

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 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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-548955

36499

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Ai

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09452

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAHIDY Bouabid

Date de naissance : 11.02.1968

Adresse : 143 bd Omar Riffi Esc 5 Apt 20 Casa

Tél : 0626301902

Total des frais engagés :

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 15 / 08 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-548955

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
15/05/20	C	1		CLINIQUE D'ONAPRISO Dr. P. [Signature] N° ONMC: 5740

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Saint Nicolas	15/05/20	15450.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie 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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitees	Nature des Soins	Coefficient	INF : [] [] [] [] [] []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Creation, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, necessaire a la prothese			COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] 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 BONADOUNBE)

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

Douala, le 12/07/2020

Mr Tahisy Bouabris

① Toplexil 2760 (01)
(1-1-1) cas

② Deslathyne 1725 (01)
0-0-1

③ Unelose 1135 x 5 = 5675 (05)
10-0-0

④ Gaviseon sirop 2575 (01)
1 cas x 3 J

T = 15450



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Liste II. Uniquement
sur ordonnance

UVEDOSE AMP BUV BT/1
LABOREX CAMEROUN
115 AMP BUVABLES

06/04/2020
Lot BL306
Exp 06-2021
CIP 3400933222185



UV
Solut

UVEDOSE AMP BUV BT/1
LABOREX CAMEROUN
115 AMP BUVABLES

06/04/2020
Lot BL306
Exp 06-2021
CIP 3400933222185



UV
Solut

UVEDOSE AMP BUV BT/1
LABOREX CAMEROUN
115 AMP BUVABLES

06/04/2020
Lot BL306
Exp 06-2021
CIP 3400933222185



UVEDOSE 100 000 U.I.
Solution buvable en ampoule
Cholécalficérol

06/04/2020
Lot BL309
Exp 01-2022
CIP 3400933222185



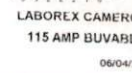
PHARMACIE SAINT N COLAS
UVEDOSE 100000U.I AMP BUV 2ML/1
3322218 24/03/20
1.135 FCFA

Lot BL306
Exp 06-2021
CIP 3400933222185



UVEDOSE AMP BUV BT/1
LABOREX CAMEROUN
115 AMP BUVABLES

06/04/2020
Lot BL306
Exp 06-2021
CIP 3400933222185



UV
Solut

UVEDOSE AMP BUV BT/1
LABOREX CAMEROUN
115 AMP BUVABLES

06/04/2020
Lot BL306
Exp 06-2021
CIP 3400933222185



UV
Solut

UVEDOSE AMP BUV BT/1
LABOREX CAMEROUN
115 AMP BUVABLES

06/04/2020
Lot BL309
Exp 01-2022
CIP 3400933222185



UVEDOSE 100 000 U.I.
Solution buvable en ampoule
Cholécalficérol

06/04/2020
Lot BL309
Exp 01-2022
CIP 3400933222185



PHARMACIE SAINT N COLAS
UVEDOSE 100000U.I AMP BUV 2ML/1
3322218 24/03/20
1.135 FCFA

UVEDOSE
100 000 U.I.
Solution buvable
en ampoule
Cholécalficérol
(vit. D3)

UVEDOSE
100 000 U.I.
Solution buvable
en ampoule
Cholécalficérol
(vit. D3)

UVEDOSE
100 000 U.I.
Solution buvable
en ampoule
Cholécalficérol
(vit. D3)

UVEDOSE
100 000 U.I.
Solution buvable
en ampoule
Cholécalficérol
(vit. D3)

UVEDOSE
100 000 U.I.
Solution buvable
en ampoule
Cholécalficérol
(vit. D3)

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste II. Uniquement
sur ordonnance

Liste II. Uniquement
sur ordonnance

Liste II. Uniquement
sur ordonnance

Deslatyne[®] 5 mg

Desloratadine 5 mg

10 comprimés pelliculés

Voie orale/Oral Use



SANDOZ

a Novartis company

DESLATYNE 5MG CPR
B/10

1.725 FCFA



NICOLA 8442619 27/02/20



lot/batch n°:

manuf./fabric:

exp.:

Toplexil[®]

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

**AVEC
CORELET DOSEUR**

TOPILEXIL 0,33MG/ML
SP F/150ML

2,760



NICOLA

3595784

4/05/20

1 flacon de sirop / 1 bottle of syrup
150 ml

