

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° W21-653644

171807

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4656

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BENKIRANE FAWZIA

Date de naissance :

01/11/1950

Adresse :

307, Bd Zerkouni CASABLANCA

Tél. :

0661424887

Total des frais engagés :

705,60 DH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. ALIGHIERI VALERIE
MEDECINE GÉNÉRALE - GÉRIATRIE
NUTRITION - PNEUMOLOGIE
7, Rue Kadi Iqbal 2ème étage
Maarif - Casablanca
Tél. 0522 22 19 06

Date de consultation :

08/06/2023

Nom et prénom du malade :

BENKIRANE Fawzia Age: 72a

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

HTA - Asthme

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) :

[Signature]

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
08/06/2023	5		25000	INPE: 09100823 Dr. ALIGHIERI VALERIE MEDECINE GENERALE - GERIATRIE 7, Rue Kéroul - DIRETO

INP : [] PE : 091008235

Dr. ALIGHIERI VALERIE
MEDECINE GENERALE - GÉRIATRIE
NUTRITION - DIABÉTOLOGIE
Rue Kaffee - 2ème étage
Mairie - Casablanca
Tél : 02 99 19 06

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/06/23	455,00

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

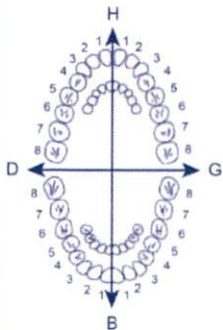
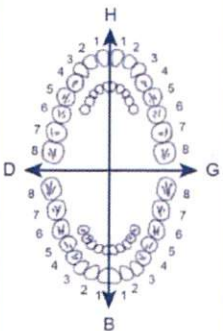
[illegible][illegible]

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 : <input type="text"/>
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Important :

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

INP : | | | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE 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

PHARMACIE IBN HAYANE
LOUGAN MURARI ABDESAM
Casablanca, le 08.06.2023
Mosquée Badr - Boulogne - Casablanca
Tél: 0522 26 40 21
0522 4730200067

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

FOR AMP 100 000 UI (B/3)

1 ampoule / mois pendant 3 mois

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

Dr. ALIGHIERI VALERIE
MEDECINE GÉNÉRALE-GÉRIATRIE
NUTRITION-DIABÉTOLOGIE
7, Rue Kadi Iass, 2^{ème} Etage, Maarif - Casablanca
Tél: 0522 991 906

الدكتورة أليغيري فاليري

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

**خريجة كلية الطب
ببنس بفرنسا**

**الاستشارات بالمعد
زيارات منزلية**

الدار البيضاء في

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs



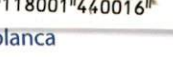
6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

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

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

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