

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

N° W19-588621

60027

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11408 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENAABID REDOUANE

Date de naissance : 09.07.74

Adresse : DOUALA, CAMEROUN

Tél. : Total des frais engagés : 70.000 FCFA

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/02/2021

Nom et prénom du malade : BENAABID TAHA

Age : 6 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Troubles de l'usage oral

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 médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : DOUALA

Le : 10/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-588621

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 : 70.000 F

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

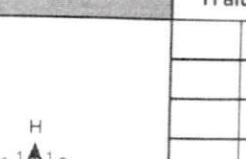
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13/01/2021				INP :  Orthophoniste BP Douala - Cameroun Tel 984 21 59 17
15/01/21		10000	10.000 X 7	
20/01/21	AMD		= 70000	
22/01/21				
27/01/21				

[illegible][illegible][illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'...

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX										
				MONTANTS DES SOINS										
				DEBUT D'EXECUTION										
				FIN D'EXECUTION										

MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

COEFFICIENT DES TRAVAUX

(Création, remont, adjonction)

Functionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE DE L'AÉROPORT

Docteur Guy SANDJON

Rue METEO-BONAPRISO BP 4108 Douala

Tél. : 96 71 71 71 / 76 47 47 46 / 94 90 90 90 / 94 64 64 64

Email : cliniquedelaeroport@yahoo.fr

SARL au capital de 1 000 000 F CFA N° Cont : M060500019888Q N° ONMC : 620 RC/DLA/2005/B/752

Douala, le 10 Février 2021

NOTE D'HONORAIRES

NOMS ET PRENOMS	ACTES PRATIQUES	COUT
Enft BENAABID TAHA	Récapitulatif des Séances	
	Orthophoniques :	
	13/01/2021 1ère Séance =	10000 F
	15 /01/2021 2 ^{ème} Séance =	10 000 F
	20/01/2021 3 ^{ème} Séance =	10 000 F
	22/01/2021 4 ^{ème} Séance =	10 000 F
	27 /01/2021 5 ^{ème} Séance =	10 000 F
	29/01/2021 6 ^{ème} Séance =	10 000 F
	08/02/2021 7 ^{ème} Séance =	10 000 F
TOTAL =		70 000 F

Merci de votre confiance

Docteur Guy SANDJON



**CLINIQUE DE L AEROPORT**

Opérateur : NGUIFFO

Téléphone :

Email :

FACTURE

Date Consultation : 29/01/2021

Enfant BENAABID TAHA

Assureur :

Infos:

Assuré Principal :

Société :

Téléphone Patient : 699230186

Mat.Assuré : / Mat.As.Principal :

Code Patient : 6885

Numéro	Date Création
F26344/1/2021/CLIAE/CLAER	29/01/2021 15:58:59

Imprimé le 29/01/2021 à 15:59:46

Code	Prestation médicale	P.U	Quantité	Mt.Tiers Payant	Mt.Assureur
	SEANCE ORTHOPHONIQUE	10 000,0	1	10 000	0
PROMPTE GUERISON		TOTAL		10 000	0

TOTAL REGLEMENTS TIERS PAYANT	MONTANT TOTAL :	10 000
10 000	MONTANT TIERS PAYANT:	10 000
	MONTANT ASSURANCE :	0

Arrêté la présente facture à la somme de :
Dix mille FCFA

Signature du Bénéficiaire

Dr SANDJON Guy



**CLINIQUE DE L AEROPORT**

Opérateur : NGUIFFO

Téléphone :

Email :

FACTURE

Date Consultation : 27/01/2021

Enfant BENAABID TAHA

Assureur :

Infos:

Assuré Principal :

Société :

Téléphone Patient : 699230186

Mat.Assuré : / Mat.As.Principal :

Code Patient : 6885

Numéro	Date Création
F26241/1/2021/CLIAE/CLAER	27/01/2021 14:13:35

Imprimé le 27/01/2021 à 14:13:55

Code	Prestation médicale	P.U	Quantité	Mt.Tiers Payant	Mt.Assureur
	SEANCE ORTHOPHONIQUE	10 000,0	1	10 000	0
PROMPTE GUERISON		TOTAL		10 000	0

TOTAL REGLEMENTS TIERS PAYANT	MONTANT TOTAL :	10 000
10 000	MONTANT TIERS PAYANT:	10 000
	MONTANT ASSURANCE :	0

Arrêté la présente facture à la somme de :
Dix mille FCFA

Signature du Bénéficiaire

Dr SANDJON Guy



**CLINIQUE DE L'AÉROPORT**

Opérateur : NGUIFFO

Téléphone :

