

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 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

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



Déclaration de Maladie

N° W19-536758

ND: 36491

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09452

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZAHIDY Benabd

Date de naissance :

11.01.1968

Adresse :

143 Bd Ouar Diffo ESC 5APTE Casablanca

Tél. :

0626301906

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

12 AOUT 2020

Nom et prénom du malade :

HABIB ALLAL BEN ABDELLAH Age: 51 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dermatose / toux / ss infecte ocre

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):

Le : 11.08.2020

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-536758

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).



RELEVE 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
11.05.2022	C	1	INP : 	

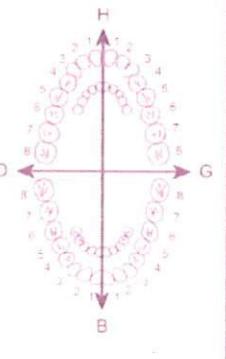
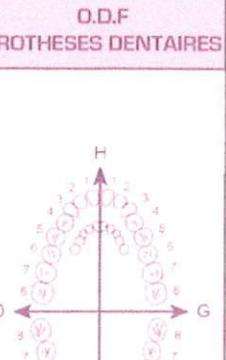
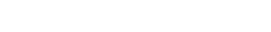
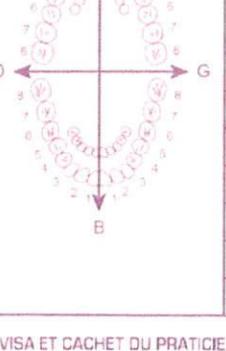
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11.05.20	15.001 F

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		A M	P C	I M	I V

VOLET ADHERENT

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F														
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 										
														
														
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433532</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433533</td> </tr> </table>		H	25533412	21433532	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433533	
H	25533412	21433532												
D	00000000	00000000												
B	00000000	00000000												
	35533411	11433533												
[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession														
														
DATE DU DEVIS														
DATE DE L'EXECUTION														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

CLINIQUE DE BONAPRISO (FACE LYCEE TECHNIQUE DE BONADOURBE)

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

Douala, le 11/05/2022

Mme Habiballah Mayumba

2.675 F ① Tegumente _____ (01)

1-0-1.

2.700 F ② Rosinton _____ (01)

1-0-1

3.375 F ③ Gynoperasyt orale _____ (01)

0-2-1

2.760 F ④ Topexit _____ (01)

(1-1-1) ~~Expi~~

3.491 F ⑤ Bragline _____ (01)

1-0-0

15.001 FCFA



POSITON

Crème

Néomycine (sulfate) 250 mg/100 g
Acétonide de triamcinolone 100 mg/100 g
Nystatine 10.000.000 U.I./100 g

30g

Voie topique

POSITON CR T/30G

2.700 FCFA



A NICOLA 2263755 21/01/20

1%

TEGU

15g

 FAES FARMA

GYNO PEVARYL 150MG

OV B/3

3,375 FCFA



NICOLA

3202276

31/01/20



3400932022762

Lot 18LQ084

Date de fab 12 2018

EXP 11 2021

Toplexil®

oxomémazine 0,33mg/ml
oxomemazine 0.33mg/ml

TOPLEXIL 0,33MG/ML
F/150ML

2.760



NICOLA

3595784

21/04/20

AVEC
GOBELET DOSEUR
WITH
MEASURING CUP

INDICATIONS

Calme les toux sèches ou irritatives
chez l'adulte et l'enfant de plus de 2 ans
Relieve dry or irritating cough in adults
and children over 2 years of age

Sirop / Syrup

150 ml

sanofi aventis

BIAFINE EMULSION
T/186G

3.491 FCFA



NICOLA 3285701

17/04/20

BIAFINE®

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

**ERYTHÈMES SECONDAIRES À DES TRAITEMENTS RADIOTHÉRAPIQUES.
BRÛLURES DU PREMIER ET SECOND DEGRÉ
ET TOUTE AUTRE PLAIE CUTANÉE NON INFECTÉE.**

CE MÉDICAMENT N'EST PAS UN PROTECTEUR SOLAIRE.