

## 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

- 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 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-578439

45291

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : RAM

Matricule : 11408 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RAM

Nom & Prénom : BENABID REDOUANE

Date de naissance : 09.07.74

Adresse : DOUALA, CANE ROUN

Tél. : 3475 FCFA Total des frais engagés : 0hs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : DOUALA Age : 20

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : DOUALA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : DOUALA

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 Le : 10/10/2020

Signature de l'adhérent(e) : DOUALA

# RELEVÉ 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 ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/10/2020	34 75 FCTA

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

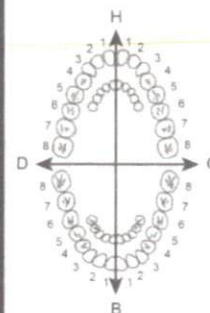
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

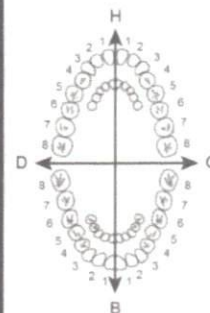
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# VOLET ADHERENT

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



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
D 00000000	G 00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE SAINT NICOLAS Douala le 10/10/2020  
 DR TAMBEKOU  
 BP 5263 DOUALA  
 BONANJO  
 TEL 342-10-49 / 943-52-34

Adresse client  
 BENAABID TANA

CLIENT No : BENA01  
 FACTURE No : 039490

Page : 01

code	designation article	prix	montant
art.	article	article	TOTAL
1010056	DOLIPRANE 300MG ENF SUPPO B/10	1075	1075
21663857	PASSIEDYL ENF SP FL/125ML	2400	2400

PASSIEDYL NF ENF SP  
 F/125ML  
 2.400 FCFA  
 NICOLA 3411040 17/09/20

DOLIPRANE G. ENF  
 300MG SUPPO/10  
 1.075 FCFA  
 NICOLA 3481017 28/09/20

Total 3475  
 Net a payer \*\*\*\*\*3 475\*

Arrete la presente facture a la somme de TROIS MILLE QUATRE CENT SOIXANTE  
 QUINZE Francs C.F.A

PAYE COMPTANT

Pharmacie Saint Nicolas  
 En face CRTV-Bonanj  
 Tel (+237) 34 42 10 49 - (+237) 33 08 05 61  
 (+237) 09 43 52 34  
 BP 3510 DOUALA - CAMERON  
 Email : pharmacie\_saintrcolas@yahoo.fr



MERCI DE VOTRE VISITE ET BONNE SANTE

P H A R M A C I E  
SAINT NICOLAS

No Contr : M020500017975U

Ticket No :131840 du 10/10/2020 a 19h36

Vendeur : VALERIE DJ.

Caisse No : 01

Nom du client :

**PAYE COMPTANT**

1 DOLIPRANE 300MG ENF	1075X	1	1075
2 PASSEDYL ENF SP FL/	2400X	1	2400
TOTAL .....			3475
NET A PAYER :			3475
MODE REGLEMENT : ESPECES			

CE TICKET TIENT

LIEU DE FACTURE