

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.

N° W19-565372

80678

AI

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 09452

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZAHIA BOURABID

Date de naissance : 11.02.1968

Adresse : 143 Rue Haj Omar Difl Esc 5 Apt 20
Casablanca

Tél. : 0626321902

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/07/2021

Nom et prénom du malade : ZAHIA BOURABID

Age : 53

Lien de parenté : **Lui-même**

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : A7cni2 Hypothyroïdie

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'atté 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
16/07/21	C	1		INP : <input type="text"/>
X	X	X		CLINIQUE DE BONAPRIS Dr. P. NGONGI N° ONMC: 5710

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Saint Nicolas	16/07/21	28.825 FCFA
	16/07/21	30.090 FCFA

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, ainsi que le bilan.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	21433552 00000000		Coefficient des travaux <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	00000000 11433553	G	Montants des soins <input type="text"/>
	B			Date du devis <input type="text"/>
				Date de l'exécution <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE DE BONAPRISO (FACE LYCEE TECHNIQUE DE BONADOUUMBE)

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

Douala, le... 14/07/2011

Mr Tahisy Boula

2.955 F_① Dittopen 5 → (03)
1 - 0 - 1

3.940 > F_② Tracasssi → (02)
3.940 → 1 - 0 - 1 si douleurs

9.460 > F_③ Sosplex 5 → (03)
8.530 → 0 - 0 - 2

Total: 28.825 F_{FCFA}

 Pharmacie Saint Nicolas
En face CRTV-Bonanjo
Tel. (+237) 33 42 10 49 - (+237) 33 08 05 55
(+237) 99 43 52 34
BP 3510 DOUALA - CAMERON
mail: pharmacie_saintnicolas@yahoo.fr

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

CLINIQUE DE BONAPRISO (FACE LYCEE TECHNIQUE DE BONADOUUMBE)

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

Douala, le 17.07.2021

Mr Zahary BOUABID

4.055
4.055
4.055
4.055

①

Omzec 20

(04)

1 - 0 - 0

3.140
3.140

f ②

Duphalac susp. buv / cachet

(02)

1 sachet 2 fois par jour

1.265
1.265
1.265
1.265
1.265
1.265

f ③

Profson

2 gelules par jour

06
Six
sais

Total: 30090 FCFA

Pharmacie Saint Nicolas
En face CRTV-Bonanjo
Tél. (+237) 99 42 10 49 - (+237) 33 08 05 61
B.P. 12605 DOUALA 297 / 99 43 52 24
Email: Pharmacie_saintnicolas@yahoo.fr

CLINIQUE DE BONAPRISO
Dr. P. N. NGUYI
N° CONM 5740

OMIZEC®

Oméprazole 20 mg

Voie orale

OMIZEC GEL B/28

4.055 FCFA



C DOUALA 8042268 5/01/21

28 Gélules

SANOFI 

BN : D00001
MAN : 01/20
EXP : 12/22

1215302-V3

OMIZEC®

Oméprazole 20 mg

Voie orale

OMIZEC GEL B/28

4.055 FCFA



C DOUTLA 8042268 5/01/21

28 Gélules

SANOFI

BN : D00001
MAN : 01/20
EXP : 12/22

1215302-V3

OMIZEC®

Oméprazole 20 mg

Voie orale

OMIZEC GEL B/28

4.055 FCFA



C DOUTLA 8042268 5/01/21

28 Gélules

SANOFI

BN : D00001
MAN : 01/20
EXP : 12/22

1215302-V3

OMIZEC®

Oméprazole 20 mg

Voie orale

OMIZEC GEL B/28

4.055 FCFA



C DOUALA 8042288 23/01/21

28 Gélules

SANOFI

BN:D00318
MAN:05/2020
EXP:04/2023

1215302-V3

8.901040
258050
▼



Pour le traitement et
la prophylaxie de
l'anémie pendant la
grossesse et la
convalescence.



30 GELULES

BIOFERON®

FER, VITAMINE B₁₂,
VITAMINE C, ZINC
ET ACIDE FOLIQUE

Voie Orale

SANOFI 

8.901040
258050
▼



Pour le traitement et
la prophylaxie de
l'anémie pendant la
grossesse et la
convalescence.



30 GELULES

BIOFERON®

FER, VITAMINE B₁₂,
VITAMINE C, ZINC
ET ACIDE FOLIQUE

Voie Orale

SANOFI 

8.901040
258050
▼



Pour le traitement et
la prophylaxie de
l'anémie pendant la
grossesse et la
convalescence.



