

# 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.

## 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.

## Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Educateur :

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.

## Prothésiste :

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° S19-0018480

☐ 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. : 0626301907 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) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° S19- 0018480

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 : 09452

Nom de l'adhérent(e) : ZAHIDY Boualid

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 canalaires, 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. Prothèses dentaires</b>																						
	<b>Détermination du coefficient masticatoire</b>																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553		
	H		G																				
	25533412	21433552																					
	00000000	00000000																					
	00000000	00000000																					
	35533411	11433553																					
	<b>(Création, Remont, adjonction)</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																						
	<b>Date du devis</b> <input type="text"/>																						
	<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>																						
	<b>Visa et cachet du praticien attestant le devis</b>		<b>Visa et cachet du praticien attestant l'exécution</b>																				

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : _____	Mle _____
<b>DECLARATION N°</b>		<b>P 14 / 0024355</b>	
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			



P 14 / 24355

DATE DE DEPOT  
/ / 201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 09452														
Nom & Prénom <u>Zahedy Bouabed</u>		Signature de l'adhérent														
Fonction <u>h. Financier</u>	Phones <u>0626301902</u>															
Mail <u>bzahedy@gmail.com</u>																
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <u>Habiballah Manjouba</u>															
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>														
Age _____		Date <u>09.10.2019</u>														
Nature de la maladie <u>Dyspepsie / Céphalée</u>		Date 1ère visite _____														
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nature des actes</th> <th>Nbre de Coefficient</th> <th>Montant détaillé des honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>C</u></td> <td><u>1</u></td> <td><u>/</u></td> </tr> </tbody> </table>			Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	<u>C</u>	<u>1</u>	<u>/</u>								
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires														
<u>C</u>	<u>1</u>	<u>/</u>														
<b>PHARMACIE</b>	Date <u>09/10/2019</u>	<b>Pharmacie Saint Nicolas</b> En face CRTV-Bonanjio Tel: +237/33430000 / +237/33080533 BP 3510 S. LA - CAMERON Email: pharmacie_saintnicolas@yahoo.fr														
Montant de la facture <u>#4170FCFA #</u>																
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date _____														
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires															
		<b>CACHET</b>														
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date _____														
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV						<b>CACHET</b>
Nombre				Montant détaillé des Honoraires												
AM	PC	IM	IV													

# 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 29 10 2019

Mme Habiballa Mahjoub

3000

①

Gaviscon sachets

— (01)

1-0-1

1170

②

Daliprone 500

— (01)

2-0-2



Médicament autorisé / Authorized medicine  
n° 330 719-9

DOLIPRANE 500MG CPR  
EFFV BT 16  
1.170 FCFA



sanofi-aventis France  
1-13 Bd Romain Rolland  
75014 Paris - France  
Fabricant / Manufacturer  
A. NATTE  
Nattermann  
50829 Colog

**Doliprane®**



# GAVISCON

3000<sup>01</sup>

Alginate de sodium  
Bicarbonate de sodium

**SUSPENSION BUVABLE**  
**24 sachets de 10 ml**

*Médicament anti-reflux ●*  
*Médicament anti-acide ●*

*Arôme menthe*