

# 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.

## Biologie 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.

## Educateur :

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.

## Prothésiste :

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

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° P19- 0047912

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11408 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENABID Redouane

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 : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 : 09/09/2019

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
	00000000	00000000	00000000	00000000																
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																	

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : <u>BENABID Redouane</u>	Mle <u>11408</u>
DECLARATION N°	W18-381818	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	28800,00	05
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		



W18-381818

DATE DE DEPOT

...../...../201...

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle <u>11408</u>
Nom & Prénom <u>BENABID Redouane</u>		
Fonction : <u>chef d'équipe</u>	Phones : <u>Douala</u>	
Mail : <u>Douala/CAMEROUN</u>		
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <u>TANA</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age <u>4 ans</u>	Date <u>03 JUN 2019</u>
Nature de la maladie	Date 1ère visite	
<u>impetigo bulleux infection</u>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>100</u>		<u>15.000 FSCA</u>
<b>PHARMACIE</b>		Date <u>03/06/19</u>
Montant de la facture		
<u>13-800</u>		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date : .....
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date : .....
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Diplôme de la Faculté de Médecine de Nantes  
O.N.M. 1054 / 65  
Dr Maurice EBOA-LEMBE  
Pédiatre

# CABINET MEDICAL JOSS

Avenue de Gaulle face Marché aux Fleurs : B.P. 4771 Douala  
(Pour les rendez-vous Tél.: (237) 233 43 89 34 / 693 01 37 10 / 243 78 66 26)

DOCTEUR MAURICE EBOA-LEMBE

Douala, le 03.06.19

Pédiatre

Diplômé de la faculté de

Médecine de NANTES

(C.E.S de Pédiatrie) O.N.M : 1084 / 86

*Dr BENABID TAHA*

FLOXAPEN 250MG SP FL...



4700 F

113 SIROPS

LABOREX  
CAMEROUN

30/05/2019

FLOXAPEN 250MG SP FL...



4700 F

113 SIROPS

LABOREX  
CAMEROUN

30/05/2019

1. Staphygen 250g 200  
OU FUCLO 250 5ml x 3 / pr 8 jours

ou Astaph 250 ou Fuclo 250 250

2. Maxilase sirop

1 mere x 3

3

primalan sirop

1 mere x 2

Diplôme de la faculté de

Dr Maurice EBOA-LEMBE  
Pédiatre

O.N.M

MAXILASE SIROP FL/125A



2550 F

113 SIROPS

UBIPHARM  
CAMEROUN

30/05/2019

PRIMALAN SIR FL60ML



1850 F

113 SIROPS

UBIPHARM  
CAMEROUN

28/05/2019

Dr Maurice EBOA-LEMBE  
Diplôme de la faculté de Médecine de Nantes  
O.N.M : 1084 / 86  
Pédiatre



**N.B** : Bien conserver SVP la dernière Ordonnance lors de la prochaine consultation

impetigo bulleux  
(infectieux)



Reçu N°

BPF

15,000 FCSH

Je M.  
rom Mr.

BENABDI TATA

Tél : 233 43 89 34  
693 01 37 10  
243 78 56 26

La somme de  
The sum of

Quinze mille

Francs CFA

Pour  
Being  
Avance

Consultation

Reste

Fait à  
Issued at

Douala

le  
The

03 JUIN 2019

## Facture SANS TVA

PHARMACIE DE GAULLE  
BP 2882 DOUALA  
TEL 233433729

Payé

Comptant

Numéro de facture

Date

190062093

03/06/2019

M06000001057E  
RC/DLA/2000/B/024774  
TEL2: 233-43-37-29

PHARMACIE DE GAULLE

Dr Tientcheu Monkam

BP 2882

DOUALA

le : 03/06/2019

TEL : 696 20 14 08

Op : 3 15:35

FA190062093 SERVEUR-PC

Produit

Qté A régler Total

ENFT BENAABID TAHA

#155446 03/06/2019 15:49  
01 SUZANNE 000000

1X 13800 \*13800  
DPT. 01

\*TOTAL \*13800  
ESPECES \*20000  
CHANGE \*6200

DR TIENTCHEU CELINE  
MERCI BONNE GUERISON

Facture n°190062093 du 03/06/19

pour ENFT BENAABID TAHA

FLOXAPEN 250MG SP

FL/100ML 2 4700 9400

MAXILASE SIROP

FL/125ML 1 2550 2550

PRIMALAN SIR

FL80ML 1 1850 1850

Sous total en F 13800

Net à payer en F 13800

Dont TVA : 0

03/06/2019 Espèces en F 13800

Nombre d'articles : 4

Montant des H 0

TVA :

	Qté	TTC U Brut	%Rem	TTC U Net	Mt TTC Net	%TVA
/100ML	2	4700,0000	0,00	4700,0000	9400	0,0
5ML	1	2550,0000	0,00	2550,0000	2550	0,0
	1	1850,0000	0,00	1850,0000	1850	0,0

se	HT Net	TVA
00	13800,00	0,00

Total Net HT	13800,00
TVA	0,00
Montant TTC	13800,00

Totaux 13800,00 0,00% 0,00 13800,00 0,00

Payé Comptant



*[Signature]*