

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° W19-510481

16137 -

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

9452

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZAHID BENABD

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

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) :

TO JAN. 2020

ACCÈS

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	
 DROITE GAUCHE					Coefficient des travaux Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution
 HAUT BAS					
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin d'exécution
 DROITE GAUCHE		H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					
Visu et cachet du praticien attestant le devis.		Visu et cachet du praticien attestant l'exécution			

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N° P 14 / 0024034		
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		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 09452 ZAHIDY Bouabdellah	Signature de l'adherent	
Nom & Prénom Mme Habiballah B. Mahjoub		Fonction Rep. Financier Phones 0626301902		
Mail Zahidy.Croyant.maroc.com		Date 29 11 2019		
MEDECIN	Prénom du patient Habiballah Mahjoub	Date 1ère visite		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 50 ans	
Nature de la maladie Infecte Peritone				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
c	1	15000 FCFA		
PHARMACIE	Date 29 11 2019	CLINIQUE DE BONAPRISO Dr. MONGI N° ONMC: 5740		
Montant de la facture 10765 FCFA		Pharmacie Saint Nicolas En face CRTV-Benjou Tél. (+237) 33 42 10 48 - (+237) 33 08 05 63 (+237) 99 43 52 34 BP 3510 DOUALA - CAMERON Email: pharmacie_saintnicolas@yahoo.fr		
ANALYSES - RADIGRAPHIES		Date		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
		CACHET		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		
AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires
				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 29.11.2019.

Prise Habballah Mahjoub

① Gyno - Periode ovule

0-0-1

3375

② Gatiflucon

~~3880~~ 3695 x 2

1 gélule par semaine

10765^f



GEBEFLUC 200MG CAPS
B/4

3.695 FCFA

BANKIM 8097559 23/01/18

GYNO PEVARYL 150MG
OV B/3

3.375 FCFA

NICOLA 3202276 29/10/19

GEBEFLUC 200MG CAPS
B/4

3.695 FCFA

BANKIM 8097559 23/01/18