

## 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.

### 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.

### 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° S19-0018481

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09452 Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : .....

Nom & Prénom : ZAHIDY Boualid Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 069630 1909 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 ADHERENT

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM :	Mle
DECLARATION N° <b>P 14/0024359</b>		
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/ ,24359

DATE DE DEPOT  
/ /201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 09452	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom Zahedy Bonahjo			
Fonction Financier	Phones 0626301902		
Mail bzahedy@royalairmaroc.com			
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient Zahedy Bonahjo	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 51 ans
Nature de la maladie		Date 05.11.2019	
Angine / Grippe		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C		1	
<b>PHARMACIE</b>		Date 05/11/2019	
Montant de la facture		# 24890 #	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV



# 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 Boudia

6485 ① Augmentin 1g \_\_\_\_\_ (or)  
1-2-1

9000 ② Lysopaine cp d suc \_\_\_\_\_ (or)  
1-1-1

3680 ③ Helicaine srop \_\_\_\_\_ (or)  
(1-1-1) càs

1100 ④ Dabiprone 1000 \_\_\_\_\_ (or)  
1-2-1

Pharmacie Saint Nicolas  
En face CRTV-Bonanjio  
Tél (+237) 33 42 10 49 - (+237) 33 08 05 63  
(+237) 99 43 52 34  
3510 DOUALA - CAMERON  
pharmacie.saintnicolas@yahoo.fr

1625 ⑤ Levitalose \_\_\_\_\_ (or)

1 amp A  
1 amp B | matin

CLINIQUE DE BONAPRISO  
Dr. P. [Signature]



# **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° 340003444-164

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

**12** Sachet

**6.485 FCFA**



DOURLA 3445116 20/09/18

Lot NN2J  
FAB 07 2017  
EXP 06 2019

# Lysopaine®

MAUX DE GORGE CETYLPYRIDINIUM - LYSOZYME

TRAITEMENT  
MAUX DE GORGE



Lysopaine

**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

8 comprimés effervescent sécables  
8 effervescent tablets

**1000** mg

Comprimé effervescent sécable /  
Scored effervescent tablet



SANOFI 

Lot: 8K14111

Fab/Mfg: 10.2018

EXP.: 09.2021



# Hélicidine®

Sirop édulcoré à la saccharine sodique et au maltitol liquide

**SANS SUCRE**

## Précautions particulières de conservation :

• Avant ouverture : le médicament doit être conservé dans son emballage d'origine, à l'abri de la lumière et de l'humidité.

• Après la première ouverture du flacon : le médicament doit être conservé au maximum 30 jours à une température ne dépassant pas 25°C.

## Composition en substance active :

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

## Excipients à effet notoire :

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

BUY 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