

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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° W21-791819

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule: 11533 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : NASR Noura AS 8906

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0600 673793 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/03/2023

Nom et prénom du malade : TAPROUTE AYA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

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 : Le : 01/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-791819

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. RAHAL Hajar Annas. S21/184 N° 1 Victoria City 06.81.1.83.38 05.20.830.11	02/03/23	85,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VIOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BENNAJ NACIRI Siham
Centre dentaire Ville Verte

Andalous, Bnk 5 N° 2, Bouskoura
TEL: 03.22.59.00.87- URG: 06.61.621.655

MEDECIN DENTISTE
PEDODONTISTE

- Diplômée de la faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal
- Ancienne médecin dentiste à l'hôpital de Montréal pour enfants - CHU McGill
- Ancienne membre de l'Association Dentaire Canadienne
- Ancienne membre de la NorthWest Territories Dental Association
- Ancienne membre de l'Ordre des Dentistes du Québec



طبيبة جراحة للأسنان
إختصاصية في الأطفال

- خربيحة كلية طب الاسنان بجامعة مونتريال بكندا
- طبيبة اسنان سابقة بمستشفى متوريل للأطفال
- عضوة سابقة بالهيئة الكلية لطب الأسنان
- عضوة سابقة ببيئة طب الأسنان بالأقاليم الشمال غربية بكندا
- عضوة سابقة ببيئة أطباء الأسنان بكيبك

Bouskoura , le 01.10.2023 . بوسكورة ، في

Nom & Prénom TAFROUTI AYA

55,00

* Anail 1g

1 gp 21j x 7j

S.V

30,00

* Nodolfe 400g

1 gp 31j x 5j

S.V

T = 85,00

PHARMACE MUL VICTORIA
Dr. RAHAL Hajar
Annas. S2 2164 06.06.2153.38
05.20.6.0211

NO - DOL - FEN 400MG
CP PELL B30
P.P.V : 30DH00
6 118000 161873

Dr. BENNANI NACIRI Siham
Centre Dentaire Ville Verte
Andalous, Imm 5 N° 2, Bouskoura
TEL: 05.22.59.00.87 - URG: 06.61.621.655

مكاتب ياسمين، عمارة 5 ، شقة 2 ، رياض الاندلس، بوسكورة

Jasmine Offices Imm 5, Bur N° 2, (à côté de Carrefour), Riad Al Andalous, Bouskoura

Téléphone : 05.22.59.00.87

www.cdvv.ma

Urgences : 0661.621.655

Amoxil 1g

amoxicilline

comprimés dispersibles

Composition :

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) 1g

Excipient q.s.p. 1 comprimé

Contient de l'aspartam.

Cet étui contient 12 comprimés dosés à 1g, soit 12g d'amoxicilline.

اموكسيسلين 1غ. يحتوي هذا الدواء على
الاسبرتام

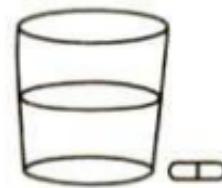
Lire attentivement la notice avant utilisation.

اقرؤوا النشرة بانتباه قبل الاستعمال

• **Précautions :** tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Ce médicament peut causer des allergies.

يحفظ بعيداً عن متناول ومرأى الأطفال
هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية



A avaler avec un verre d'eau
يبلع مع كأس من الماء

ou



A mettre préalablement dans un demi verre d'eau avant ingestion

إذابة للقرص في كوب من الماء وحرك الخليط

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

AMOXIL 1g 
12 comprimés dispersibles



6 118000 160038

PER : 11 / 24

LOT : 650866

PPV : 55,00 DH



- Diplômée de la faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal
- Ancienne médecin dentiste à l'hôpital de Montréal pour enfants - CHU McGill
- Ancienne membre de l'Association Dentaire Canadienne
- Ancienne membre de la NorthWest Territories Dental Association
- Ancienne membre de l'Ordre des Dentistes du Québec



- خريجة كلية طب الاسنان بجامعة مونتريال بكندا
- طبية اسنان سابقة بمستشفى مونتريال للأطفال
- عضوة سابقة بالجامعة الكندية لطب الأسنان
- عضوة سابقة بهيئة طب الأسنان بالأقاليم الشمال غربية بكندا
- عضوة سابقة بهيئة أطباء الأسنان بكيبك

Bouskoura , le01/.....03/.....2023 بوسكورة ، في

Nom & PrénomAYA TAFROUTE.....

Facture N° : 202300062

Reçue la somme de 450,00 Dhs

QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS

pour soins dentaires.



