

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.

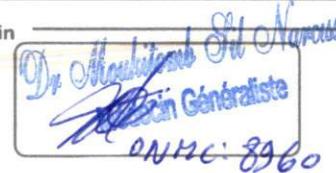
N° W19-579739

ND45107

Optique

Autres

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricle : 11408		Société : RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : BEN AABID SOUKIMANE		
Date de naissance : 09.07.74		
Adresse : CANEROVN.		
Tél. :	Total des frais engagés : 18.000 FCFA	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade : BEN AABID SOUKIMANE Age : 34 ANS		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : ZONE TRAUMATIQUE		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCIDENT DOMESTIQUE		
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 : DONAHA Le : 22/10/20

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
16.10.10	Pansement		6000 Frs	INP : 11111111111111111111
19.10.10	Pansement		6000 Frs	Moukamb Sif Marolle
22.10.10	Pansement		6000 Frs	Médecin de la famille Signature : [Signature] N° ANNC : 8960

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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



CENTRE MEDICAL
SAINT ANGE

Rue score 1233 Bonapriso
BP. 12552 Douala - Cameroun
Tél.: 233 42 03 36
694 94 04 70 / 651 43 31 18
N° R.C./D.I.A./2016/B 449
N° Contribuable: M011612481321A

Montant :

- 6000 -

REÇU

N° 3025057

Reçu de M.
Received from

EL BENAAVID Souleimane

: Six mille francs CFA

: Pansement Dr SIL MARCISSE

Reste :
Rest

: Issued at the date of 22.10.2020

Cachet & Signature



Signature over the stamp



Rue score 1233 Bonapriso
BP. 12552 Douala - Cameroun
Tél.: 233 42 03 36
694 94 04 70 / 651 43 31 18
N° R C / D I a / 2 0 1 6 / B 4 4 9
N° Contribuable: M011612481321A

Montant :

- 6000 -

REÇU

N° 0024946

Reçu de M.
Received from

La somme de
The sum of

Motif
Being

Avance
Advance

Fait à
Issued at

EL BENAAVID Souleimane

Six mille francs CFA

Pansement Dr SIL NARCEP

Reste :
Rest

Le 19.10.2020
the



Cachet & Signature



CENTRE MEDICAL
SAINT ANGE

Rue score 1233 Bonapriso
BP. 12552 Douala - Cameroun
Tél.: 233 42 03 36
694 94 04 70 / 651 43 31 18
N° RC/DIA/2016/B 449
N° Contribuable: M011612481321A

Montant :

- 6000 -

REÇU

N° 0024899

Reçu de M.
Received from

La somme de
The sum of

Motif
Being

Avance
Advance

Fait à
Issued at

El BENAAVIDI Souleimane

Six mille francs CFA

Pansement Dr SAL NARCISSE

Reste :
Rest

Mr. 10 , 2020
the



Cachet & Signature