

## 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.

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° D. 14508. N° W19-497458

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 14508 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BENAABID REDOUANE

Date de naissance : 09.07.74

Adresse : DOUALA - CAMEROUN

Tél. : Total des frais engagés : 2150 FCFA

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BENAABID TAHA Age : /

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : /

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 30 DEC. 2022

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) : /

### RELEVÉ 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
<b>Pharmacie Saint Nicolas</b> En face QRT-Bononjo Tel : 237 35 42 11 11 / 33 08 05 63 +237 35 42 11 11 BP 3510 DOUALA - CAMERON E-mail: pharmacie.saintnicolas@yahoo.fr	05/12/19	2150 Fcfa

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### RELEVÉ 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"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

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

EP 5263 DOUALA

EDMANJO

TEL 342-10-49 / 943-52-34

+-----Adresse client-----+


! ENFT RENABID


! TAHA

Page : 01

code	designation article	prix article	qte	remise	montant TOTAL	TVA
1010056	DOLIPRANE 300MG ENF SUPPO B/10	1075	2	0	2150	

Paye Comptant

DOLIPRANE G. ENF  
 300MG SUPPO/10  
**1.075 FCFA**  
  
 NICOLA 3481017 30/11/19

DOLIPRANE G. ENF  
 300MG SUPPO/10  
**1.075 FCFA**  
  
 NICOLA 3481017 30/11/19

Paye Compliant

DOLIPRANE G.E.NF  
300MG SUPPO/10

1.075 FCFA



NICOLA 3481017 30/11/19

DOLIPRANE G.ENF  
300MG SUPPO/10

1.075 FCFA



NICOLA 3481017 30/11/19

Pharmacie Saint Nicolas  
En face CRT Bonono  
Tél. (+237) 33 42 11 33 08 05 63  
BP 3510 DJOUALA-CAMERON  
Email : pharmacie\_sainthnicolas@yahoo.fr

Total	2150
-------	------

Net a payer \*\*\*\*\* 150\*

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

C.F.A

ci de votre visite et Bonne Santé

P H A R M A C I E  
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 à 18h18  
Vendeur : FATIMA

Nom du client :

payé Comptant

1 DOLIPRANE 380MG ENF1	1075X	2	2150
TOTAL .....			2150
NET A PAYER :	2150		
MODE REGLEMENT : ESPECES			

CE TICKET TIENT  
LIEU DE FACTURE

**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**