

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR EVITER 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.

## ologie 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.

## que :

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.

## adie 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 Allai Ben Abdellah - 8ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allai 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 Bouahid Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0696301002 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 MUPRAS

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).



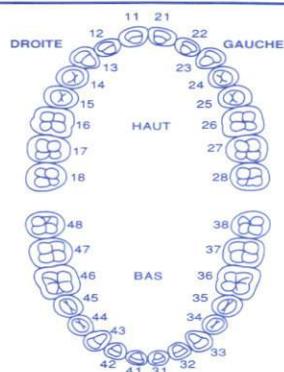
# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES



## Dents Traitées

## Nature des soins

## Coefficient

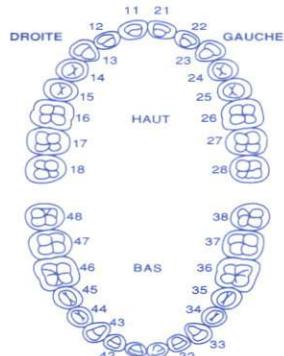
### Coefficient des travaux

### Montant des soins

### Début d'exécution

### Fin d'exécution

## O.D.F. Prothèses dentaires



## Détermination du coefficient masticatoire

H

DROITE	11 12 13 14 15 16 17 18	GAUCHE	21 22 23 24 25 26 27 28

D	25533412 00000000	G	21433552 00000000
	00000000 35533411		00000000 11433553

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

### Coefficient des travaux

### Montant des soins

### Date du devis

### Fin d'exécution

Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

Visa et cachet du praticien  
attestant l'exécution

## VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N°

P 14 / 0024355



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

Cachet  
MUPRAS



P 14 / 24355

DATE DE DEPOT

/ 201

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 09452

Nom & Prénom Zahid Bouabid

Fonction Financier

Phones 066301902

Mail bzahidbouabid@gmail.com

Signature de l'adherent

## MEDECIN

Prénom du patient Habi ballah Mahjoub

Adhérent

Conjoint

Enfant

Age

Date 09.10.2019

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Dyspepsie / Céphalée

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

C

1

/

CLINIQUE DE PONAPRISO  
Dr. D. NGONGI

## PHARMACIE

Date 09.10.2019

Montant de la facture

# 4170 FCFA #

Pharmacie Saint Nicolas  
En face CRTV-Bonanjo  
Tel +237/33420000 / +237/33080513  
077/23733435234  
BP 3510 SANTA - CAMERON  
Email: pharmacie.saintnicolas@yahoo.fr

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

CACHET

# CLINIQUE DE BONAPRISO (FACE LYCEE TECHNIQUE DE BONADOUUMBE)

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 Habiballah Mahjoub

3000

①

Gaviscon Sachets

1 - 0 - 1

(1)

1170

②

Daliprone 500

2 - 0 - 2

(1)



3 582910 075813

DOLIPRANE 500MG CPR  
EFFV BT 16

1.170 FCFA



3307199

NICOLA

sanofi-aventis France  
1-13 BD Romain Rolland  
75014 Paris - France

A. NATTEI  
Fabricant /  
75014 Paris - France  
1-13 BD Romain Rolland  
sanofi-aventis France

A. NATTEI  
Fabricant /  
75014 Paris - France  
1-13 BD Romain Rolland  
sanofi-aventis France

n° 330 719-9  
Medicament autorisé / Authorized medicine

Doliprane®



# GAVISCON

Alginate de sodium  
Bicarbonate de sodium

3000 ♂

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

*Médicament anti-reflux* •  
*Médicament anti-acide* •

*Arôme menthe*