30 GELULES

BIOFERON®

FER, VITAMINE B₁₂,
VITAMINE C, ZINC
ET ACIDE FOLIQUE

Voie Orale

SANOFI 

8.901040
258050
▼



Pour le traitement et
la prophylaxie de
l'anémie pendant la
grossesse et la
convalescence.



30 GELULES

BIOFERON®

FER, VITAMINE B₁₂,
VITAMINE C, ZINC
ET ACIDE FOLIQUE

Voie Orale

SANOFI 

8.901040
258050
▼

Pour le traitement et
la prophylaxie de
l'anémie pendant la
grossesse et la
convalescence.

BIOFERON®

FER, VITAMINE B₁₂,
VITAMINE C, ZINC
ET ACIDE FOLIQUE

Voie Orale

BIOFERON GEL B/30

1.265 FCFA



NICOLA

2283143 19/05/21

30 GELULES

SANOFI

8.901040
258050
▼

Pour le traitement et
la prophylaxie de
l'anémie pendant la
grossesse et la
convalescence.

BIOFERON®

FER, VITAMINE B₁₂,
VITAMINE C, ZINC
ET ACIDE FOLIQUE

Voie Orale

BIOFERON GEL B/30

1.265 FCFA



NICOLA

2283143 19/05/21

30 GELULES

SANOFI



Duphalac®

Lactulose 10 g/15 ml

Voie orale.

Lire attentivement la notice.

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

A conserver à une température inférieure à 25°C.

Ne pas mettre au réfrigérateur.

Tout sachet partiellement utilisé doit être jeté.

Médicament autorisé n° 3400927693199

Médicament non soumis à prescription médicale.

Titulaire de l'AMM :

Mylan Medical SAS

40-44 RUE WASHINGTON

75008 PARIS

FRANCE

Abbott

DUPHALAC 10G/15ML
SOL BUV SACH DOSE/20
3,140 FCFA



NOMA 2789319 31/06/31

solution buvable
20 sachets de 15 ml



8 002660 031822



Duphalac®

Lactulose 10 g/15 ml

DUPHALAC 10G/15ML
SOL BUV SACH-DOSE/20

3.140 FCFA



NICOLA 2769319 9/07/21

solution buvable
20 sachets de 15 ml

TRACEDOL

Chlorhydrate de Tramadol / Paracétamol
Cloridrato de tramadol / Paracetamol
Tramadol hydrochloride / Paracetamol

Comprimés effervescents

Comprimidos efervescentes

Effervescent tablets



IMEX Pharma.

16 Comprimés / Comprimidos / Tablettes

Voie orale / Via Oral / Oral use



GTIN : (07) 18906009230945
MFD : (11) 201100
EXP : (17) 221000
B. NO : (10) CG0053
SR. NO : (21) H2L8SAAFXL5Z4AT

CGB01.00

CHLORHYDRATE D'OXIBUTININE 5 mg, comp

60 comprimés sécables

TRACEDOL

Chlorhydrate de Tramadol / Paracétamol
Cloridrato de tramadol / Paracetamol
Tramadol hydrochloride / Paracetamol

Comprimés effervescents

Comprimidos efervescentes

Effervescent tablets



IMEX Pharma.

16 Comprimés / Comprimidos / Tablettes
Voie orale / Via Oral / Oral route



GTIN : (07) 18906009230945
MFD : (11) 201100
EXP : (17) 221000
B. NO : (10) CG0053
SR. NO : (21) H2L8SAAFXL5Z4AT

CGB01.00

CHLORHYDRATE D'OXIBUTININE 5 mg, comp

60 comprimés sécables

28 comprimés pelliculés

Seroplex[®] 5 mg

escitalopram

Voie orale

3U

SEROPLEX 5MG CP B/28



9460

21...

22/01/20

Lundbeck



Titulaire:

H. Lundbeck A/S, Ottiliavej 9, 2500 Valby, Danemark

DITROPAN® 5 mg, comprimé sécable

CHLORhydrate DOXYphénidine

60 comprimés sécables



SN 13532N3FXTPNUR
LOT FT012
EXP 05/2023

CIP 03400932730759

Titulaire

CHEPLAPHARM ARZNEIMITTEL GMBH

ZIEGELHOF 24
17489 GREIFSWALD
ALLEMAGNE

Exploitant

CHEPLAPHARM FRANCE
105 RUE ANATOLE FRANCE
92300 LEVALLOIS-PERRET

PHCIE ST NICOLAS



7 000000 000287
**DITROPAN COMP B/
2955 FCFA**