOT: 220425  
DLUO: 06/2025  
99,00DH

laboratoires Deva Pharmaceutique

LOT: 220425  
DLUO: 06/2025  
99,00DH

**Madame PARTAL FATIMA**  
Pharmacie A. Maârif  
Rue Socrate - Maârif  
Casablanca - Tél : 0522 25 22 09

**Dr. ALIGHIERI VALERIE**  
MEDECINE GÉNÉRALE - GÉRIATRIE  
NUTRITION - DIABÉTOLOGIE  
7, Rue Kadi Iass 2ème étage  
Maârif - Casablanca  
Tél : 0522 99 10 10

Tot = 367,90

63,20

63,20

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

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

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