

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.

N° W19-497458

UA

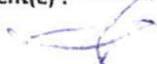
N.D.
14508.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>14508</u>		Société : <u>RAN</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : <u>BENAARID RAOUANE</u>			
Date de naissance : <u>09.07.74</u>			
Adresse : <u>DOUALA CAMEROUN</u>			
Tél. :		Total des frais engagés : <u>2150 FCFA</u> DHS	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : <u>BENAARID TAHIA</u> Age : _____	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>30 DEC. 2009</u>	
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) : 

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Saint Nicolas En face CRT Bonanjo Tel : +237 33 42 21 13 / +237 33 08 05 63 +237 33 23 4 BP 3510 DOUALA - CAMERON <small>Envoi par courrier recommandé à l'adresse ci-dessus</small>	05/12/19	2150 FCTA

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

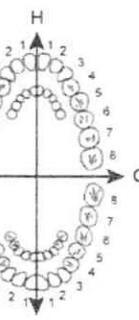
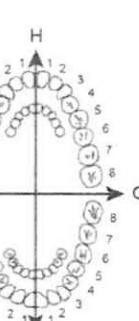
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

BELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
					<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
					<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS	
					<input type="text"/> DÉBUT D'EXÉCUTION	
					<input type="text"/> FIN D'EXÉCUTION	
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				
		H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 11433553	<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS	
					<input type="text"/> DATE DU DEVIS	
					<input type="text"/> DATE DE L'EXÉCUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE SAINT NICOLAS Douala le 05/12/2019
DR TAMBEKOU
BP 5263 DOUALA
BONANJO
TEL 342-10-49 / 943-52-34

CLIENT No : ENFT01
FACTURE No : 032697

+----- Adresse client -----+
|
| ENFT BENABID
| TAHIA
|
|
+-----

Page : 01

Arrete la presente facture a la somme de DEUX MILLE CENT CINQUANTE Francs

C.F.A

ci de votre visite et Bonne Santé

PHARMACIE
SAINT NICOLAS

Tél : 342-10-49 Fax : 342-10-57
449 Avenue De Gaulle à Bonanjo
No Contribuable : M020500017975U

Ticket No :066531 du 05/12/2019 a 18h18
Vendeur : FATIMA

Nom du client :

1 DOLIPRANE 300MG ENF1 1075X 2 2150
TOTAL 2150
NET A PAYER : 2150
MODE REGLEMENT : ESPECES

CE TICKET TIENT
LIEU DE FACTURE

Merci

OUR
RECEIPT
THANK YOU

05/12/2019 000000#194659
18:06 01 CLERK 01

DEPT. 01 *2150

ITEMS 10
CASH *2150

PLEASE
VISIT
US AGAIN