

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



8047h

Déclaration de Maladie : N° P19-0007100

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09452 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAHIDY Bouabid Date de naissance : 11.01.19

Adresse : 113 Rue Haj Omar Bello Esc 5 Apt 2

Tél. : 0626301802 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/02/2024

Nom et prénom du malade : Hajar ALA MAJOUA Age :

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

Nature de la maladie : Lux, ody, trouble 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'at médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° 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 :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
1011204	1		

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/07/2021	22 225 F.C.F.A
	12/07/2021	13 240 F.C.F.A

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
		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.

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'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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></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

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 24/07/2024

Mme Habiballa Mahjoub

2.060

① Flayl 500

1-1-1

(or)

1.170

② Doliprane 1g

1-0-1

(or)

17.890

③

Pregabline 100

1-0-0

(or)

1.105

④

ore + tenc

1-0-0

(or)

Total: 22.225

FCFA



CLINIQUE DE BONAPRISO (FACE LYCEE TECHNIQUE DE BONADOUNBE)

420, rue, 1235 BATI-BOIS B.P. 12605 DOUALA Tél. (237) 233 42 70 61 / 233 42 43 97

Douala, le 12/08/2008

Mme Habinballah Malya

2.940 ① Diltiazem S

(01)

6.515 ① Mopral 20

(01)

3.785

1-2-2

~~6.515~~

② Drenoxal

(01)

1-1-1

Total 13.240
FCFA

Pharmacie Saint Nicolas
En face CRTV-Bonanyo
Tél. (+237) 33 42 10 49 - (+237) 33 08 05
(+237) 33 43 52 34
BP 8510 DOUALA - CAMERON
Email: 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...



