

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
09459 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **ZAHID BEN ABDEL**

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 :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age

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 :

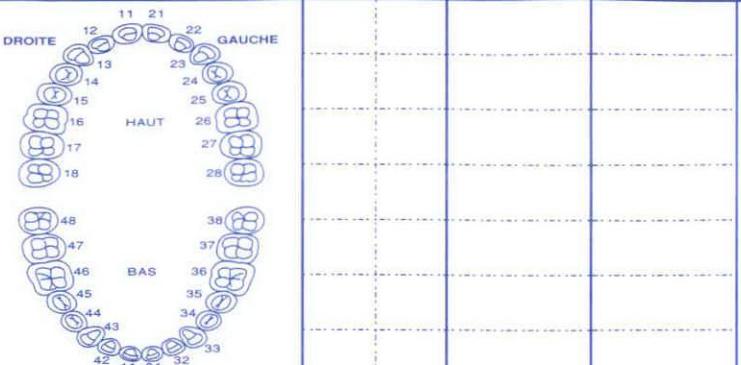
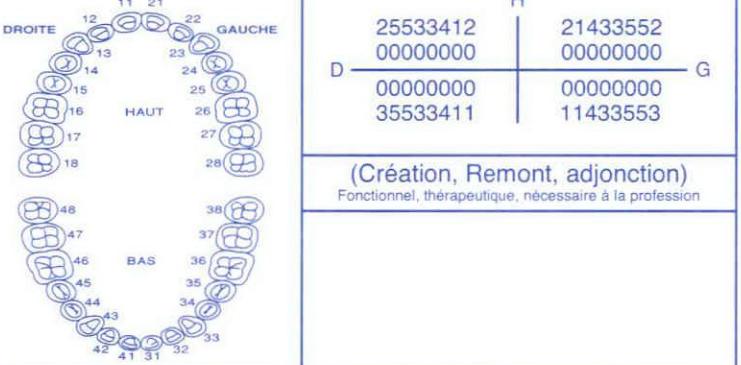
Le :

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montant des soins
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
	D	H	G	Montant des soins
	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553		Date du devis
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin d'exécution
Votre empreinte du praticien attestant le devis	Votre signature du praticien attestant l'exécution			
VOLET ADHERENT	NOM : _____			Mle
DECLARATION N°	P 14 / 0024035			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	<i>Datchet</i>	
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 BOUARBI			
Fonction R. Financier	Phones 0626301902	<i>Juste de l'adherent</i>	
Mail b.zahidy@royalairmaroc.com			
MEDECIN	Prénom du patient HABIB ALI MAHFOUBA		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		<i>inhalation</i>	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
CS	1	15.000 F	
PHARMACIE	Date 20/11/19		
Montant de la facture 15.820 F CFA			
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

*Clinique BONAPRISO
20, Rue 1 235 (Bali-Bois)
12605 Douala
T 12 70 517 33 00
Dr Bouet*

Pharmacie Nicolas

CACHET

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 Fcfor

TRABAR 50 cp 1 bte
1 cp matin, 1 cp soir

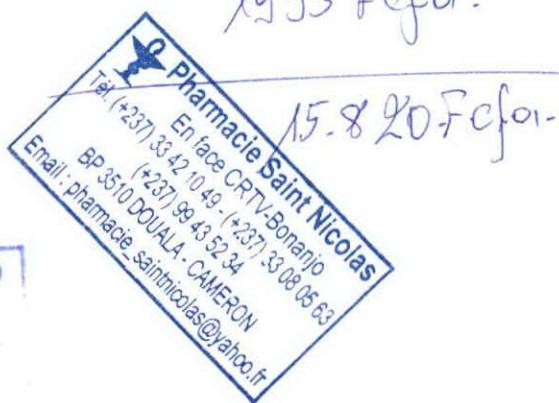
Tremadol 50mg. 2930 Fcfor.

CELEBID 100 1 bte
1 cp matin et 1 cp soir au repas

6380 Fcfor

NFLUGEL 1 tube
Application et soir

1995 Fcfor.





Tremadol®

TREMADOL 50MG CPR
B/20

2.930 FCFA



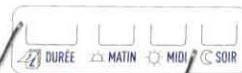
NICOLA 8067021 16/11/19

tumadol

50 mg

Voie orale

rimés 20 x



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



Gel

40 mg

INExium®
ésoméprazole

14 comprimés
gastro-
résistants

AstraZeneca

INEXIUM 40MG CPR
B/14

6.510 FCFA



NICOLA 3553389 23/11/19

Lot ZLTIV
EXP 03-2021

AstraZeneca

40

ELEBID

eLecoxib

2 x 10 Capsules
Gélules



NICOLA 2268563 3/10/19



4.380 FCFA
B/20
CELEBID 100MG GEL

Celecoxib
ELEBID¹⁰⁰

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 me**

Received from

La somme de

The Sum of

Motif

Being

Avance

Advance

Habiballah Mahjoub Eps Zahidy
Quinze mille francs
es

CLINIQUE DE BONAPRISO
420, Rue 1235 (Bâti-Bois)
B.P. 12605 Douala-CAMEROUN
Signature

Reste

Balance

Fait à

Issued at

le 27/11/19
the