

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

- Reclamation : 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° W21-791819

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11533 Société :

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** :

Nom & Prénom : NASSR Nouna

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0600 673793 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. BENNANI NACIRI SHAM
Centre Médical Elina Verte
Andalous, Maroc N° 2, Bouskoura
TEL: 05 22 59 00 87 - URG: 06 61 621 655

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 :

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.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) : AYA

Total des frais engagés : 85.4 USD

Date de dépôt :

Coupon à conserver par 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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NOUR Dr. RAHAL Hajar Annast. S21-118338 06.81.11.83.38 05.20.630.111	01/03/23	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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

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'OOF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 06417342																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> 450,00 DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> 01/03/23 FIN D'EXECUTION <input type="text"/> 01/03/23																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td colspan="2">H</td> <td></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 colspan="2">B</td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BENNAI NACIRI Siham
Centre Dentaire Ville Verte
Andalous, Lot 5 N° 2, Bouskoura
TEL: 0522.59.00.87 - URG: 06.61.621.655

Centre Dentaire Ville Verte

مركز المدينة الخضراء لطب الاسنان

Dr. BENNANI Naciri Siham

الدكتورة بناني ناصري سهام

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 الاطفال

- خريجة كلية طب الاسنان بجامعة مونتريال بكندا
- طبيبة اسنان سابقة بمستشفى مونتريال للأطفال
- عضوة سابقة بالهيئة الكندية لطب الاسنان
- عضوة سابقة بهيئة طب الاسنان بالاقاليم
- الشال غربية بكندا
- عضوة سابقة بهيئة أطباء الأسنان بكيبك

بوسكورة ، في 01/03/2023

Nom & Prénom TAFROUT AYA

55,00

* Anail 1g

1g 21 x 7z

30,00

* NoDol 400g

1g 31 x 5z

T= 85,00



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

PHARMACIE NUR VICTORIA
Dr. RAHAL Hajar
Annasr, S22 164 174 Victoria City
06.61.621.655
05.20.621.655

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.

اموكسيسيلين ١ غ. يحتوي هذا الدواء على
الاسبرتام

Lire attentivement la notice avant utilisation.

اقرأ النشرة بانتباه قبل الاستعمال

À garder hors de la vue et de la portée des enfants.

Ce médicament peut causer des allergies.

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال
هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



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 القرص في كوب من الماء وحرك الخليط

AMOXIL 1g 12 comprimés dispersibles



PPV : 55,00 DH
LOT : 650866
PER : 11 / 24

Centre Dentaire Ville Verte

مركز المدينة الخضراء لطب الاسنان

Dr. BENNANI Naciri Siham

الدكتورة بناني ناصري سهام

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

- خريجة كلية طب الاسنان بجامعة مونتريال بكندا
- طبيبة اسنان سابقة بمستشفى مونتريال للأطفال
- عضوة سابقة بالهيئة الكندية لطب الأسنان
- عضوة سابقة بهيئة طب الأسنان بالأقاليم الشمال غربية بكندا
- عضوة سابقة بهيئة أطباء الأسنان بكيبيك

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

Nom & Prénom**AYA TAFROUTE**.....

Facture N° : 202300062

Reçue la somme de 450,00 Dhs

QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS

pour soins dentaires.

Dr. BENNANI NACIRI Siham
Centre Dentaire Ville Verte
Jasmine Offices Imm 5 N° 2, Bouskoura
Tél: 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**

- 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
- طبيبة اسنان سابقة بمستشفى مونتريال للأطفال
- عضوة سابقة بالهيئة الكندية لطب الأسنان
- عضوة سابقة بهيئة طب الأسنان بالأقاليم
- الشال غربية بكندا
- عضوة سابقة بهيئة أطباء الأسنان بكيبك

Bouskoura , le 01/03/2023 في بوسكورة ،

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. BENNAÏ 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

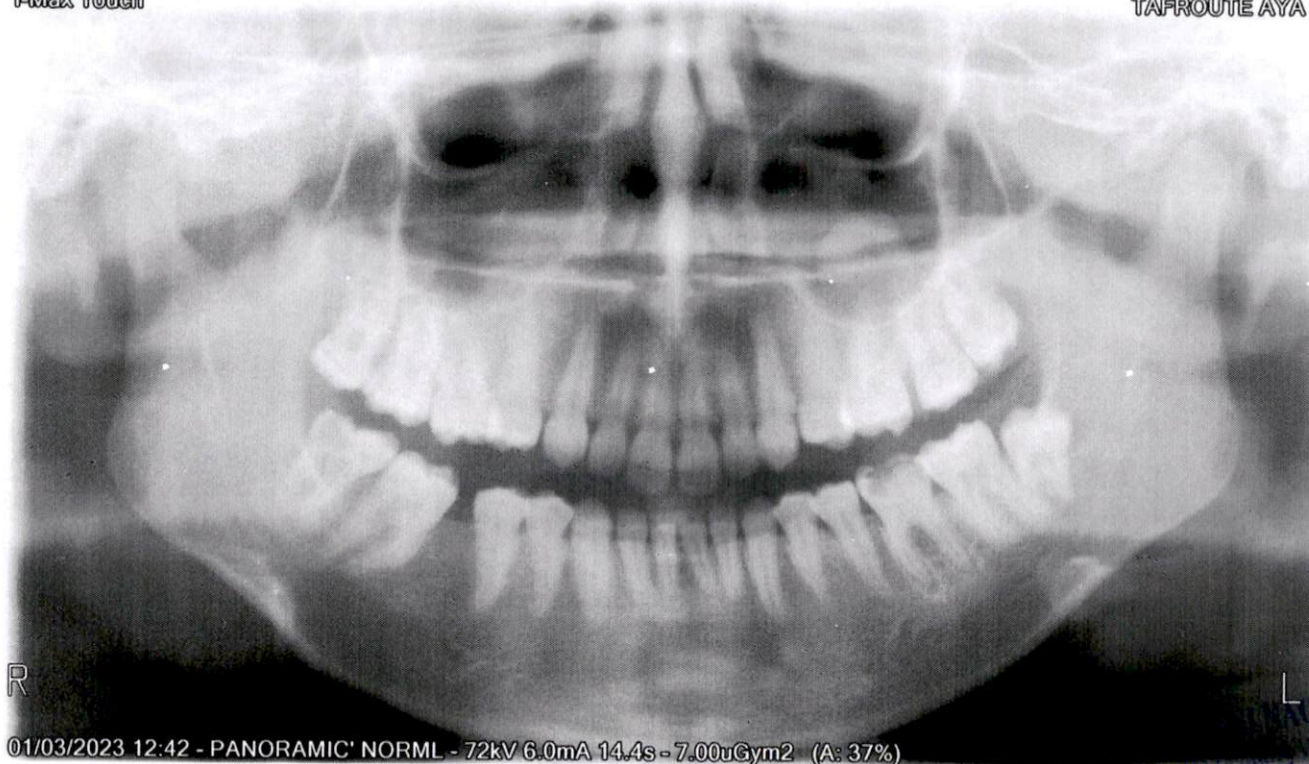
www.cdvv.ma

Urgences : 0661.621.655

CENTRE DENTAIRE VILLE VERTE

I-Max Tough

TAFROUTE AYA



R

L

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

SIHAM
Centre Dentaire Ville Verte
Andalous, Immeuble 2, Bouskoura
TEL: 05 22 42 00 00 - 06 61 621 655