

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.

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° W19-536760

ND: 36495

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Matricule :

09452

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZAHIDY Benabd

Date de naissance :

AN 01 1968

Adresse :

AL3 Bd Omar Rifi Esc 5 Apt 20 Casa

Tél. :

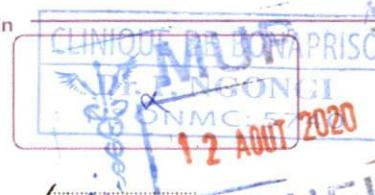
626301901

Total des frais engagés :

Dhs

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 :

tour, Synthèse, Amorphie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 06/10/20

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-536760

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
01/05/20	C	1	1	INP : 1111111111 CLINIQUE DE SONAPRISO Dr. P. NGONGI N° ONMC: 5740

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/05/20	12255

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<input type="text"/> H 25533412 00000000	<input type="text"/> 21433552 00000700	<input type="text"/> G 00000000 35533411	<input type="text"/> 11433553
	<p>[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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... 04/05/2024

Mme Habi'ballah Mahjoub

- ① Clartec 10 2725 (01)
0-0-1
- ② Ercfenil 2675 (01)
2-0-2
- ③ Doliprane 400 mg 1330 (01)
2-0-2
- ④ Gaviscon 2575 (01)
1-1-1
- ⑤ Pharmacie Saint Nicolas 2950 (01)
1-1-1 cas

CLINIQUE DE BONAPRISO
Dr. P. NGONGI
N° CNAM: 5740

T = 122 55

® mUXOL

0,3%

Chlorhydrate d'ambroxol
Ambroxol hydrochloride

CIP: 3400933024345

LOT: 576

FAB: 06/2018

EXP: 06/2021



® mUXOL

0,3%

Chlorhydrate d'ambroxol
Ambroxol hydrochloride



Solution buvable / Oral solution

Voie orale / Oral administration

180 ml

BIOCODEX





000283
01/2022

3095201

GAVISCON

Alginate de sodium
Bicarbonate de sodium

SUSPENSION BUVABLE
24 sachets de 10 ml

Menthe Sans Sucre

Traitementsymptomatique du reflux gastro-œsophagien

LOT
EXP

Douleurs et fièvre
Pain and fever

Doliprane Vitamine C®

500mg/150mg

Paracétamol
Paracetamol

Vitamine C
Vitamin C



Dès 27 kg
From 27 kg
16 comprimés effervescents
effervescent tablets

SANOFI

..... comprimé(s)/ prise
..... tablet(s)/intake
..... fois/jour pendant
..... intakes/day during
..... jours
..... days

Lot / Batch

Fab / Mfg

Exp.

ercéfuryl® 200 mg

nifuroxazide



28 gélules
capsules

ERCEFURYL 200MG
GELULE BT 28

2.674 FCFA



C NICOLA

3213251

30/01/20

Voie orale
Oral use



SANOFI

Antiallergic Drug

10 mg

ENT: NICOLA PAGE:

CLARTEC 10MG CPR
B/15

®

2.725 FCFA



LOT 1774 FAB 03 19 PER 03 22

claritec
loratadine

15 tablets

45 / 12,5 / 95