

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.

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

80474

Déclaration de Maladie : № P19-0007100

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 091152 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ZAHIDY Bouabid Date de naissance : 11/01/1982

Adresse : 113 Rue Haj Omar Roffo Esc 5 Apt 2

Tél. : 06 63 21 00 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/02/2024

Nom et prénom du malade : Hossain Allal Majouda Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Troubles digestifs, troubles du transit

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'adhérent.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie № P19-0007100

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 1 | | — | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| SAINT NICOLAS | 12/07/2021 | 22 225 FcFA |
| DRUGSTORE SAINT NICOLAS | 12/07/2021 | 13 240 FcFA |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Renseignement 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | Coefficient des Travaux |
| | H 25533412 00000000 35533411 | G 21433552 00000000 11433553 | B | MONTANTS DES SOINS |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |
| | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS |
| | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |

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..... 20/07/2023

Nom : Habiballah Mahjouba

2.060 ① Flagyl 500 ————— (or)

1 - 1 - 1

1.170 ② Doliprane 15 ————— (or)

1 - 0 - 1

17.890 ③ Pregabatine 100 ————— (or)

1 - 0 - 0

1.105 ④ Ore + tyrc ————— (or)

1 - 0 - 0

Total: 22225

FCFA

Pharmacie Saint Nic
En face CRTC-Bonanjo
Tél: (+237) 33 42 10 49 - (+237) 33 08 06
(+237) 99 43 52 34
BP 3610 DOUALA - CAMERON
Email: pharmacie_saintnicolas@ yahoo.fr

CLINIQUE DE BONAPRISO
Dr. P. NGONGI
N° ONMC: 5740

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... 12/07/2023

Mme Habiballah Mahjoub

2.940 ♂ Difropen S

(or)

6.515 ♂ Maprotiline

(or)

3.785 → Drenoxal

~~6.515~~ → Drenoxal
1-1-1

Total 13.240
FCFA

Pharmacie Saint Nicolas
En face CRTV-Bonanjo
Tél. +237 33 42 10 49 - (+237) 93 08 05 6
(+237) 99 43 52 34
B.P 3510 DOUALA - CAMERON
mail: pharmacie_saintnicolas@yahoo.fr


CLINIQUE DE BONAPRISO
Dr. P. NGONGI
N° ONMC: 5740

ORAL USE



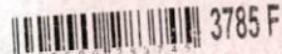
DRENOXOL®

Ambroxol hydrochloride 30 mg/10 mL



Syrup in drinkable ampoules
20 drinkable ampoules

DRENOXOL 30MG/ML AMP BUV...



