

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-457724

✓

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

11408

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

BENAAVID REDOVAINE

Date de naissance :

09.07.74

Adresse :

DOUALA CAMEROUN

Tél. :

2530 F

Dhs

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Société :

RAM

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Age:

Date de consultation :

07 NOV. 2019

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Comptoir

Enfant

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14 NOV. 2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-457724

A/L

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) :

BENAAVID

Total des frais engagés :

2530 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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien O. Pharmacie Saint Nicolas	Date 10/06/08	Montant de la Facture 2300F
En face de la TV Bonanjo		
Tél. (+237) 33 05 49 14 / (+237) 33 08 05 53 +237 30 46 52 34		
BP 3510 DOUALA - CAMERON		
Email : pharmacie_saintnicolas@yahoo.fr		

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000	G 01433552 00000000	B 35533411 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE SAINT-NICOLAS

Douala le 14/06/2019

DR TANKEKOU
BP 5263 DOUALA
BONANJO
TEL 342-10-49 / 943-53-34

CLIENT No : T4401
FACTURE No : 029556



YOUR
CLOTHES
WASHED
AND
IRONED
FOR
YOU
BY
OUR
LADIES

14/06/2019 0000068152561

DEPT. 01 2500

ITEM 10
CASH \$2500

LAST
SAT
AGA
Z

En face de la poste Bonenjo
(+237) 59 43 22 34
510 DOUALA-CAMEROUN
macie.saintnicolas@yahoo.com

Merci de votre visite et Bonne Santé

H A R M A C I E
SAINT NICOLAS

tel : 342-10-49 Fax : 342-10-57
49 Avenue De Gaulle à Bonanjo
o Contribuable : M0205000179750

Ticket No :029720 du 14/06/2019 a 21h29
endeur : EDWIGE

nom du client :

1 MAXILASE SP FL/125M 2500X 1 2530
TOTAL 2530
Remise Globale %
NET A PAYFR : 30
TODE REGLEMENT : ESPECES 2500

LE TICKET TIENT
AU DE FACTURE