

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-548905

N°: 36489

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ ALD

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09452 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ZAHIDY BOUALLO
 Date de naissance : 11.02.1968
 Adresse : Bd Omar Riffi Esc 5 Apt 20 Casablanca
 Tél. : 0626301902 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : Douala Le : 06/07/20

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-548905

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

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :

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

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 |
|-----------------|--------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 06/07/20 | CS K20 (EGG) | 1 | 10 000 F 20 000 F | INP : <input type="text"/> |

Clinique de BONAPRISO
420 B.P. 1235 (Bati-Bati)
Tél : 238 42 70 61 / 238 42 43 97
Docteur D. BODILLO

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Date | Montant de la facture |
|----------|-----------------------|
| 06/07/20 | 19 600 XAF |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE DE DOUALA JP AMANA Radiologue | 07/07/2020 | K15 | 15 000 FCF |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il 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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|---|------------------|-------------|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
| | | | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

CLINIQUE DE BONAPRISO

420 Rue 1.235 (Bâti-Bois) Bonapriso

BP: 12605 Douala - CAMEROUN

E-MAIL : clinique.bonapriso@yahoo.fr

Tél.: (237) 2 33 42.70.61 / (237) 2 33 42.43.97 Télécopie: (237) 2 33 42.43.97

ORDONNANCE

DOCTEUR DENIS BOUALLO

Diplômé de la Faculté de Médecine de Saint-Etienne

(Académie de Lyon)

Ex Médecin Attaché des Hospices civils de Lyon

Médecine Interne

Pathologie infectieuse, Parasitaire et Tropicale

Douala, le 6 juillet 2020

Monsieur ZAHIDY Bouabid

MAGNE B6 1 bte

1 amp matin, midi et soir dans ½ verre d'eau

1960

Clinique de BONAPRISO
420, Rue 1.235 (Bati-Bois)
BP 12605 Douala
Tél : 233 42 70 61 / 233 42 43 97
Docteur D. BOUALLO

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



MAGNÉ B6®

magnésium - pyridoxine

Solution buvable / Oral solution / Solução oral

10 ampoules de 10 ml / 10 vials of 10 ml / 10 ampolas de 10 ml

Voie orale / Oral use / Via oral

sanofi aventis

CLINIQUE DE BONAPRISO

420, Rue 1235 (Bâti-Bois) Bonapriso
B.P. 12605 Douala-CAMEROUN
E-MAIL: clinique.bonapriso@yahoo.fr
Tél. (237) 233 42 70 61 / 233 42 43 87

B.P.F TTC

30,000

REÇU

N° 000846

16

REÇU de M

Received from

Zahedy BouABro

La somme de

The Sum of

Trente mille francs

PS 4 K₂ ECG

Motif

Being

Avance

Advance

Reste

Balance

Signature

Fait à

Issued at

le

the

06 07.07.20

CLINIQUE DE BONAPRISO

420 Rue 1.235 (Bâti-Bois) Bonapriso

BP: 12605 Douala – CAMEROUN

E-MAIL : clinique.bonapriso@yahoo.fr

Tél.: (237) 2 33 42.70.61 / (237) 2 33 42.43.97 Télécopie: (237) 2 33 42.43.97

ORDONNANCE

DOCTEUR DENIS BOUALLO

Diplômé de la Faculté de Médecine de Saint-Etienne

(Académie de Lyon)

Ex Médecin Attaché des Hospices civils de Lyon

Médecine Interne

Pathologie infectieuse, Parasitaire et Tropicale

Douala, le 6 juillet 2020

Monsieur ZAHIDY Bouabid

faire pratiquer ECG



Clinique de BONAPRISO:

420, Rue 1.235 (Bâti-Bois)

BP 12605 Douala

Tél : 233 42 70 61 / 233 42 43 97

Docteur D. BOUALLO

C.I.M.D.
CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE DE DOUALA
RADIOLOGIE ° ECHOGRAPHIE ° MAMMOGRAPHIE
OSTEODENSITOMETRIE ° SCANNER °
IRM

Douala, le 07 Juillet 2020

ZAHIDY BOUABID

**BP 12004 BONANJO
DOUALA**

Veillez trouver ci-dessous notre note d'honoraire n°0140/07/020
En vous souhaitant bonne réception, nous vous prions d'agréer, nos salutations dévouées.

NOTE D'HONORAIRE

Noms : ZAHIDY BOUABID

Acte(s) Pratiqué(s) : Rx THORAX F

Cotation: K 15

TVA (19,25%) : EXONEREE

MONTANT TTC : 15 000 F CFA

Arrêté la présente note à la somme de : **Quinze Mille Francs CFA**



CLINIQUE DE BONAPRISO

420 Rue 1.235 (Bâti-Bois) Bonapriso

BP: 12605 Douala - CAMEROUN

E-MAIL : clinique.bonapriso@yahoo.fr

Tél.: (237) 2 33 42.70.61 / (237) 2 33 42.43.97 Télécopie: (237) 2 33 42.43.97

ORDONNANCE

DOCTEUR DENIS BOUALLO

Diplômé de la Faculté de Médecine de Saint-Etienne

(Académie de Lyon)

Ex Médecin Attaché des Hospices civils de Lyon

Médecine Interne

Pathologie infectieuse, Parasitaire et Tropicale

Douala, le 6 juillet 2020

AN10211968 698 099 226

Monsieur ZAHIDY Bouabid

Rx Pulm face

à genre resp.