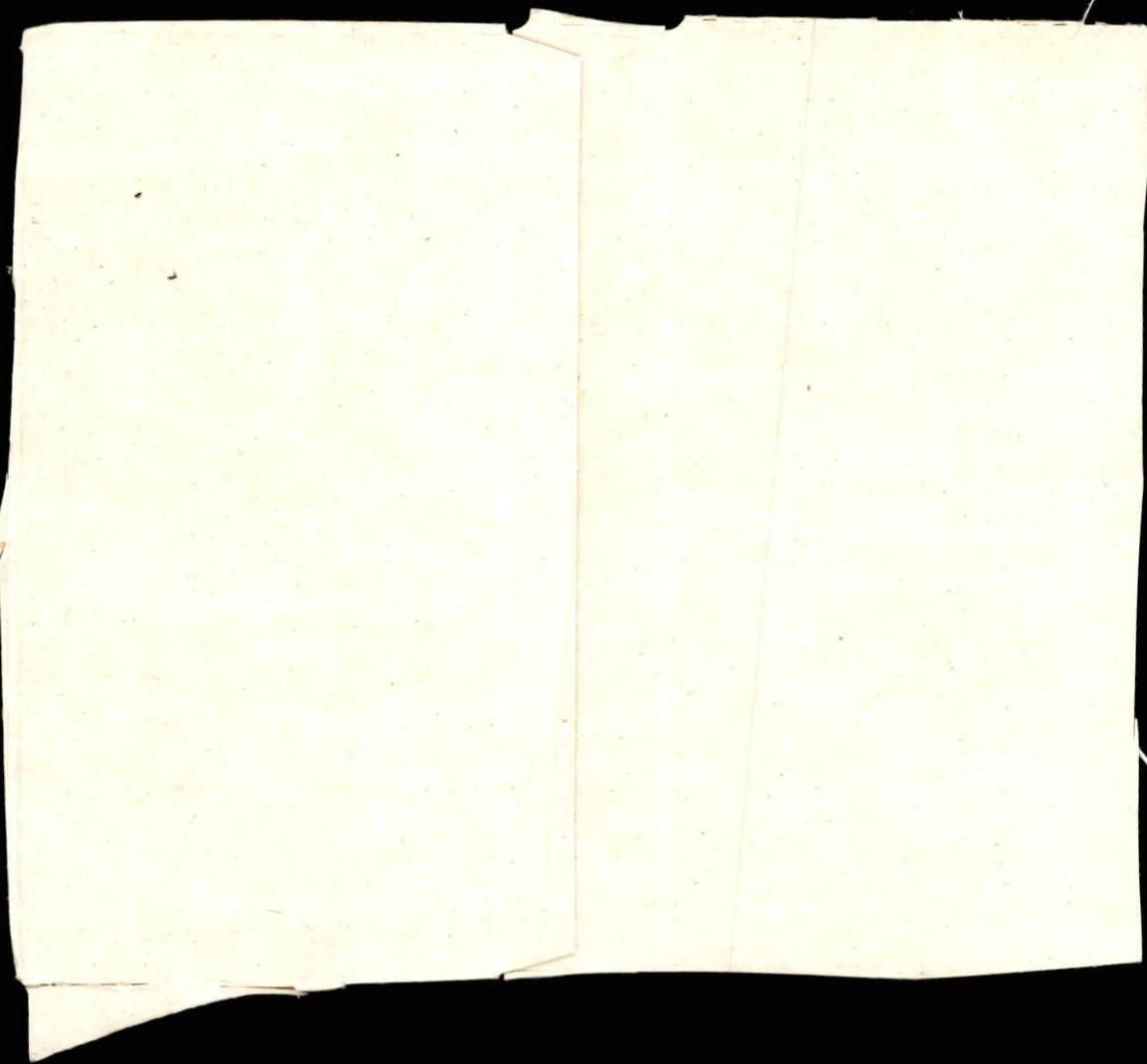
3785 F

07/12/2020

37...



LABORATÓRIOS VITÓRIA, S.A.



DITROOPAN®

OXYBUTYNINE 5 mg

1705121

B 2.940

Voie orale

60 comprimés sécables

Ditropan® 5 mg

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE II

SANOFI



* 3 4 0 0 9 3 2 7 3 0 7 5 9 *

sanofi-aventis France
82, avenue Raspail
94250 Gentilly – France



CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT >WWW.CONSIGNESDETRI.FR
VALABLE UNIQUEMENT POUR LA FRANCE

CIP 03400932730759

SN 135326G2E55GK9

LOT ET048

EXP 10/2022



ORS+ZINC

TREATMENT KIT OF DIARRHEA ORAL REHYDRATION SALTS

2 Sachets of Oral Rehydration Salt (ORS) 20.5G

10 tablets of Zinc Sulphate Soluble 20MG



Nº Lot: 200815
Date de Fab: 08/2020
Date de Per: 08/2023

PC 03400930018187
SN 2P868XVNP
Lot C0551
EXP 01/2023



Prégabaline Mylan

100 mg

Gélules
Prégabaline

84 x 1

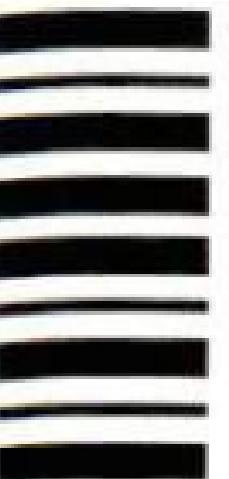


Voie orale



 Mylan

84 x 1 gélules



Flagyl® 500 mg

métronidazole/metronidazole

Lot / Batch: OR 1L 7

Fab/Mfg:

07 / 20

Exp:

06 / 2023

Titulaire
Marketir
sanofi-av

Rue de Z
BP3529 I

Fabricant
sanofi-av

CTRA. C-35 (La Batlloria-Hostalric, km. 65,0V)
Riells i Viabrea

17404 Gerona - Espagne / Spain

25/05/21

15 . A 00A

3311568

2.060 FCEA

B/14
FLAGYL 500MG CPR DRG

3 582910 089643



Soyez prudent

Ne pas conduire sans
avoir lu la notice

Be careful

Do not drive without
reading the insert

DISPENSER LES TROIS PREScritS
UNE TROIS DROGUE AS PRESCRIBED

Uniquement sur ordonnance - Liste I
Prescription only medicine - List I

14 gélules gastro-résistantes

MOPRAL® 20 mg

oméprazole

Gélule gastro-résistante

MOPRAL 20MG GEL B/14

65-5 FCFA



C_DOUFLA 3408121 12/12/20



3 582910 075813

50829 Cologne - Allemagne / Germany

DOLIPRANE 600MG CPR
EEVV BT 14

Nature

A. NAT

1.170 FCFA

NICOLA 3307199 27/08/20

Medicamenteusement autorisé / Authorized medicine № 330 719-9