Email :

FACTURE

Date Consultation : 22/01/2021

Enfant BENAABID TAHA

Assureur :

Infos:

Assuré Principal :

Société :

Téléphone Patient : 699230186

Mat.Assuré : / Mat.As.Principal :

Code Patient : 6885

Numéro**Date Création**

F26058/1/2021/CLIAE/CLAER

22/01/2021 15:36:38

Imprimé le 22/01/2021 à 15:37:01

Code	Prestation médicale	P.U	Quantité	Mt.Tiers Payant	Mt.Assureur
	SEANCE ORTHOPHONIQUE	10 000,0	1	10 000	0
PROMPTE GUERISON		TOTAL		10 000	0
TOTAL REGLEMENTS TIERS PAYANT		MONTANT TOTAL :		10 000	
10 000		MONTANT TIERS PAYANT:		10 000	
		MONTANT ASSURANCE :		0	

Arrêté la présente facture à la somme de :

Dix mille FCFA

Signature du Bénéficiaire

Dr SANDJON Guy



**CLINIQUE DE L'AÉROPORT**

Opérateur : NGUIFFO

Téléphone :

Email :

Enfant BENAABID TAHA**Assureur :**

Infos:

Assuré Principal :

Société :

Téléphone Patient : 699230186

Mat.Assuré : / Mat.As.Principal :

Code Patient : 6885

FACTURE

Date Consultation : 20/01/2021

Numéro	Date Création
F25971/1/2021/CLIAE/CLAER	20/01/2021 14:04:44

Imprimé le 20/01/2021 à 14:05:08

Code	Prestation médicale	P.U	Quantité	Mt.Tiers Payant	Mt.Assureur
	SEANCE ORTHOPHONIQUE	10 000,0	1	10 000	0
PROMPTE GUERISON		TOTAL		10 000	0
TOTAL REGLEMENTS TIERS PAYANT		MONTANT TOTAL :		10 000	
10 000		MONTANT TIERS PAYANT:		10 000	
		MONTANT ASSURANCE :		0	

Arrêté la présente facture à la somme de :
Dix mille FCFA

Signature du Bénéficiaire

Dr SANDJON Guy





CLINIQUE DE L'AÉROPORT

Opérateur : NGUIFFO

Téléphone :

Email :

Enfant BENAABID TAHA

Assureur :

Infos:

FACTURE

Date Consultation : 15/01/2021

Assuré Principal :

Société :

Téléphone Patient : 699230186

Mat.Assuré : / Mat.As.Principal :

Code Patient : 6885

Numéro	Date Création
F25791/1/2021/CLIAE/CLAER	15/01/2021 14:54:39

Imprimé le 15/01/2021 à 14:54:59

Code	Prestation médicale	P.U	Quantité	Mt.Tiers Payant	Mt.Assureur
	SEANCE ORTHOPHONIQUE	10 000,0	1	10 000	0
PROMPTE GUERISON		TOTAL		10 000	0

TOTAL REGLEMENTS TIERS PAYANT	MONTANT TOTAL :	10 000
10 000	MONTANT TIERS PAYANT:	10 000
	MONTANT ASSURANCE :	0

Arrêté la présente facture à la somme de :

Dix mille FCFA

Signature du Bénéficiaire

Dr SANDJON Guy





CLINIQUE DE L'AÉROPORT

Opérateur : NGUIFFO

Téléphone :

Email :

Enfant BENAABID TAHA

Assureur :

Infos:

FACTURE

Date Consultation : 13/01/2021

Assuré Principal :

Société :

Téléphone Patient : 699230186

Mat.Assuré : / Mat.As.Principal :

Code Patient : 6885

Numéro	Date Création
F25712/1/2021/CLIAE/CLAER	13/01/2021 14:33:36

Imprimé le 10/02/2021 à 15:03:36

Code	Prestation médicale	P.U	Quantité	Mt.Tiers Payant	Mt.Assureur
	SEANCE ORTHOPHONIQUE	10 000,0	1	10 000	0
PROMPTE GUERISON		TOTAL		10 000	0

TOTAL REGLEMENTS TIERS PAYANT	MONTANT TOTAL :	10 000
10 000	MONTANT TIERS PAYANT:	10 000
	MONTANT ASSURANCE :	0

Arrêté la présente facture à la somme de :

Dix mille FCFA

Signature du Bénéficiaire

Dr SANDJON Guy

