

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

- Reclamation : 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.

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° W19-457732

C/

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11408

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : BENAAIBIA REDAOUANE

Date de naissance : 09.07.74

Adresse : DONALA. CAZEROUN

Tél. :

Total des frais engagés : 3520 FCFA Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

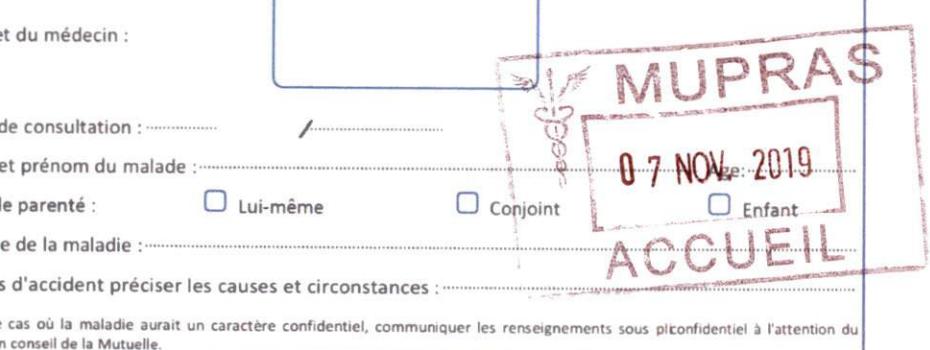
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : DONALA

Le : 09/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-457732

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 11408

Nom de l'adhérent(e) : BENAAIBIA

Total des frais engagés : 3520 F

Date de dépôt :

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
09/09/2018				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou de l'Administrateur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Pharm. SAINT NICOLAS Bon face CRTV-Bonanjo Tél. (371) 33 42 13 97 / 33 08 05 63 (+371) 39 45 52 34 BP 3510 DOUALA - CAMERON E-mail: pharmacie.saintnicolas@yahoo.fr	09/09/19	3520 f

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

VOLET ADHERENT

Payé Comptant

4/09/2019 000000#174241
6:29 01 CLERK 01

DEPT 01 7320

HEM
CASH X6520

PLEASE
VISIT
US AGAIN

Pharmacie
Saint-Nicolas

ZENTEL SUSP BUV FL
10ML
1.760 FCFA
C NICOLA 3297041 27/08/19

ZENTEL SUSP BUV FL
10ML 1.760 FCFA

C NICOLE 3297041 09/19
et Bonne Santé

PHARMACIE
SAINT NICOLAS

Tél : 342-10-49 Fax : 342-10-57
449 Avenue De Gaulle à Bonanjo
No Contribuable : M020500017975U

Ticket No :048209 du 09/09/2019 a 17h40
Vendeur : STAGIAIRE

Nom du client :

Payé Comptant

1 ZENTEL SUSP BUV FL 1760X 2 3520
TOTAL 3520
NET A PAYER : 3520
MORE REGLEMENT - ESPECES

THE TICKET TIENT