

# 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.

N° W19-548947

ND 36492

Optique

AI

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 091152

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZAHIDY Bouaboud

Date de naissance : 11.02.1968

Adresse : bd Haj Omar Rifi Fes 5 Apt 20 casa

Tél. : 0626301908

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

Nature de la maladie :

voix, aphtes, éruptions

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 :

Daouala

Le : 30/08/20

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-548947

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 :

## 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
30/08/2010	C	1		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/06/20	23.640,-

## 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.

#### 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 : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>
				Date de l'exécution <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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 30/06/2022

Mr Zahary Bouahé

① Pyralyex 3185 (01)  
1-1-1

② Toplexil 2760 (01)  
(-1-1) 01

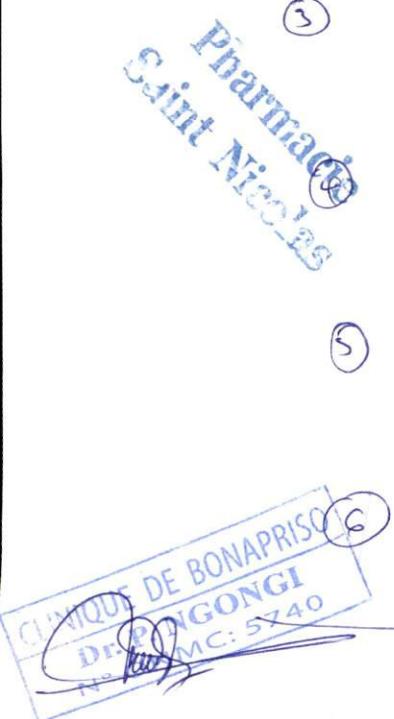
③ Aerus 5 5110 (01)  
0-0-1

Trexium 40 6530 (01)  
0-0-1

④ Anoxi Dent 1000 2605 (01)  
1-0-1

Cipro Dentale 3450 (01)  
1-0-1

T = 23640.



Batch | Lot | Lote No.:  
Mfg. | Fab.:  
Exp.:

22611  
06/2019  
06/2022



# Amoxi-Denk 1000

AMOXI DENK 1000MG  
CPR B/10

2.605 FCFA



NICOLA 8071198 3/04/20



10

tablets | comprimés | comprimidos

Made in Germany

**Cipro-Denk 500**

10 f.c. tablets | comprimés pelliculés | comprimidos revestidos



10 f.c. tablets | comprimés pelliculés | comprimidos revestidos

**Made in Germany**

**Denk  
Pharma**

# **Cipro-Denk 500**

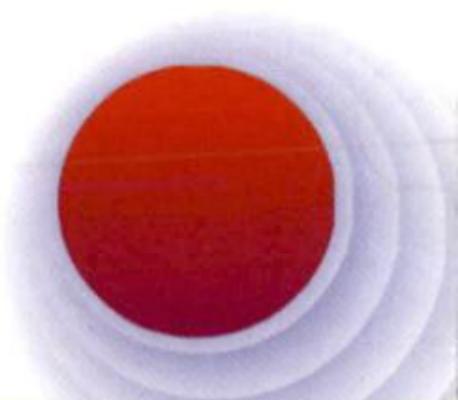
**[ Ciprofloxacin ]**

PHARMACIE SAINT NICOLAS  
CIPRO DENK 500MG CP 8/10



2270034 25/03/20

**3.450 FCFA**



# INEXIUM®

ésoméprazole

40 mg

INEXIUM 40MG CPR

B/14

6.510 FCFA



NICOLA

3553389

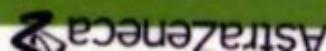
15/05/20

14

comprimés  
gastro-  
résistants

AstraZeneca 

Lot ZMHY  
EXP 08-2021

AstraZeneca 

Solution buccale et gingivale

# Pyralvex®

## Aphtes

PYRALVEX SOLUTE EXT.  
FL 10ML

3.185 FCFA



NICOLA 3369852

8/12/19

Lésions buccales  
inflammatoires

Rhubarbe

Acide salicylique

Flacon

de 10ml

# Toplexil®

oxomémazine 0,33mg/ml  
oxomemazine 0.33mg/ml

TOPLEXIL 0,33MG/ML  
SP F/150ML

2.760



3595784

4/05/20

NICOLA

1 flacon de sirop / 1 bottle of syrup  
150 ml



# Aerius® 5 mg

film-coated tablets  
comprimés pelliculés

desloratadine

Oral use / Voie orale

**15** film-coated tablets  
comprimés pelliculés

AERIUS 5MG CPR PELL  
B/15

5.110 FCFA



NICOLA 3565576 25/01/20