

## 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° W19-497464

CA

n° = 18929

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 1408	Société : RAN	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : BENAABID REDOUANE		
Date de naissance : 09.07.74		
Adresse : DOUALA CAMEROUN		
Tél. :	Total des frais engagés : 3500 FCFA DHS	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
		
Date de consultation :	/	/
Nom et prénom du malade : 31 JAN. 2020		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> 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) : \_\_\_\_\_

## Facture SANS TVA

Numéro de facture	Date	Code client
190126681	22/11/2019	

## PHARMACIE DE GAULLE

Dr Tientcheu Monkam  
 BP 2882  
 DOUALA  
 CAMEROUN  
 Tél : 696 20 14 08  
 Fax : 233 43 37 29  
 E-mail : pharmaciedegaulle@gmail.com

BENABID

Mode de règlement : Espèces

TVA :

Echéance : 01/12/2019

Code 13 Réf	Désignation	Qté	TTC U Brut	% Rem	TTC U Net	Mt TTC Net	% TVA
3297041	ZENTEL SIROP FL/10ML	2	1750,0000	0,00	1750,0000	3500	0,0

Quantité totale des produits : 2

Taux TVA	HT Brut	% Rem	Remise	HT Net	TVA	Total Net HT	
0,0%	3500,00	0,00%	0,00	3500,00	0,00	3500,00	
							TVA
							0,00
							Montant TTC
							3500,00

Totaux	3500,00	0,00%	0,00	3500,00	0,00
--------	---------	-------	------	---------	------



PHARMACIE DE GAULLE  
BP 2882 DOUALA  
TEL 233433729



REG 22 11-2019 20:12  
AGAPE 000185

DEPT07	· 3.500
TOTAL	· 3 500
ESPLCS	· 5.000
RENDU	· 1.500

MO6000001057E  
RC/DLA/2000/B/024774  
TEL3 : 233-43-37-29

**PHARMACIE DE GAULLE**

Dr Tientcheu Monkam

BP 2882

DOUALA

le : 22/11/2019

TEL : 696 20 14 08

Op : 5 20:04

FA190126681 SERVEUR-PC

Produit

Qté A régler Total

Facture n°190126681 du 22/11/19

pour BENABID

ZENTEL SIROP

FL/10ML	2	1750	3500
---------	---	------	------

<b>Net à payer en F</b>	<b>3500</b>
Dont TVA :	0
22/11/2019 Espèces en F	3500
Nombre d'articles :	2
Montant des Honor. de Disp.	0