

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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° W19-479245

45998

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11408 Société : RAT

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENAAVID REDOUANE

Date de naissance : 09.07.74

Adresse : DOUALIA. CANEROUN

Tél. : Total des frais engagés : 40.000 FCFA DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/10/2010

Nom et prénom du malade : BENAAVID TAHA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Problèmes de la Bouche

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 : DOUALIA Le : 20/10/2010

Signature de l'adhérent(e) :

Eury

ACCUEIL

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
07/10/20				INP :
09/10/20	ANP	10.550	40.000	
16/10/20				
16/10/20				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552 00000000 00000000
D	00000000 00000000 35533411 11433553
G	
B	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CLINIQUE DE L'AEROPORT

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 21 Octobre 2020

NOTE D'HONORAIRES

NOMS ET PRENOMS	ACTES PRATIQUES	COUT
Enft BENAAVID TAHA	Récapitulatif des Séances Orthophoniques : 07/10/2020 1ère Séance = 09/10/2020 2 ^{ème} Séance = 14/10/2020 3 ^{ème} Séance = 16/10/2020 4 ^{ème} Séance =	10000 F 10 000 F 10 000 F 10 000 F
	TOTAL	= 40 000 F

Merci de votre confiance

Docteur Guy SANDJON



CLINIQUE DE L AEROPORT

Opérateur : NGUIFFO

Téléphone :

Email :

Enfant BENAAIBID TAHA

Assureur :

Infos:

FACTURE

Date Consultation : 16/10/2020

Assuré Principal :

Société :

Téléphone Patient : 699230186

Mat.Assuré : / Mat.As.Principal :

Code Patient : 6885

Numéro	Date Création
F22976/10/2020/CLIAE/CLAER	16/10/2020 15:45:33

Imprimé le 16/10/2020 à 15:45:55

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 AEROPORT

Opérateur : NGUIFFO
Téléphone :
Email :

Enfant BENAAVID TAHA

Assureur :
Infos:

FACTURE

Date Consultation : 14/10/2020

Assuré Principal :
Société :
Téléphone Patient : 699230186
Mat.Assuré : / Mat.As.Principal :
Code Patient : 6885

Numéro	Date Création
F22881/10/2020/CLIAE/CLAER	14/10/2020 14:26:17

Imprimé le 14/10/2020 à 14:26:41

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 :

Enfant BENABID TAHA

Assureur :
Infos:

FACTURE

Date Consultation : 09/10/2020

Assuré Principal :
Société :
Téléphone Patient : 699230186
Mat.Assuré : / Mat.As.Principal :
Code Patient : 6885

Numéro	Date Création
F22716/10/2020/CLIAE/CLAER	09/10/2020 13:48:05

Imprimé le 09/10/2020 à 13:48:59

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'AEROPORT

Opérateur : NGUIFFO

Téléphone :

Email :

Enfant BENAAVID TAHAA

Assureur :

Infos:

FACTURE

Date Consultation : 07/10/2020

Assuré Principal :

Société :

Téléphone Patient : 699230186

Mat.Assuré : / Mat.As.Principal :

Code Patient : 6885

Numéro	Date Création
F22626/10/2020/CLIAE/CLAER	07/10/2020 14:27:58

Imprimé le 07/10/2020 à 14:28:38

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

