

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° W19-548949

ND: 36497

Optique

Ai

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09452

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ZAHIDY BOUABID

Date de naissance : 11.08.1968

Adresse : 143 bd Haf Omer RIFFI ESC 5 APT 00089

Tél. : 0626301908

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, Grippe

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 :

Le : 12.08.2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W19-548949

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

MUPRAS
12 AOUT 2020
Matricule : 09452
Nom de l'adhérent(e) : ZAHIDY BOUABID
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
21/06/20	C	1	—	INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Saint Joseph</i>	21/06/20	19670

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

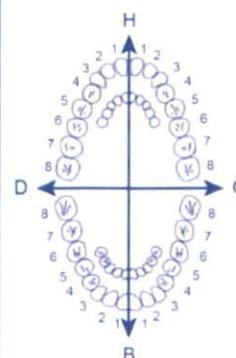
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552
D	00000000 00000000
B	00000000 00000000
G	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

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 12/06/2020

Mr Zahidou BOUABDO

- ① Cortarceyl 20 1500 (01)
2 - 0 - 0
- ② Amoxi - Denk 500 5890 (01)
1 - 0 - 1
- ③ Inexium 40 6530. (01)
0 - 0 - 1

- ④ Muxol 2850 (01)

1 cais x 315

~~Pharmacie
Bati-Bois~~

T = 18670.



CLINIQUE DE BONAPRISO
Dr. P. BONAPRISO
N° OMIC: 5740

muxol®

0.3%

Chlorhydrate d'ambroxol
Ambroxol hydrochloride



Solution buvable / Oral solution
Voie orale / Oral administration

180 ml

BIOCODEX 

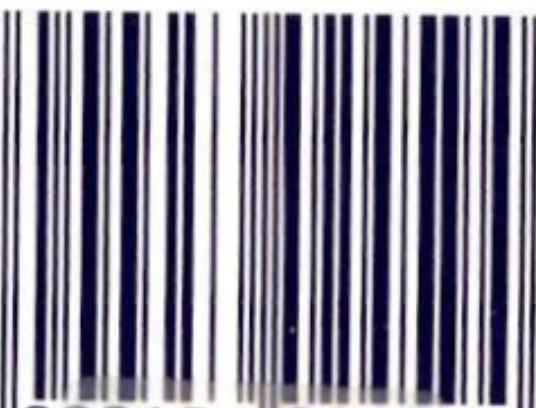
INEX
és.



Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Médicament autorisé n° 3400935533890



5 000456 024594



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

22609
05/2019
05/2022



Amoxi-Denk 1000

amox 1 AMOXI DENK 1000MG
CPR B/10

2.605 FCFA



NICOLA 8071198 29/12/19



10

tablets | comprimés | comprimidos

Made in Germany

Cortancyl® 20 mg

prednisone



SANOFI

SANOFI

4500 P

Voie orale

20 comprimés sécables

SANOFI