

## 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-457726

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11408 Société : R.A.T

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BENABID REDOVANE

Date de naissance : 09.07.74

Adresse : DOUALA. CAMEROON

Tél. : Total des frais engagés : 3600 FCFA Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

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 : DOUALA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08 / 10 / 19

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-457726

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

A.L  
11408  
BENABID  
3600 F

[illegible][illegible][illegible][illegible]

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

Important :  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE SAINT NICOLAS Douala le 08/10/2019  
 DR TANGOU  
 BP 5263 DOUALA  
 BONANJO  
 TEL 342-10-49 / 943-52-34

CLIENT No : BENAOI  
 FACTURE No : 031594

----- Adresse Client -----  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Page : 01

code	designation article	prix article	qte	remise	montant TOTAL	TVA
1348094	DOLIPRANE 150MG ENF SUPPO R/10	1065	1	0	1065	
21554356	MAXILASE SP FL/125ML	2530	1	0	2530	
		Total			3595	
		Net à payer			3595	

Arrêter la présente facture à la somme de TROIS MILLE CINQ CENT QUATRE VI-



**PAYE COMPTANT** de votre visite et Bonne Santé

## PHARMACIE SAINT NICOLAS

Tél : 342-10-49 Fax : -342-10-57  
 449 Avenue De Gaulle à Bonanjo  
 No Contribuable : M0205000179750

Ticket No : 054965 du 08/10/2019 à 17h16  
 Vendeur : DR YVES NKONGNI

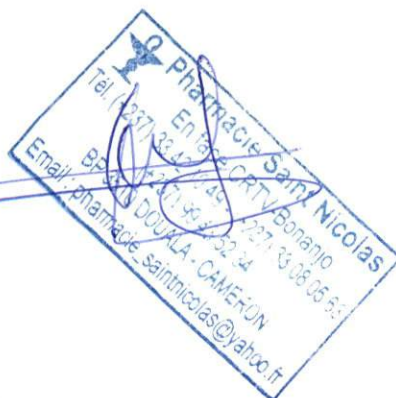
Nom du client :

**PAYE COMPTANT**

1 DOLIPRANE 150MG ENF1 1065X 1 1065  
 2 MAXILASE SP FL/125M 2530X 1 2530  
 TOTAL ..... 3595  
 NET A PAYER : 3595  
 MODE REGLEMENT : ESPECES

CE TICKET TIENT  
 LIEU DE FACTURE

Merci de votre visite et Bonne Santé



08/10/2019 000000#182052  
 16:13 01 CLERK 01  
 DEPT. 01 \*3600  
 ITEM 10  
 CA 10

PLEASE VISIT US AGAIN