

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

## **armacie :**

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.

## **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.

## **taire :**

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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

## **Déclaration de Maladie : N° S19- 0018481**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 09452 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZAHIDIY boudahid Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.96.30.19.02 Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : ..... 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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....



### **VOLET ADHÉRENT**

Déclaration de maladie N° S19- 0018481

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 canalaire, 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>		Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Date du devis</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>
		H D 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		<small>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</small>
<i>Visa et cachet du praticien attestant le devis</i>		<i>Visa et cachet du praticien attestant l'exécution</i>			

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 14 / 0024359		
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		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 09452	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom Zahedy Bonabid		Fonction Financier Phones 0626301902	
Mail Zahedy@royalairmaroc.com			
MEDECIN	Prénom du patient Zahedy Bonabid		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 51 ans
Nature de la maladie Angine / Sjogren.		Date 05.11.2019	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite	
Nature des actes C Nbre de Coefficient 1 Montant détaillé des honoraires -			
PHARMACIE	Date 05.11.2019		
Montant de la facture # 24890 #			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date		CACHET	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX Date		CACHET	
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires	

# 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 25.11.2019

M<sup>r</sup> Zahidy Boudjiba

6485 ① Augmentin 1g  
1 → 1

(f1)

9000 ② Lysopaine cp à sucre  
1 → 1 → 1

(f1)

3680 ③ Heliocaine Syrop  
(1-1-1) dos

(f1)

1100 ④ Nifedipine 1000  
1 → 1

(f1)

4625 Levitalose  
1 amp A  
1 amp B } matin

(f1)

CLINIQUE DE BONAPRISO  
Dr. P. Boudjiba



# **Augmentin® Adultes/Adults 1 g/125 mg**

Amoxicilline-Acide clavulanique: 8/1  
Amoxicillin-Clavulanic acid: 8/1

**Poudre pour suspension buvable/  
Powder for oral suspension**

Médicament autorisé/Authorized medicine n° 2400022-15-164

Voie orale AUGMENTIN 1G PDRE  
SUSP BUV SACH B/12

**12 Sachet 6.485 FCFA**



DOORLA 3445116 20/09/18

10

Lot NN2J  
FAB 07 2017  
EXP 06 2019

# Lysopaine®

MAUX DE GORGE

CETYLPYRIDINIUM - LYSOZYME

TRAITEMENT  
MAUX DE GORGE



Goood

36

*sans sucre*

comprimés à sucer édulcorés  
au sorbitol et à la saccharine

Douleurs et fièvre  
Pain and fever

# Doliprane®

Paracétamol  
Paracetamol

Voie orale / Oral use

Adulte/Adult  
et comprimés effervescents sécables  
et effervescent tablets

1000 mg

Comprimé effervescent sécable /  
Scored effervescent tablet



SANOFI

8K14111

10.2018

09.2021

Lot :

Fab/Mfg :

EXP. :

# Hélicidine®

Sirop édulcoré à la saccharine sodique et au maltitol liquide  
**SANS SUCRE**

## Précautions particulières d'entreposage :

. Avant l'ouverture : une conservation particulière

. Après la première ouverture du flacon : le médicament doit être conservé au maximum 1 mois à une température ne dépassant pas 25°C.

## Composition en substance active :

Hélicidine® ..... 10 ml  
pour 100 ml de sirop

## Excipients à effet notable :

Parahydroxybenzoate de méthyle, maltitol liquide.

Médicament autorisé : n°3400922385624

## Titulaire/Exploitant :

Therabel Lucien Pharma  
19 rue Alphonse de Neuville  
75017 PARIS France

## Fabricant :

ZETA FARMACEUTICI S.p.A.  
Via Galvani 10  
36066 Sandrigo (VI), Italie

TRANSIENT STATES OF FATIGUE

REVITALOSE SS SOL  
BUV AMP/5ML B/20

4.625 FCFA



NICOLA 3357317 1/02/19

# Revitalose

VITAMINE C 1000 MG

SUGAR FREE

5 AMINO ACIDS

10 DOSES OF 2 AMPOULES  
OF ORAL SOLUTION SWEETENED WITH SORBITOL

ORANGE AROM



Pierre Fabre