

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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-579739

ND 45107

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

11608

Société :

RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

BENABID REDOUANE

Date de naissance :

09.07.74
CANCEROUN

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

18.000 FCFA

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohamed El Kharroufi
Médecin Généraliste
DNMC: 8960

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

BENABID SOULIMANE

Age : 3 ANS

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

ALME 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 :

DOUJANA

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Le : 22/10/20

ACCUEIL

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
16.10.70	Pansement		6000 Fcfa	INP : [] [] [] [] Moukitoombi Sil Narouze Médecin Chef de Poste
19.10.70	Pansement		6000 Fcfa	
22.10.70	Pansement		6000 Fcfa	

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

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

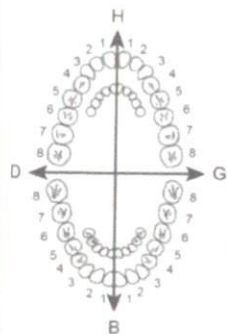
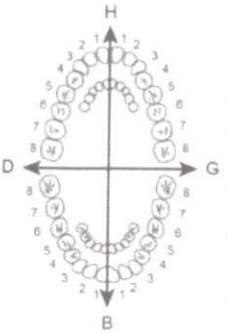
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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/B449
N° Contribuable: M011612481321A

Montant :

- 6000 -

REÇU

N° 1025057

Reçu de M.
Received from

M BENABID SOULPRIMANE

La somme de
The sum of

Six mille francs cfa

Motif
Being

pansement Dr SIL NARCISSE

Avance
Advance

Reste :
Rest

Fait à
Issued at

Dla le 22.10.2020 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/B449
N° Contribuable: M011612481321A

Montant :

6000

REÇU

N° 1024946

Reçu de M.
Received from

E/ BEN AABID Soukmane

La somme de
The sum of

Six mille francs CFA

Motif
Being

Ransement As SIL NARCIS

Avance
Advance

Reste :
Rest

Fait à
Issued at

Dla le 19.10 / 2020 the



Cachet & Signature

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/B449
N° Contribuable: M011612481321A

Montant :

- 6000 -

REÇU

N° 1024899

Reçu de M.
Received from

El BENAABID SOUKRIMANE

La somme de
The sum of

Six mille francs CFA

Motif
Being

pansement Dr SIL NARCISSE

Avance
Advance

Reste :
Rest

Fait à
Issued at

Dla le 16.10 / 202



Cachet & Signature