

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-548955

ND 36499

Optique

Al

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

09452

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZATHIY Bouabid

Date de naissance :

11.01.1968

Adresse :

143 bd omar RIFLES 5 APT 20 Casa

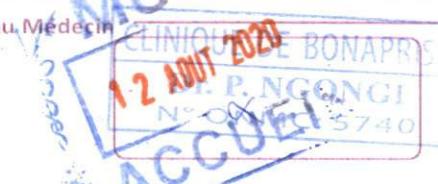
Tél. :

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 :

Hypospasme / toux

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'adresse du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je suis au courant de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Douala

Le : 15/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-548955

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



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
19-05-10	c	1		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Saint Michel</i>	15/05/20	15450

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	

VOLET ADHERENT

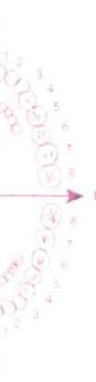
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 : <input type="text"/>																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">01433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	01433552	00000000	00000000	<hr/>		D		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																					
25533412	01433552																				
00000000	00000000																				
<hr/>																					
D																					
00000000	00000000																				
35533411	11433553																				
<hr/>																					
B																					
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel: Thérapeutique, nécessaire à la prothèse</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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

Mr Tahisy Boua S

- ① Topflexil 2460 (01)
1-1-1 cas
- ② Deslalyne 1725 (01)
0-0-1
- ③ Unidose 135 x 5 = 5675 (05)
10-0-0
- ④ Gavisoan Syrop 2575 (01)
1 cas x 3 (J)

$$T = 15450$$



Uveose 1L. Uniquement sur ordonnance

Uveose 1L. Uniquement sur ordonnance

Uvedose 100 000 U.I.
Solution buvable
en ampoule
(vit. D3)

UVEDOSE
100 000 U.I.
Solution buvable
en ampoule
Cholécalciférol
(vit. D3)

UVEDOSE AMP BUV BT/1
1850
LABOREX CAMEROUN
115 AMP BUVABLES
06/04/2020
Lot BL306
Exp 06-2021
CIP 3400933222185


UVEDOSE AMP BUV BT/1
1850
LABOREX CAMEROUN
115 AMP BUVABLES
06/04/2020
Lot BL306
Exp 06-2021
CIP 3400933222185


UVEDOSE AMP BUV BT/1
1850
LABOREX CAMEROUN
115 AMP BUVABLES
06/04/2020
Lot BL306
Exp 06-2021
CIP 3400933222185


UVEDOSE 100 000 U.I.
en ampoule
Cholécalciférol
(vit. D3)
06/04/2020
Lot BL306
Exp 06-2021
CIP 3400933222185


UVEDOSE AMP BUV BT/1
1850
LABOREX CAMEROUN
115 AMP BUVABLES
06/04/2020
Lot BL306
Exp 06-2021
CIP 3400933222185


UVEDOSE
100 000 U.I.
Solution buvable
en ampoule
Cholécalciférol
(vit. D3)
06/04/2020
Lot BL309
Exp 01-2019
CIP 3400933222185


UVEDOSE AMP BUV BT/1
1850
LABOREX CAMEROUN
115 AMP BUVABLES
06/04/2020
Lot BL306
Exp 06-2021
CIP 3400933222185


UVEDOSE AMP BUV BT/1
1850
LABOREX CAMEROUN
115 AMP BUVABLES
06/04/2020
Lot BL306
Exp 06-2021
CIP 3400933222185


UVEDOSE AMP BUV BT/1
1850
LABOREX CAMEROUN
115 AMP BUVABLES
06/04/2020
Lot BL306
Exp 06-2021
CIP 3400933222185


UVEDOSE AMP BUV BT/1
1850
LABOREX CAMEROUN
115 AMP BUVABLES
06/04/2020
Lot BL306
Exp 06-2021
CIP 3400933222185


UVEDOSE
100 000 U.I.
Solution buvable
en ampoule
Cholécalciférol
(vit. D3)
06/04/2020
Lot BL309
Exp 01-2019
CIP 3400933222185


PHARMACIE SAINT NICOLAS
UVEDOSE 100000U.I. AMP BUV 2ML/1
3322218* 24/03/20
1.13€ FCFA

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
Liste II. Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
Liste II. Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
Liste II. Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
Liste II. Uniquement sur ordonnance

Deslatyne® 5 mg

Desloratadine 5 mg

10 comprimés pelliculés

Voie orale/Oral Use



SANDOZ

a Novartis company

lot/batch n°:

manuf./fabric:

exp.:

DESLATYNE 5MG CPR
B/10

1.725 FCFA



NICOLA

8442619

27/02/20

Toplexil®

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

AVEC
COULET DOSEUR

TOPLEXIL 0,33MG/ML
SIROP 150ML

2,760



NICOLA

3595784

4/05/20

1 flacon de sirop / 1 bottle of syrup
150 ml

