

# 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.

N° W19-548909

ND:36494

Maladie

Dentaire

Optique

Ai

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 091152

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZAHIDY Bouabid

Date de naissance :

AI.02.1968

Adresse :

AI43 Bd Omar Ben HAFSI ESC 5 Apt 20 Case

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 :

Toux, rhinitis / suspecte

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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : *Demande* Le : 20/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-548909

12 AOUT 2020

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Matricule :

Il sera nécessaire de le présenter pour toute

réclamation ultérieure.

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
29/05/2023	C	1	1	INP : MAQUE D'ONAPRISO Dr. P. NAMUNGI ONMC: 5740

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/05/20	274175

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### VIOLET ADHESIVE

\* 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

A 4x4 grid of circles. The numbers in the circles are arranged as follows: Row 1: 4, 4, 4, 4; Row 2: 3, 3, 3, 3; Row 3: 2, 1, 2, 1; Row 4: 1, 1, 1, 1. A vertical arrow points downwards from the center of the grid to a box labeled 'B' at the bottom center.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Douala, le..... 29/03/2020

Mme Hambaloh Mayjouba

① Respinen 1360. → (01)  
1 - 0 - 1

② Inexium 40 6530 → (01)  
0 - 0 - 1

③ Toplexil 2460 → (01)  
(1 - 1 - 1) cat

④ Singulair 1380 → (01)  
2 - 0 - 0

⑤ Gaviscon sirup 2715. → (01)  
(1 - 1 - 1) cat

T = 27175

CLINIQUE DE BONAPRICE  
DE LA NGONGI  
N° PNC: 5740



0835220

08-2022

EXP

Lot

08-2019

Fab

Médicament autorisé en / Medicine authorized in  
France n° 34009 561 166 5 2

SINGULAIR® 10 mg, comprimés pelliculés



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



**Soyez prudent**

Ne pas conduire  
sans avoir lu la notice

A conserver dans l'emballage  
d'origine, à l'abri de l'humidité  
et de la lumière.

A conserver à une température  
ne dépassant pas 30°C.

Store in the original package  
to protect from light and  
moisture.

Do not store above 30°C.  
Prescription only medicine



15 ml

RESPIBIEN 0,5MG GTTE  
NAS F/15ML



respibien  
Oxymetazoline HCl

Décongestionnant nasale/  
Nasal decongestant



cinfa

**sanofi-aventis France**  
1-13, boulevard Romain Rolland  
75014 Paris - France

**Fabricant / Manufacturer**  
**FAMAR LYON**

29, avenue Charles de Gaulle  
69230 Saint Genis Laval - France

DPLEXIL 0,33MG/ML  
3 F/150ML

10  
SF

**2,760**



YICOLA 3595784 21/04/20



**Soyez très prudent**

Ne pas conduire sans l'avis  
d'un professionnel de santé

**Be very careful**

Do not drive without asking a  
health professional's opinion



3 5 8 2 9 1 0 0 1 7 5 1 6

# INexium®

ésoméprazole

40 mg



14

comprimés  
gastro-  
résistants

# Cotipred®

prednisolone

# Cotipred®

prednisolone

(métasulfobenzoate sodique)

COTIPRED 20MG CPR

EFFV B/20

3.306 FCFA



22/04/20  
8000301

NICOLA

COTIPRED 20MG CPR

EFFV B/20

3.306 FCFA



22/04/20  
8000301

NICOLA

20 effervescent  
scored tablets

20 mg

(sodium metasulfobenzoate)

prednisolone

# Cotipred® Cotipred®

20 effervescent  
scored tablets

20 mg

(sodium metasulfobenzoate)

prednisolone