

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions générales :**

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **iologie 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.

## **ique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **éducation :**

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.

## **ntaire :**

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.

## **ladie 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

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](http://www.mupras.com)

## **Déclaration de Maladie : N° S19- 0018484**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 09452 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

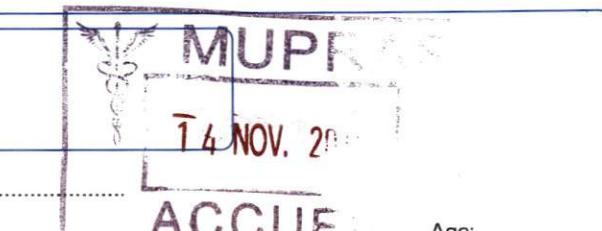
Nom & Prénom : ZAHIDY boulahid Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0626 30 19 02 Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

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 ADHÉRENT**

Déclaration de maladie N° S19- 0018484

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 : .....

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Début d'exécution</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		<b>Détermination du coefficient masticatoire</b>		
		H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	
		D 00000000 35533411	G 00000000 11433553	
		<b>(Création, Remont, adjonction)</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		
		<b>Date du devis</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>		
<i>VISA et cachet du praticien</i> <i>attestant le devis</i>		<i>VISA et cachet du praticien</i> <i>attestant l'exécution</i>		

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		<b>P 14 / 0024048</b>	
<b>MUPRAS</b> Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



**MUPRAS**  
 Mutuelle de Prévoyance  
 & d'Actions Sociales  
 de Royal Air Maroc

~~P 14~~

24048

DATE DE DEPOT

/ 1 / 201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 09452	
Nom & Prénom		Zahidah banabid	Signature de l'adhérent
Fonction		R. Financier	Phones 0626301901
Mail		bzahidah@royalairmaroc.com	
MEDECIN	Prénom du patient Habilallah Malyomba		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 30.09.2019	
		Date 1ère visite Mycoses t. / cutanées	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C		1	
PHARMACIE	Date 30/09/2019		
Montant de la facture		#15285 #	
Pharmacie Saint Nicolas En face de RTV-Banabid (+237) 33 42 15 23 / 33 08 05 61 (+237) 33 42 52 34 BP 3510 DOUALA - CAMERON Email : pharmacie.saintnicolas@yahoo.fr			
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
<b>CACHET</b>			
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
<b>CACHET</b>			

# CLINIQUE DE BONAPRISO (FACE LYCEE TECHNIQUE DE BONADOUMBE )

420, rue 1235 BATI-BOIS B.P. 12605 DOUALA Tél. (237) 233 42 70 61 / 233 42 43 97

Douala, le 30.09.2019

Mme Habibatou Mahjouba

3360  
3355  
x2

① Gyno parasyt adulte

0 - 0 - 1

(62)

4890 ② Parasyl poudre

1 - 0 - 0

(61)

3680 ③ Parasyl solution



(61)

15285

BONAPRISO  
Dr R. NGONGI

# Gyno-Pevaryl® 150 mg

nitrate d'éconazole

3 ovules



Janssen



Lot HBJ0200  
EXP 01/2020



# Gyno-Pevaryl® 150 mg

nitrate d'éconazole

3 ovules

GYNO PEVARYL 150MG  
OV B/3

3.360 FCFA



CALILE

3202276

28/10/18

janssen



Lot HKJ00000  
Exp 10/2020



NITRATE D'ECONAZOLE  
**Pevaryl 1%**  
**POUDRE**  
pour application locale

Indications :  
Traitement ou  
traitement d'appoint  
de certaines  
Mycoses  
Cutanées

4890

FLACON  
POUDREUR de  
30 g

NITRATE D'ECONAZOLE  
**Pevaryl 1%**

**SOLUTION**  
pour application locale

Indications :

Traitemen<sup>t</sup> ou  
traitement d'appoint  
de certaines  
Mycoses  
Cutanées]

PEVARYL 1% SOLEXT  
FL.PULV/30G  
**3.680 FCFA**



BANKIM 3357694



FLACON  
PULVERISATEUR  
DOSEUR de  
30 g