

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

biologie 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.

ducation :

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 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

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° S19- 0018484

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09452 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAHIDY bouahid Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0626301902 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MUPRAS
14 NOV. 20...
ACCUE
Age:
☒ Conjoint ☐ Lui-même ☐ Enfant

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																					
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																				
				Montant des soins <input type="text"/>																				
				Début d'exécution <input type="text"/>																				
				Fin d'exécution <input type="text"/>																				
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				Montant des soins <input type="text"/>
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>																					
			Fin d'exécution <input type="text"/>																					
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																						

VOLET ADHERENT		NOM : _____	Mle _____
DECLARATION N°		P 14/0024048	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 14/ 24048

DATE DE DEPOT

/ /201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 09452	Signature de Adherent
Nom & Prénom		Zahiedy Bouabid	
Fonction	Phones	0626301908	
Mail		bzahiedy@royalairmaroc.com	
MEDECIN		Prénom du patient	
		Habiballah Mahjoub	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age	Date 30.09.2019
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
		Mycoses V. / 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 CRTV-Banania Tel: (+237) 33 42 10 11 / (+237) 33 08 05 61 (+237) 33 42 34 34 BP 3510 DOUALA - CAMERON Email: pharmacie_saintnicolas@yahoo.fr	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
		CACHET	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
		CACHET	

CLINIQUE DE BONAPRISO (FACE LYCEE TECHNIQUE DE BONADOUNBE)

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 Masiballa Mayouba

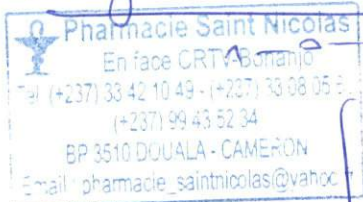
3360
3355
x2

① Gyno paravyl ovule _____ (02)
0-0-1

4890 ② Paravyl poudre _____ (01)
1-0-0

3680 ③ Paravyl solution _____ (02)

15285



CLINIQUE DE 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



ORLILE 3202276 28/10/18

Janssen



Lot HKJ0000
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 :
Traitement ou
traitement d'appoint
de certaines
Mycoses
Cutanées]

PEVARYL 1% SOL.EXT
FL.PULV/30G

3.680 FCFA



BANKIM

3357694

FLACON
PULVERISATEUR
DOSEUR de
30 g