

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.

Educations :

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.

Prothèse :

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- 0047911

☐ 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 : / / 09 SEP 2019

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								
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux								
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
00000000	00000000											
35533411	11433553											
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis									
				Fin de								

VOLET ADHERENT NOM : BENABID Redouane Mle 11408

DECLARATION N° W18-381817

Date de Dépôt Montant engagé Nbre de pièces Jointes

2,6250,00 CFA 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



W18-381817

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 11408

Nom & Prénom BENABID Redouane

Fonction : chef d'équipe Phones. Douala

Mail Douala / CAMEROON

MEDECIN

Prénom du patient SOULEIMANE

Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒

Age 20 ans

Date 03 JUIN 2019

Nature de la maladie

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

1cs

15.000 CFA

PHARMACIE

Date 03/06/19

Montant de la facture

11-250 f

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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

Pédiatre

Diplômé de la faculté de

Médecine de NANTES

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

Douala, le

03.06.19

BEN AABID

FIMANE

PRIMALAN SIR FL 60ML



1850 F

113 SIROPS

UBIPHARM
CAMEROUN

21/05/2019

1 Primalan sir
1 mesure x 2

2 Staphypsen 250 g sup 2

OU FUCLO 250 5ml x 2

OU A Stagh 250

Fucloxacline 250

FLOXAPEN 250MG SP FL



4700 F

113 SIROPS

UBIPHARM
CAMEROUN

04/03/2019

FLOXAPEN 250MG SP FL...



4700 F

113 SIROPS

UBIPHARM
CAMEROUN

04/05/2019

Dr Maurice EBOA-LEMBE
Pédiatre

Diplômé de la faculté de Médecine de Nantes
O.N.M : 1084 / 86

Dr Maurice EBOA-LEMBE
Pédiatre

Diplômé de la faculté de Médecine de Nantes
O.N.M : 1084 / 86

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

Reçu N°

BPF

15.000.000

Je M.

om Mr

Tel : 233 43 89 34
693 01 37 40
243 78 66 26

La somme de

The sum of

Pour

Being

Avance

Reste

Fait à

Issued at

le

The

03 JUIN 2019

BRANABIS SOUTHERN PLANT

Quingz mille

Francs CFA

Consultation

Douala

PHARMACIE DE GAULLE
BP 2882 DOUALA
TEL 233433729

Facture

#155447 03/06/2019 15:50
01 SUZANNE 000000

1X 11250 *11250
DPT. 01

ESPECES *11250

DR TIENTCHEU CELINE
MERCI BONNE GUERISON

.com

TVA :

Ecneance : 01/07/2019

Numéro de facture

190062095

0

ENFT BENAABID S

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 15:36

FA190062095 SERVEUR-PC

Produit

Qté À régler Total

Facture n°190062095 du 03/06/19

pour ENFT BENAABID SOULEIMANE

PRIMALAN SIR

FL60ML 1 1850 1850

FLOXAPEN 250MG SP

FL/100ML 2 4700 9400

Sous total en F 11250

Net à payer en F 11250

Dont TVA : 0

03/06/2019 Espèces en F 11250

Nombre d'articles : 3

Montant des Honor. de Disp. 0

Code13Réf	Désignation	Qté	TTC U Brut	%Re
3263680	PRIMALAN SIR FL60ML	1	1850,0000	0
8033708	FLOXAPEN 250MG SP FL/100ML	2	4700,0000	0

Quantité totale des produits : 3

Taux TVA	HT Brut	%Rem	Remise	HT Net	TVA
0,0%	11250,00	0,00%	0,00	11250,00	0,00
Totaux	11250,00	0,00%	0,00	11250,00	0,00

Tota

TVA

Montant TTC 11250,00

Payé Comptant

