

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.

Diagnostique 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.

Prothèse :

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
Prendre en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 058311

60892

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09452

Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAHIDY Bonabid

Date de naissance : 11.02.68

Adresse : 143 Bd. Omar Riffi Ex 5 ART 20 Casablanca

Tél. : 0626301902

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Didieth KEMAYOU
Médecin Généraliste
Université de Toulouse - Udm
Tél. : 090210123 - 0902101230

Date de consultation : 11 JAN 2021

Nom et prénom du malade : ZAHIDY MAHMOUDA HABIBALLAH

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypertension artérielle

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 : Casablanca

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
11 JAN 2021	CS	(1)	10.000	Dr. DIMITRI KEMAYO
11 JAN 2021	CS	1	20.000	Professeur TZEUTON Christian
02 FEV 2021	CS	1	20.000	Hépatogastro-Entérologue

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Saint Nicolas BP 3510 DOUALA CAMERON Email: pharmacie_saintnicolas@yahoo.fr	11/01/2021	24.820 F
	12/01/2021	9765 F

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'OC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CENTRE MEDICAL DES CAPUCINES

Maladie de l'Appareil Digestif
Médecine Aéronautique (C.E.M.A. de Douala)
Médecine et Biologie du Sport
Médecine de Travail

Médecine Générale
Consultation d'urgence à Domicile

529, avenue des palmiers - Bonapriso
B.P 12663 DOUALA - CAMEROUN

Tél : (237) 233 42 55 75

699 72 35 06

677 82 35 92

Fax : (237) 233 42 01 25

E-mail : cmcapucines@yahoo.fr

Douala, le 11 JAN 2021

Mme ZAHIRY MAH SOUBA

- ① INEXIUM 40 4 bls
1 — 0 — 1 30 pulmanal
cer repou
- ② AL MAX Forte 4575 x 2 bls
1 — 1 — 1 au debut de
repou
- ③ Arctel 100 6335 x 2 bls
1 — 1 — 1 au debut de
repou

 Pharmacie Saint Nicolas
En face CRTV-Bonapriso
Tél. (+237) 33 42 10 49 - (+237) 33 08 05 63
(+237) 99 43 52 34
BP 3510 DOUALA - CAMERON
Email : pharmacie_saintnicolas@yahoo.fr

Total: 21820^f

Dr. Diérrick KEMAYOU

Médecin Généraliste

Université de Toulouse - Udm

Tél.: 699 21 81 20 - CNMG: 7236

Voie orale.

Lire attentivement la notice.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Médicament autorisé n° 3400933876203

Oral route.

Read the leaflet carefully.

Keep out of reach and sight of children.

French P.L. No. 3400933876203

Titulaire/Marketing holder:

Mylan Medical SAS

40-44 Rue Washington

75008 Paris

France

Dicetel® 100 mg

Respecter les doses prescrites - Follow prescribed dosage

Liste II - Uniquement sur ordonnance - Only on prescription



DICETEL 100MG CPR
PELL B/30

6.335 FCFA



NICOLA

3387620

7/03/20

 Abbott



Dicetel[®]

100 mg Bromure de pinavérium/
Pinaverium bromide

100

30 comprimés
pelliculés
30 film-coated
tablets

DICETEL 100MG CPR
PELI. B/30

6 360 FOFA



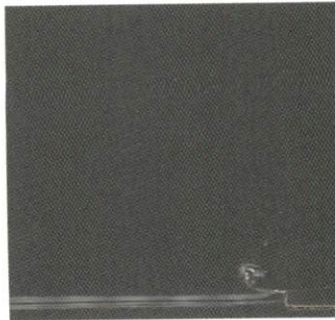
C. NICOLA

33 87320

18/12/20

Almax Forte

30 sobres / sachets



Almax Forte

Oral suspension /
Suspension buvable
Almagate / Almagate



30 sachets

Oral use / Voie orale

 **Almirall**

Cifran 500

Ciprofloxacin tablets

10 tablets/comprimés

CIFRAN 500MG CIPR
0

5.955 FCFA



COLJ 2027279 2/01/21



Cifran 500



**Tenir hors de la portée et de la vue
des enfants**

Keep out of reach and sight of children

Voie orale/Oral route



SPASFON OPR ENR B/30

1.905 FCFA



CIP 3400933672676

LOT A0237

EXP 09-2025



**Tenir hors de la portée et de la vue
des enfants**

Keep out of reach and sight of children

Voie orale/Oral route



SPASFON CPR ENR B/30

1,905 FCFA



NICOLA

3098808

2/02/21



CIP 3400933672676

LOT A0237

EXP 09-2025





CENTRE MEDICAL DES CAPUCINES

Docteur Christian TZEUTON

Professeur Associé de Gastro-Entérologie

Diplômé de la faculté de Médecine de Lille (France)

Ancien Attaché de Gastro-Entérologie de C.H.U de Lille

Membre de la Société Française d'Endoscopie Digestive.

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif

Spécialiste de Médecine Aéronautique

Spécialiste de Médecine et Biologie du sport

Medecin chef du CEMA de Douala

B.P 12663 DOUALA - CAMEROUN

Tél : (237) 233 42 55 75

699 72 35 06

677 82 35 93

Fax : (237) 633 42 01 25

E-mail : cmcapucines@yahoo.fr

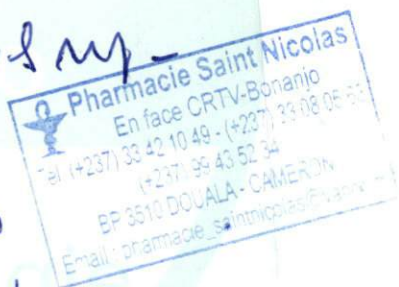
Reçoit sur RENDEZ-VOUS

02 FEB 2021

Douala, le

N° ZAHIDY

- Sparfon → M^{1905x2}
- 1 y 3 fl, avd sm
- Ciprofloxacine → M⁵⁹⁵⁵
- 1 y 2 fl, avd sm
- Continue
- Inexic ho
- Almar fuk



Professeur TZEUTON Christian

Hépatogastro-Entérologue

ONMC 874 / 83

B.P.: 12663 Douala (Cameroun)

Tél. 233 42 55 72 - 677 82 35 93 - 699 72 35 06

9765 F



CENTRE MEDICAL DES CAPUCINES

BP 12663 Douala Cameroun

Tel : 33 42 55 72 699 72 35 06 677 82 35 93

Fax : 233 42 01 25

RECU N° 0027138

Douala, le 02/02/21

à: 12:05:37

Nom et Prénom: ZAHIDY

Règlement en date du 02/02/21 pour un montant de Francs, CFA 20 000

VINGT Mille Francs CFA

Motif du règlement: Consultation

Avec, nos remerciements.

Signature Caissiere



Signature Docteur

MERCI DE VOTRE VISITE ET BONNE SANTE

P H A R M A C I E
SAINT NICOLAS

No Contr : M020500017975U

Ticket No :158476 du 02/02/2021 a 17h39

Vendeur : DR MBUM

Caisse No : 01

Nom du client :

1 SPASFON COMP B/30	1905X	2	3810
2 CIFRAN 500MG COMP B	5955X	1	5955
TOTAL			9765

NET A PAYER : 9765

MODE REGLEMENT : ESPECES

CE TICKET TIENT
LIEU DE FACTURE

**YOUR
RECEIPT
THANK YOU**

02/02/2021 000000#300581
17:15 01 CLERK 01

DEPT. 01 *9765

ITEMS	1Q
***TOTAL	*9765
CASH	*10000
CHANGE	*235

**PLEASE
VISIT
US AGAIN**