

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 canaux, 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 canaux.

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 Atlas Ben Abdellah - Avenue Abdelhak El Meziane - Rue Mohamed Taki El Roui Alil Ben Abdellah - Quartier de l'Unité
B.P. 23000 - Tél : 05 22 20 45 15 (L.G.) Fax : 05 22 22 78 19 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-510485

16139

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09452 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZANDY Benabid

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Agé

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux	Montant des soins	Début d'exécution	Fin d'exécution																			
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux	Montant des soins	Date du devis	Fin d'exécution																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553						
H		G																								
25533412	21433552																									
00000000	00000000																									
00000000	00000000																									
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'exécution

VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N°

P 14/0024035



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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



P 14/

24035

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 0945

Nom & Prénom ZAHIDY BOUABID

Fonction R. Financier Phones 0626301902

Mail bzahidy.royalairmaroc@gmail.com

Signature de
Adhérent

MEDECIN

Prénom du patient HABIB AL ANJAH JOUBA

Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐ Age

Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des
honoraires

ES

1

15 000 F

Clinique BONAPRISO
20, Rue 1 235 (Sali-Bois)
P. 12665 Douala
T. 142 70 51 7338
Dr. BONAPRISO

PHARMACIE

Date 25/11/19

Montant de la facture

15 820 F

Pharmacie
Pharmacie
Pharmacie

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des
Honoraires

CACHET

CLINIQUE DE BONAPRISO

420 Rue 1.235 (Bâti-Bois) Bonapriso

BP: 12605 Douala - CAMEROUN

E-MAIL : clinique.bonapriso@yahoo.fr

Tél.: (237) 2 33 42.70.61 / (237) 2 33 42.43.97 Télécopie: (237) 2 33 42.43.97

ORDONNANCE

DOCTEUR DENIS BOUALLO

Diplômé de la Faculté de Médecine de Saint-Etienne

(Académie de Lyon)

Ex Médecin Attaché des Hospices civils de Lyon

Médecine Interne

Pathologie infectieuse, Parasitaire et Tropicale

Douala, le 25 novembre 2019

Madame HABIBALLAH MAHJOUBA épouse ZAHIDY

INEXIUM 40 cp 1 bte

1 cp par jour

6515 Fcfa

TRABAR 50 cp 1 bte

1 cp matin, 1 cp soir

Tremadol 50mg. 2930 Fcfa.

CELEBID 100 1 bte

1 cp matin et 1 cp soir au repas

4380 Fcfa

NIFLUGEL 1 tube

Application et soir

1995 Fcfa.



15.820 Fcfa.



Tremadol[®]
TREMADOL 50MG CPR
B/20
2.930 FCFA
NICOLA 8067021 16/11/19
rimés 20 x 

50 mg
Voie orale



4 DURÉE MATIN MIDI SOIR

 **COOPER**
PHARMA



NIFLUGEL 2,5%[®]
ACIDE NIFLUMIQUE
TENDINITES, ENTORSES, CONTUSIONS



NIFLUGEL 2,5% GEL
T/60G
1.995 FCFA
NICOLA 3318665 6/11/19




INEXIUM[®] 40 mg
ésoméprazole
14 comprimés gastro-résistants

INEXIUM 40MG CPR
B/14
6.510 FCFA
NICOLA 3553389 23/11/19

AstraZeneca



Lot ZLTV
EXP 03-2021
AstraZeneca



celecoxib
ELEBID 100
2 x 10 Capsules
4.380 FCFA
NICOLA 2268563 3/10/19
CELEBID 100MG GEL
B/20

CLINIQUE DE BONAPRISO

420, Rue 1235 (Bâti-Bois) Bonapriso

B.P. 12605 Douala-CAMEROUN

E-MAIL: clinique.bonapriso@yahoo.fr

Tél. (237) 233 42 70 61 / 233 42 43 87

B.P.F TTC

15000

REÇU

N° 000025

16

REÇU de M

Received from

La somme de

The Sum of

Motif

Being

Avance

Advance

Reste

Balance

Fait à

Issued at

le

the

Signature

CLINIQUE DE BONAPRISO
404, Rue 1235 (Bâti-Bois)
B.P. 12605 Douala-CAMEROUN
Tél. (237) 233 42 70 61 / 233 42 43 87

da 27/11/19

Habiballah Mahjoub Eps Zahedy
Quenze mille francs
es