CIMD
CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE DE DOUALA
RADIOLOGIE ° ECHOGRAPHIE ° MAMMOGRAPHIE
OSTEODENSITOMETRIE ° SCANNER ° IRM

Douala le 07/07/2020

M ZAHIDY Bouabid

Né(e) le 11/02/1968

Prescripteur : DR D BOUALLO /

Indication : gêne respiratoire

| |
|-------------|
| Rx THORAX F |
|-------------|

Discret épaississement des parois bronchiques de manière bilatérale

Petits infiltrats interstitiels de la base gauche

Silhouette cardiaque normale.

Dr Augustin EPOPA



Rapport ECG

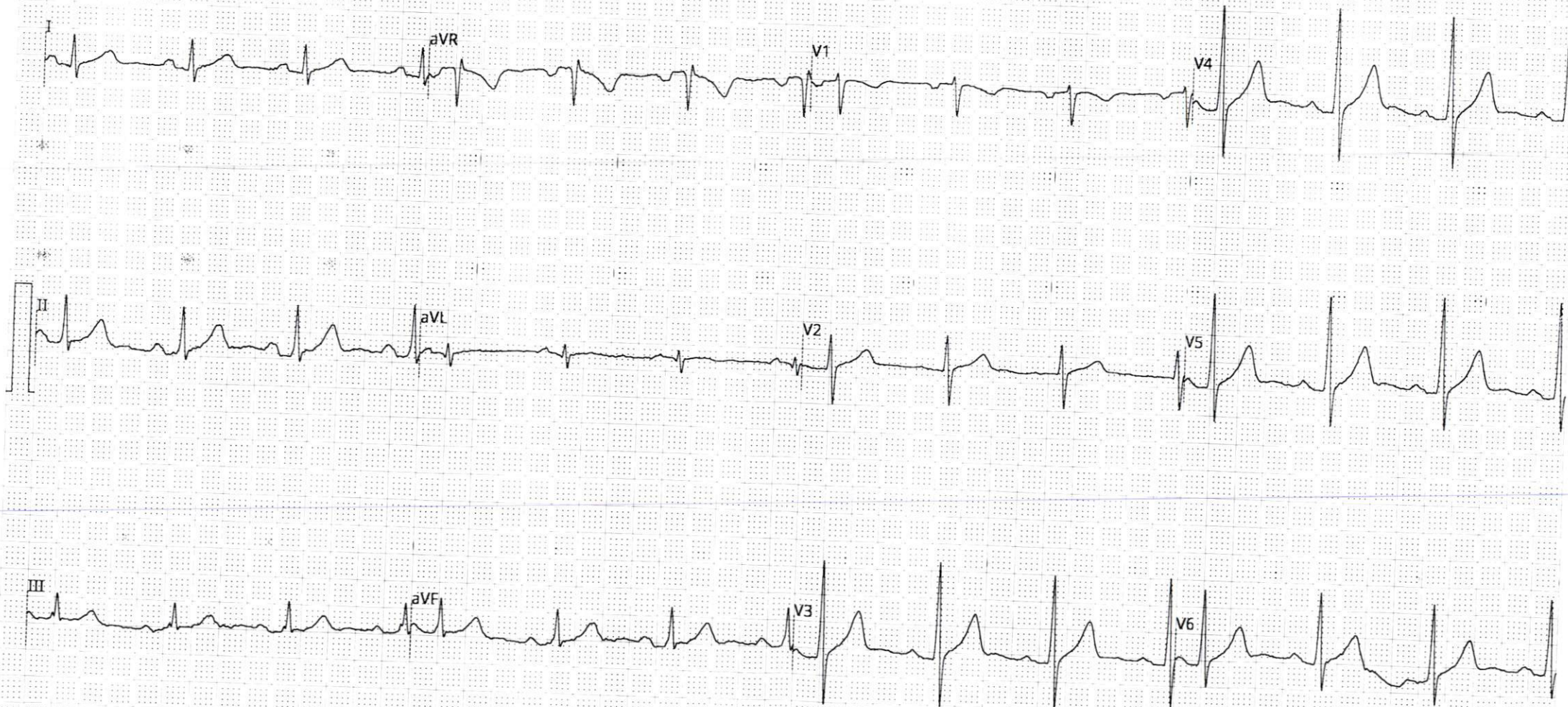
Temps d'examen: 2020-07-06 17:29:26

ID : 20200706172804
 Nom : ZAHIDY BOUABID
 Âge :
 Sex : Masculin
 Department :
 No. lit :
 Pression artérielle : ~
 0.3Hz - 25Hz AC 50Hz

FC : 70 bpm
 PR : 192 ms
 QRS : 78 ms
 QT/QTc : 390/408 ms
 P/QRS/T : 56/69/62 °
 RV5/SV1 : 0.87/0.28 mv
 RV5+SV1 : 1.14 mv
 25mm/s 20mm/mv

Interprétation:
 Sinus rhythm
 --- Interpretation made without knowing patient's age ---
 Low QRS voltages in limb leads
 Borderline ECG

Confirmer et signer



Durée d'imprim.: 2020-07-06 17:29:40