

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-548907

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09452 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ZAHIDY Bouabed

Date de naissance : 11.02.1968

Adresse : D Omar Ripp Esc 5 ARTLO Casa

Tél. : 0626301902 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Dysprosie / Rinite

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 n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Doukha Le : 15/05/20

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.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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

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
12/05/20	C	1	✓	INP :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/05/20	21.750

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>G</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	[Création, remont, adjonction]															
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

VOLET ADHERENT

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

CLINIQUE DE BONAPRISO (FACE LYCEE TECHNIQUE DE BONADOUMBE)

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

Douala, le 15/05/2020

M^r zahidy Bouahia

① Inexium 40 6530 (P)
0-0-1

② Curtec 10 3920 (P)
0-0-1

③ Daliprone 1000 1110 (P)
1-0-1

④ Jental 2175 (P)
1-0-1

Pharmacie
Salvator
NICOLAS

⑤ Pylora 65000 F (P)
1-0-1

⑥ Gaviscon 800p 2715 (P)
(1-1-1) G

CLINIQUE DE BONAPRISO
Dr. NGONGI
N° ONI 5740

T = 81750 F



INexium®
ésoméprazole

40mg

PHARMACIE SAINT NICOLAS 1

INEXIUM 40MG 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**



PYLERA[®]
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**.
Traitement symptomatique des douleurs faibles et
modérées associés aux **états 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
04-2019
03-2024

**Douleurs et fièvre
Pain and fever**

Doliprane®

**Paracétamol
Paracetamol**

Voie orale / Oral use

Adulte/Adult

**8 comprimés effervescent sécables
8 scored effervescent tablets**

1000 mg

**Comprimé effervescent sécable /
Scored effervescent tablet**



SANOFLI

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:

