

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.

27/1807

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4656

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEN KIRANE FAWZIA

Date de naissance :

21/11/1950

Adresse :

307, Bd Zerkouani CASABLANCA

Tél. :

0661421887 Total des frais engagés : 705,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. ALIGHIERI VALERIE
MEDECINE GENERALE-PEDIATRIE
NUTRITION-DIETOLOGIE
7, Rue Kadi Idriss 2ème étage
Maârif - Casablanca
Tél 05 22 20 19 06

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : 08/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
08/06/2013			250,00	 INP : INPE 091008235 DR. ALIGHIERI VALERIO MEDECINE GENERALE GÉRIATRIC NUTRITION DIAPHTOSES 2, Rue de la République

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>ARMACIE BIJARAYANE SARL ACHOUR ADDISAM sousse Badr - Bourgogne - Casablanca Tél: 0522 26 40 21 Fax: 001547302000067</i>	<i>28/10/23</i>	<i>455,00</i>

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.																	
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																	
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																	
	O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE														
			<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B		35533411			11433553
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
	B		35533411														
			11433553														
			<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B		35533411			11433553
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
	B		35533411														
		11433553															
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																	

Dr ALIGHIERI VALERIE

MÉDECINE GÉNÉRALE-GÉRIATRIE
NUTRITION-DIABÉTOLOGIE



Diplômée de la Faculté
de Médecine de Besançon - France

Consultation sur rendez-vous

Visites à domicile

صيغة
PHARMACIE IBN HAYANE
ZOUGANI MURARI ABDESALAM
Casablanca le
Mosquée Budr - Bourgogne - Casablanca
Tél: 0522 26 40 21
0154730200067

08.06.2023

Mme BENKIRANE Fawzia

1 COTAREG 80 mg/12,5 mg cp pellic : Plaq/30

1 cp / jour le matin qsp 3 mois

2 CRESTOR 5 mg cp pellic : Plq/30

1 comprimé le soir, avant le repas, pendant 3 mois.

PPV: 49,60 DH
LOT: 23C14
EXP: 03/2026

E FORT AMP 100 000 UI (B/3)

4 FERPLEX FLACON (B /10)

1 flacon le matin et le soir, pendant 1 mois.

5 VITAMINE C ACEROLA 600 MG

1 cp le matin qsp 1 mois

6 STIMOL 1g/10ml sol buv : 18Amp/10ml

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

LOT: 0434
PER: 01 2026
PPV: 46.00DH

455,60

7, Rue Kadi lass, Rés. El Wassia (Imm. Mac Donald's), 2^{eme} Etage, Marrakech-Casablanca

، زنقة قاضي إيس، عمارة الوصبة، الطابق الثاني، المعاريف - الدار البيضاء

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

الدكتورة أليكيري فاليري

الطب العام - طب الشيخوخة

التغدية - مرض السكري

خريجة كلية الطب
بنينس بفرنسا

الاستشارات بالموعد

زيارات منزلية

الدار البيضاء في