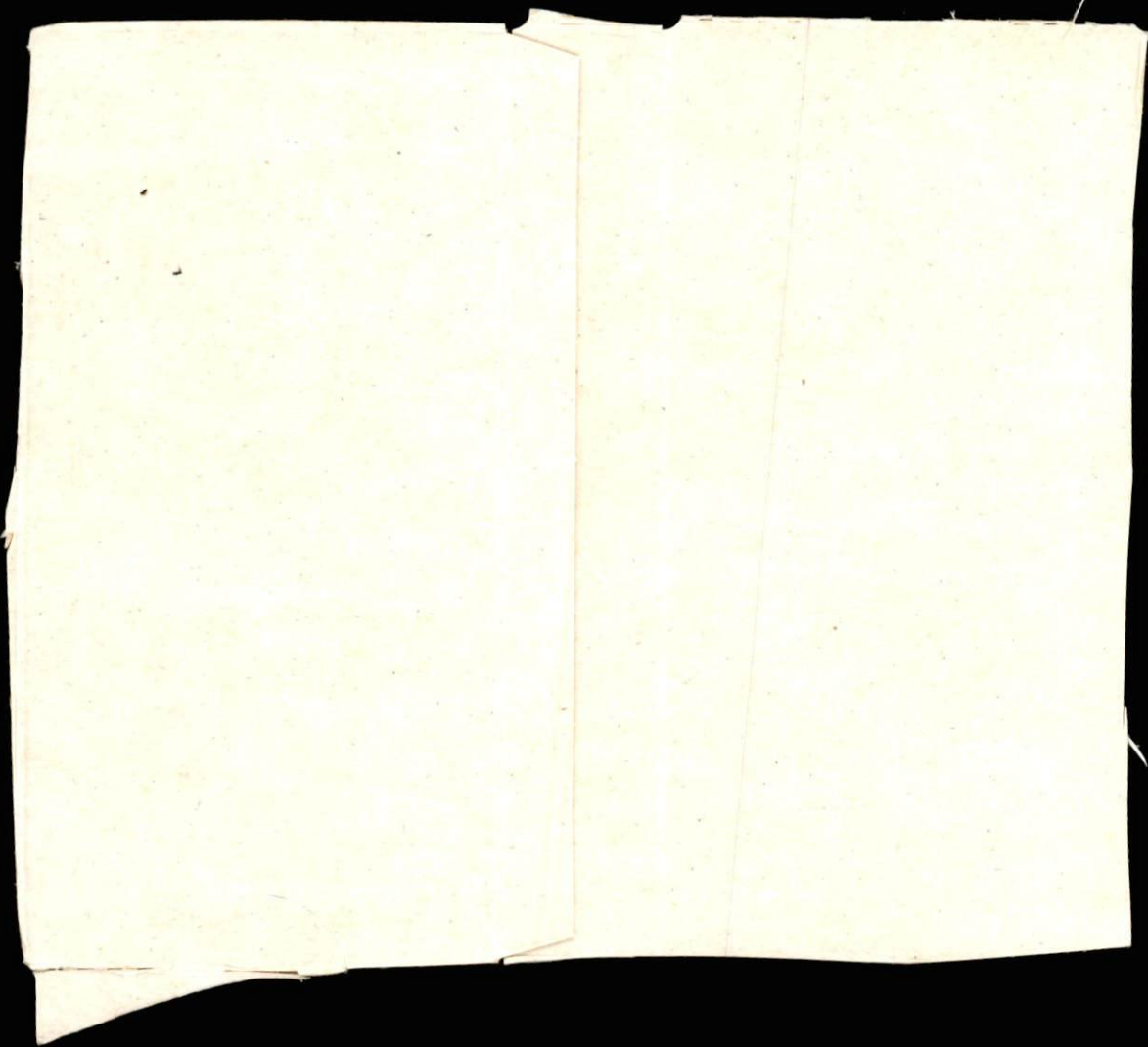
3785 F

07/12/2020

37...



LABORATÓRIOS VITÓRIA, S.A.



DITROPAN®

OXYBÜTYNINE 5 mg

171103/24
B 2.940
A



Voie orale

60 comprimés sécables

SANOFI 

Ditropan® 5 mg



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE II



Soyez très prudent
Ne pas conduire sans l'avis
d'un professionnel de santé

CIP 03400932730759

SN 135326G2E55GK9

LOT ET048

EXP 10/2022



sanofi-aventis France

82, avenue Raspail

94250 Gentilly – France



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

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



Orange flavor



N° Lot: 200815
Date de Fab: 08/2020
Date de Per: 08/2023

PC 03400930018187
SN 2P868XVPNP
Lot C0551
EXP 01/2023



Prégabaline Mylan

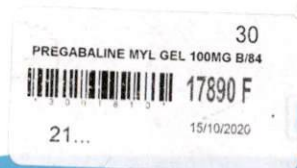
100 mg

Gélules
Prégabaline

84 x 1



Voie orale



 **Mylan**

84 x 1 gélules



Flagyl® 500 mg
métronidazole/metronidazole

Lot /Batch: **OR1L7**

Fab/Mfg: **07/20**

EXP: **06/2023**

**Titulaire
Marketir**
sanofi-av
Rue de Z
BP3529 I

Fabricsr
sanofi-av

CTRA, C-35 (La Batlloria-Hostalric, km. 6,5,09)
Riells i Viabrea
17404 Gerona - Espagne / Spain

12/00/92 25/05/21 3311568 1/5 - A 00141A



2.080 FCFA

FLAGYL 500MG OPR DRG
B/14

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
USE THE DOSE AS PRESCRIBED**

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



Soyez prudent
Ne pas conduire sans
avoir lu la notice
Be careful
Do not drive without
reading the insert



14 gélules gastro-résistantes

MOPRAL® 20mg

oméprazole

Gélule gastro-résistante

MOPRAL 20MG GEL B/14

6 515 FCFA



C. COUPLA 03/08/20 12/12/20

AstraZeneca

3 582910 075813



50829 Cologne - Allemagne / Germany

DOLIPRANE 500MG CPR
EFFV BT 1/1

1.170 FCFA



NICOLA 3307199 27/08/20

Médicament autorisé / Authorized medicine
n° 330 719-9