

## 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

- ☐ 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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19- 058332

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09452 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAHIDY Bouzbid

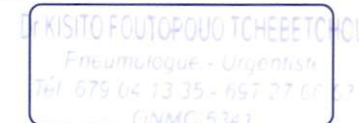
Date de naissance : 11.02.1968

Adresse : Douzla Cameroun

Tél. : 683721915 Total des frais engagés : FCFA 200.850 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/06/2022

Nom et prénom du malade : ZAHIDY Bouzbid Age : 54

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

Nature de la maladie : Situation de l'adhérent

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

Fait à : Douzla Le : 09/06/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]





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
08-09-22	CS + OFA + 9 x 2 An. Jong.	R45 + R35 + R35 + R35 +	K 14 000 —  33 42 65 29 33 42 82 22	 Dr. K. M. B. B. B.

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. Adam N. Claude-Bernard</i>	<i>09/06/2022</i>	<i>60850 Fcfa</i>
Pharmacien		
ONPC: 2148		
PF GAS TB HLD / CMR		

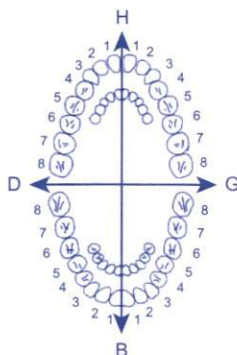
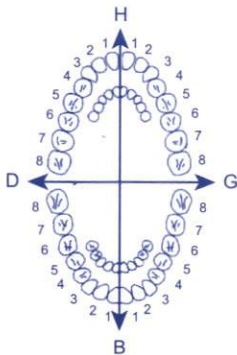
[illegible][illegible]

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> CCEFFICIENT DES TRAVAUX   MONTANTS DES SOINS   DEBUT D'EXECUTION   FIN D'EXECUTION </div> <div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>  <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>  <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>  <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<div style="text-align: center;"> H  <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px; text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px; text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px; text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px; text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>   B </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> CCEFFICIENT DES TRAVAUX   MONTANTS DES SOINS   DATE DU DEVIS   DATE DE L'EXECUTION </div> <div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>  <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>  <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>  <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<div style="text-align: center;"> D                      G </div>											
	<div style="text-align: center;"> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </div>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	<b>H</b> 25533412    21433552 00000000    00000000 <b>D</b> ————— <b>G</b> 00000000    00000000 35533411    11433553 <b>B</b>	<b>Coefficient des Travaux</b>	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	<b>Montants des Soins</b>	
		<b>Date du Devis</b>	
		<b>Date de l'exécution</b>	

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



**Polyclinique**  
**IDIMED**

Station Benabé A.

Douala, le 03/06/2022.

609, Rue Koloko Bonapriso  
B.P. 13272 Douala - Cameroun  
Tél : 694 72 26 52 / 650 10 03 64  
671 39 91 78

E-mail : secretariat-standard@polycliniqueidimed.com  
Site : www.polygoniqueidimed.com



Dr. Adam N. Claude-Bernard  
Pharmacien  
ONPC: 2148  
PF GAS TB - HLD / CMR

5200 x 2 = 10400

offloets 200 mg

x 2 jz

10 00 22 265 - 55 51 00 625 181  
Pharmacie - Douala  
07 694 72 26 52

28350

② proems 23

A merge bezigheven

③ Sy mbawant 200 mg 15000

1 benzilic x 2 jz 1 maten - sein

④ Buda - Asman

7 la Benabé.

2600

⑤ parde lab 200 mg

7 ep 1 jz

4500

771 2020





609, Rue Koloko Bonapriso  
B.P. 13272 Douala - Cameroun  
Tél : (237) 233 42 65 29 / 233 43 75 91  
650 10 01 64 / 694 72 26 52  
Fax : (237) 233 42 82 22  
E-mail : gmdidimed@yahoo.fr  
Site : www.polycliniqueidimed.com

## RAPPORT MEDICAL

CONCERNE : MR ZAHIDY BOUABID

Patient suivi pour syndrome apnée-hypopnée du sommeil (SAHOS) bénéficie des séances de désobstruction bronchique, des aérosols et atteint d'un reflux gastrique est sous traitement suivant :

- Loxair 100 µg ; A la demande
- Symbicort 400ug, 01 bouffée x 2 par jour
- Cotipred 20 mg, 2 comprimés par jour le matin au cours du petit déjeuner
- Pantotab 40 mg 1 comprimé par jour
- Vaccin Pneumo 23
- Suivi diététique
- Explorations fonctionnelles respiratoires (Spirométrie et test de marche de 6 minutes) réalisées
- Ventilation assistée non faite
- Polysomnographie non réalisée

Vu les efforts du patient, l'évolution à ce jour est lentement favorable voir stationnaire

Compte tenu de la faiblesse du plateau technique et du pronostic vital du patient nous proposons une évacuation sanitaire

Fait à Douala, le 09 Juin 2022

Dr KISITO FOUTOPOUO TCHERETCHOR  
Pneumologue  
Tél : 679 04 13 35 / 697 270 007  
Le Médecin traitant  
Dr KISITO FOUTOPOUO TCHERETCHOR  
Pneumologue-Phlébologue  
Email : kisto3007@yahoo.fr  
00237 679 04 13 35 / 697 270 007





609, Rue Koloko Bonapriso  
B.P. 13272 Douala - Cameroun  
Tél. : (237) 233 42 65 29 / 233 43 75 91  
650 10 03 64 / 694 72 26 52  
Fax : (237) 233 42 82 22  
E-mail : gmdidimed@yahoo.fr  
Site : www.polycliniqueidimed.com

Dr KISITO FOUTOPOUO TCHEBETCHOU  
Pneumologue - Urgentiste  
Tél : 79 04 13 55 - 697 27 00 07  
ONAC 8341

**ZAHIDY BOUABID**

Naissance : 54 Ans

Tiers Payeur :

Info :

Assurance principale :

Société : Santé particulière

Mat Assuré : /Mat. As. Principal

Code Patient : 156025

## FACTURE

Date de consultation : 09/06/2022

Numéro	Date création
N136285	09/06/2022 08:59:41

Imprimé le 09/06/2022

Code	Prestation Médicale	P.U	Quantité	MT. Ticket Mod.	MT. Payeur
K15	Consultation	15 000,00	1,000	15 000,00	0
K35	Spirométrie	35 000,00	1,000	35 000,00	0
K35	Test de marche 6mn	35 000,00	1,000	35 000,00	0
K35	MAPA	35 000,00	1,000	35 000,00	0
K20	Gazométrie artérielle	20 000,00	1,000	20 000,00	0
TOTAL				140 000	0

TOTAL REGLEMENT TICKET MODERATEUR	MONTANT TOTAL :	140 000 XAF
	Montant Ticket MO :	140 000 XAF
	MONTANT TIERS PAYEUR :	0 XAF

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Cent quarante mille XAF

**PROMPTE GUERISON**