مكاتب ياسمين، عمارة 5 ، شقة 2 ، رياض الاندلس، بوسكورة

Jasmine Offices Imm 5, Bur N° 2, (à côté de Carrefour), Riad Al Andalous, Bouskoura

Téléphone : 05.22.59.00.87

www.cdvv.ma

Urgences : 0661.621.655

MEDECIN DENTISTE
PEDODONTISTE

- Diplômée de la faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal
- Ancienne médecin dentiste à l'hôpital de Montréal pour enfants - CHU McGill
- Ancienne membre de l'Association Dentaire Canadienne
- Ancienne membre de la NorthWest Territories Dental Association
- Ancienne membre de l'Ordre des Dentistes du Québec

طبيبة جراحة للأسنان
اختصاصية في الأطفال

- خريجة كلية طب الاسنان بجامعة مونتريال بكندا
- طبيبة اسنان سابقة بمستشفى مونتريال للأطفال
- عضوة سابقة بالهيئة الكندية لطب الأسنان
- عضوة سابقة ب الهيئة طب الأسنان بالأقاليم الشمال غربية بكندا
- عضوة سابقة ب الهيئة طب الأسنان بكيبك

Bouskoura , le

01/03/2023

بوسکورہ ، فی

Nom & Prénom **MME. TAFROUTE AYA**

COMPTE RENDU

- Dentition incomplète au niveau des arcades maxillaires et mandibulaires.
- Caries dentaires multiples.
- Aspect normal des ATM.
- Aspect normal des sinus maxillaires.

Dr. BENNAÑI NACIRI Siham
Centre Dentaire Ville Verte
Andalous Imm 5 N° 2, Bouskoura
TEL: 0522.59.00.87 - URG: 0661.621.655

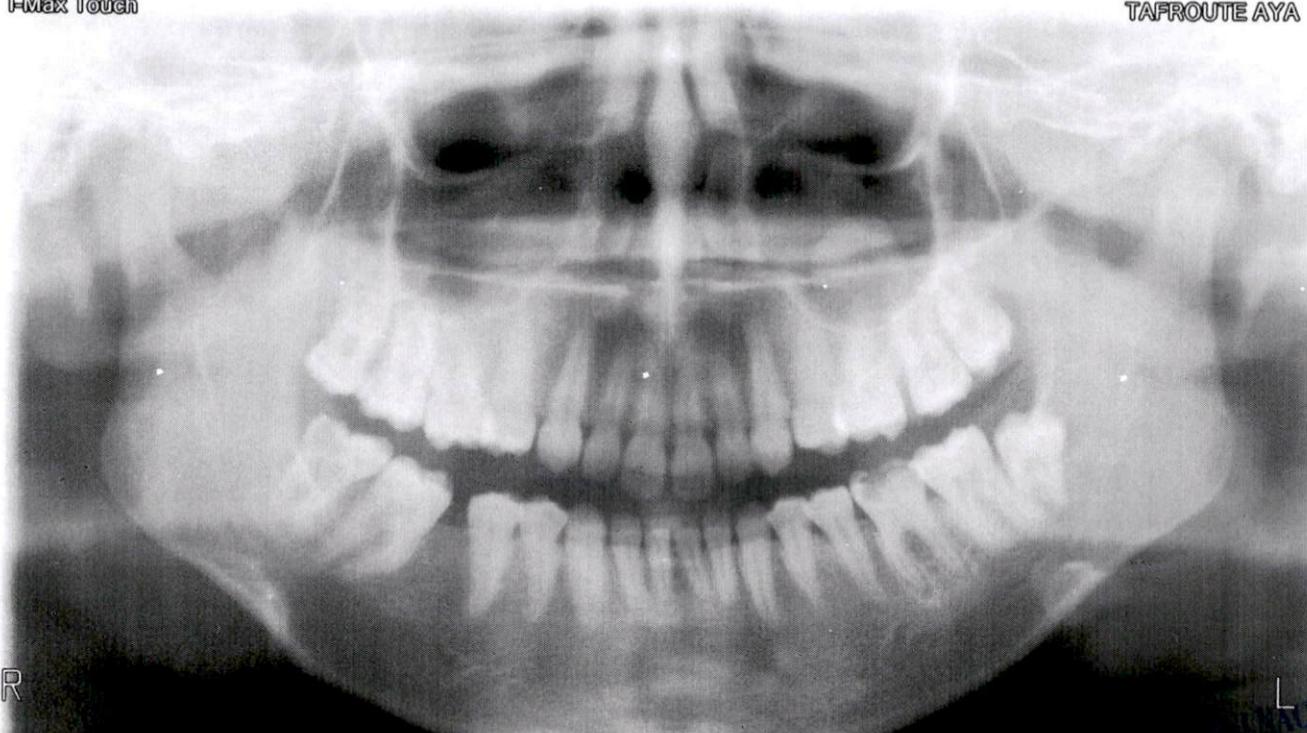
مكاتب ياسمين، عمارة 5 ، شقة 2 ، رياض الاندلس، بوسکورہ

Jasmine Offices Imm 5, Bur N° 2, (à côté de Carrefour), Riad Al Andalous, Bouskoura
Téléphone : **05.22.59.00.87** www.cdvv.ma Urgences : **0661.621.655**

CENTRE DENTAIRE VILLE VERTE

I-Max Touch

TAFROUTE AYA



01/03/2023 12:42 - PANORAMIC' NORML - 72kV 6.0mA 14.4s - 7.00uGym2 (A: 37%)

AGIRI Siham
Centre Dentaire
Andalous Ville Verte
2, Bouskoura
TEL: 05.22.31.00.65 URG: 06.61.621.655