

## 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.

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 - Centre Litige Angly Rue Mohamed Fakhri et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (L6) - Fax : 05 22 22 78 28 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-510481

16137

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9452 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAHDI BENABID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



## 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> <b>Prothèses dentaires</b> 	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>																		
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553			<b>Montant des soins</b>
	H																					
	25533412	21433552																				
00000000	00000000																					
D		G																				
00000000	00000000																					
35533411	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
<b>DECLARATION N°</b> <b>P 14/0024034</b>		 <b>MUPRAS</b> Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
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		<b>Cachet MUPRAS</b>



P 14 /

24034

DATE DE DEPOT

/ /201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle <b>89452</b> <b>Zahid Barab</b>
Nom & Prénom <b>Mme Habiballa B. Mahjoub</b>		
Fonction <b>Resp. Financier</b>	Phones <b>0626301902</b>	
Mail <b>bazidy@royalairmaroc.com</b>		
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <b>Habiballa B. Mahjoub</b>	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age <b>50 ans</b>		Date <b>29 11 2019</b>
Nature de la maladie		Date 1ère visite
<b>Infection Pulmonaire</b>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<b>C</b>	<b>1</b>	<b>15000 FCFA</b>
<b>CLINIQUE DE BONAPRISO</b> <b>Dr. NGONGI</b> N° ONMC: 5740		
<b>PHARMACIE</b>	Date <b>29/11/2019</b>	
Montant de la facture	<b>10765 FCFA</b>	
<b>Pharmacie Saint Nicolas</b> En face CRTV - Bonjo Tél. (+237) 33 42 10 49 - (+237) 33 08 05 63 (+237) 99 43 52 34 BP 3810 DONALA - CAMERON Email: pharmacie_saintnicolas@yahoo.fr		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
	<b>CACHET</b>	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV
		<b>CACHET</b>

# 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 29 11 2019

me Habillat Mahjoub

① Gyno - Benzyl ouls 3375  
000-1

② Gusefucroo ~~3080~~ 3695 x2  
1 feble par semaine 10765<sup>F</sup>

 **Pharmacie Saint Nicolas**  
En face CRTV-Bonajo  
Tél. (+237) 33 42 10 49 - (+237) 33 08 05 63  
(+237) 99 43 52 84  
BP 3510 DOUALA - CAMERON  
Email : pharmacie\_saintnicolas@yahoo.fr

CLINIQUE DE BONAPRISO  
D. NGONGI  
N° ONMC: 5740

GEBEFLUC 200MG CAPS  
B/4

3.695 FCFA

BRINKM 8097559 23/01/18

GYNOPEVARYL 150MG  
OV B/3

3.375 FCFA

NTCOLA 3202276 29/10/19

GEBEFLUC 200MG CAPS  
B/4

3.695 FCFA

BRINKM 8097559 23/01/18