

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 canaux, 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 canaux.

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
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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



Déclaration de Maladie

N° W19-565372

80678

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e) : _____

Matricule : 09452 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : _____

Nom & Prénom : ZAHAY BOURGIX

Date de naissance : 11.02.1968

Adresse : 143 Rue Hay Omar Delf Esc 5 Apt 20 Casablanca

Tél : 0626301902 Total des frais engagés : _____

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/07/2021 A

Nom et prénom du malade : ZAHAY BOURGIX Age : 53

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

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ Le : 16/07/2021

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 attestant le Paiement des Actes						
16/02/2014	C	1	—	INP : <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
				<div>CLINIQUE DE BONAPRISO</div> <div>Dr. P. NGONGI</div> <div>N° ONMG-5740</div>						

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Casnet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/07/21	28.825 FCFA
	16/07/21	30.090 FCFA

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

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 14/07/2024

Mr Zahary Bouhla

2.955 F^① Dirropan 5 _____ (03)
1-0-1

3.940 > F^② Tracal _____ (02)
3.940 > 1-0-1 si douleurs

9.460 > F^③ Seroplex 5 _____ (03)
8.530 > 0-0-1

Total: 28.825 FCFA

 **Pharmacie Saint Nicolas**
En face CRTV-Bonanjé
Tél. (+237) 33 42 10 49 - (+237) 33 08 05 61
(+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 BONADOUNBE)

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

Douala, le 18/07/2022

Mr Zahiya BOUABIO

4.055
4.055
4.055
4.055

(1)

Omezec 20

(04)

1-0-0

3.140
3.140

f (2)

Duphalac susp. buv / sachet

(02)

sachet 2 fois par jour

1.265
1.265
1.265
1.265
1.265
1.265

f (2)

Dioferon

(06)
Six
sachets

2 gélules par jour

Total: 30090 FCFA

Pharmacie Saint Nicolas
En face CRTV-Bonanjio
Tél. (+237) 99 42 10 49 - (+237) 33 08 05 5
BP 3510 DOUALA 237 99 43 52 34
BP 3510 DOUALA - CAMERON
Email: pharmacie_saintnicolas@yahoo.fr

CLINIQUE DE BONAPRISO
Dr. F. N. NGI
N° ONM: 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 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 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 DOUALA

8042268

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.

BIOFERON[®]

BIOFERON GEL B/30

1 265 FCFA



NICOLA

2283143

19/05/21

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

Voie Orale

30 GELULES

SANOFI 

8.901040 258050 >



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

BIOFERON[®]

BIOFERON GEL B/30

1 265 FCFA



NICOLA

2283143

19/05/21

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

Voie Orale

30 GELULES

SANOFI 

8.901040 258050 >



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

BIOFERON[®]

BIOFERON GEL B/30

1.265 FCFA



NICOLA

2283143

19/05/21

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

Voie Orale

30 GELULES

SANOFI 

8 901040 258050 >



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

BIOFERON[®]

BIOFERON GEL B/30

1 265 FCFA



NICOLA

2283143

19/05/21

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

Voie Orale

30 GELULES

SANOFI 

8.901040 258050 >



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

BIOFERON[®]

BIOFERON GEL B/30

1.265 FCFA



NICOLA

2283143

19/05/21

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

Voie Orale

30 GELULES

SANOFI 

8 901040 258050 >



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

BIOFERON[®]

BIOFERON GEL B/30

1 265 FCFA



NICOLA

2283143

19/05/21

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

Voie Orale

30 GELULES

SANOFI 



Duphalac®

Lactulose 10 g/15 ml

solution buvable
20 sachets de 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

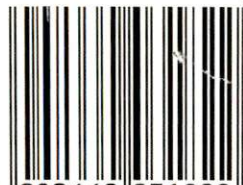
FRANCE

 **Abbott**

DUPHALAC 10G/15ML
SOL. BUVR. SACH.-DOSE/20
3 140 FCFA



N° 3400927693199 01/06/21



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 effervescent
Comprimidos efervescentes
Effervescent tablets



Voie orale / Via Oral / Oral use

16 Comprimés / Comprimidos / Tablets



GTIN : (01) 18906009230945
MFD : (11) 201100
EXP : (17) 221000
B.NO : (10) CG0053
S.R.NO: (21) H2L8SA AFXL5Z4AT

CG501-00

TRACEDOL 5 mg, comprimidos
CHLORHYDRATE D'OXIBUTYRINE

60 comprimés sécables

TRACEDOL

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

Comprimés effervescent
Comprimidos efervescentes
Effervescent tablets



12/07/21



Voie orale / Via Oral / Oral use

16 Comprimés / Comprimidos / Tablets



GTIN : (01) 18906009230945
MFD : (11) 201100
EXP : (17) 221000
B.NO : (10) CG0053
S.R.NO: (21) H2L8SA AFXL5Z4AT

CG501-00

TRACEDOL 5 mg, comprimidos
CHLORHYDRATE D'OXIBUTIRINE

60 comprimés sécables

28 comprimés pelliculés

Seroplex[®] 5 mg

Voie orale

escitalopram

3U

SEROPLEX 5MG CP B/28



1 0 0 0 0 9 3 0

9460

21...

22/01/20

Lundbeck



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

DITROPAN® 5 mg, comprimé sécable

CHLORHYDRATE D'OXIBUTYRINE

60 comprimés sécables



EXP 05/2023

LOT FT012

SN 13532N3FXTPNWR

CIP 03400932730759

Titulaire

CHEPLAPHARM ARZNEIMITTEL GMBH

ZIEGELHOF 24

17489 GREIFSWALD

ALLEMAGNE

Exploitant

CHEPLAPHARM FRANCE

105 RUE ANATOLE FRANCE

92300 LEVALLOIS-PERRET

PHCIE ST NICOLAS



**DITROPAN COMP B/
2955 FCFA**