

# 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

- 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-548907

ND:36490

### Maladie

### Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

09452

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZAHIDY Bouabid

Date de naissance :

11.02.1968

Adresse :

Bd Omar Képp Esc 5 Appartement 100 Cesse

Tél. :

0626301968

Total des frais engagés :

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Nature de la maladie :

Dyspepsie / Rhinite

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'atté médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 13/05/20

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-548907

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



#### **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
Mois 2020	C	1	/	INP : CLINIQUE DE BONNAPRISO DR. P. M. D'AGLIO N° ONMC : 1111111111

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]													
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [ ]													
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> [ ]													
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> [ ]													
				<b>FIN D'EXECUTION</b> [ ]													
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [ ]
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
G																	
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> [ ]													
				<b>DATE DU DEVIS</b> [ ]													
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> [ ]													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**CLINIQUE DE BONAPRISO (FACE LYCEE TECHNIQUE DE BONADOUUMBE )**

420, rue 1235 BATI-BOIS B.P. 12605 DOUALA Tél. (237) 233 42 70 61 / 233 42 43 97

Douala, le..... 15/05/2022

Mf Zahidy Bouahia

- |   |                           |                           |   |
|---|---------------------------|---------------------------|---|
| ① | Inexium 40                | 8530                      | ⇒ |
|   | <u>                  </u> | <u>                  </u> | ① |
|   | 0 - 0 - 1                 |                           |   |
| ② | Certec 10                 | 3920                      | ⇒ |
|   | <u>                  </u> | <u>                  </u> | ① |
|   | 0 - 0 - 1                 |                           |   |
| ③ | Daliprone 1000            | 1110                      | ⇒ |
|   | <u>                  </u> | <u>                  </u> | ① |
|   | 1 - 0 - 1                 |                           |   |
| ④ | Fental                    | 2175                      | ⇒ |
|   | <u>                  </u> | <u>                  </u> | ① |
|   | 1 - 0 - 1                 |                           |   |
| ⑤ | Pylera                    | 65000F                    | ⇒ |
|   | <u>                  </u> | <u>                  </u> | ① |
|   | 1 - 0 - 1                 |                           |   |
| ⑥ | Gavision syrup            | 2715                      | ⇒ |
|   | <u>                  </u> | <u>                  </u> | ① |
|   | (1 - 1 - 1) gès           |                           |   |



T = 81750F



# INexium®

ésoméprazole

40 mg

PHARMACIE SAINT NICOLAS 1  
INEXIUM 40 MG COMP B/14



\*3553389\* 1/04/20

6.530 FCFA

14  
comprimés  
gastro-  
résistants

AstraZeneca 

Lot ZMHY  
EXP 08-2021

AstraZeneca

PC: 03400921804201  
LOT: 193569A  
EXP: 02/2022  
SN: 580867317761

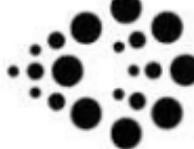


Boîte de  
120  
gélules

  
**PYLERÀ®**  
140 mg/125 mg/125 mg,  
gélule

Sous-citrate de bismuth potassique,  
métronidazole, chlorhydrate de tétracycline

**Voie orale**

 **Allergan**

# YENDOL

Granulado para suspensión oral  
Granulés pour suspension buvable  
Granules for oral suspension



YENDOL SACH B/10

2.475 FCFA



NICOLA 8023070 13/01/20



10 Sobres vía oral  
10 Sachets-doses voie orale  
10 Sachets Oral use

Tratamiento sintomático del dolor leve y moderado asociado a **estados gripales o resfriado común.**

Traitemment symptomatique des douleurs faibles et modérées associés aux **etats grippaux ou rhume commun.**

Symptomatic treatment of slight and moderate pain associated to **the flu or common cold.**



FAES FARMA

# YENDOL

Granulado para suspensión oral  
Granulés pour suspension buvable  
Granules for oral suspension

LOTE N°:

LOT N°:

BATCH N°:

FAB.:

FAB.:

MFD.:

CADUCA:

PEREMPT:

EXPIRY:

16388  
04-2012  
03-2024

Douleurs et fièvre  
Pain and fever

# Doliprane®

Paracétamol  
Paracetamol

Voie orale/Oral use  
Adulte/Adult  
8 comprimés effervescents sécables  
8 scored effervescent tablets

Comprimé effervescent sécable /  
Scored effervescent tablet

1000 mg



SANOFI

Lot: 9K01661

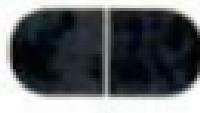
Fab/Mfg: 05.2019

EXP.: 04.2022

# Zyrtec 10 mg

Cétirizine/ Cetirizine

voie orale/ Oral route



10 comprimés sécables/  
Breakable tablets



Lot/Batch n°:

Mfd:

Exp:

