

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

60014

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Matricule : 11408

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENAAIBI REDOUANE

Date de naissance :

09.07.74

Adresse :

DOUALA, CANEROUN

Tél. :

Total des frais engagés : D

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr EROUME Tatiana
Dermatologue - Vénérologie
Tél 654 19 71 29

Date de consultation : 16/11/2020

Nom et prénom du malade : Benaaibid

Debizi Houda Age : 39 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Eczema de contact

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 : 18/11/20

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-588611

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).

DH

Dermatho

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) : 49.150 F

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
01-11-20	CS		15.000 Frs	INP :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/11/20	34 150 FRS

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																
MONTANTS DES SOINS																				
DEBUT D'EXECUTION																				
FIN D'EXECUTION																				
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																				
MONTANTS DES SOINS																				
DATE DU DEVIS																				
DATE DE L'EXECUTION																				
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES																				
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																				
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>					H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
G																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																				
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>																				
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>																				

Facture SANS TVA

Numéro de facture	Date	Code client
200094419	16/11/2020	

PHARMACIE DE GAULLE

Dr Tientcheu Monkam
BP 2882
DOUALA
CAMEROUN
Tél : 696 20 14 08
Fax : 233 43 37 29
E-mail : pharmaciedegaulle@gmail.com

MME DOUBI HOUDA

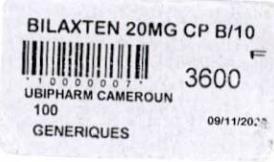
Mode de règlement : Espèces
Echéance : 01/12/2020

TVA :

Code13Réf	Désignation	Qté	HT U Brut	%Rem	HT U Net	Mt HT Net	%TVA
7566868	AVENE CICALFATE CREM REPA TB	1	8300,0000	0,00	8300,0000	8300	0,0
3341894	MYCOSTER 8%VERNIS	1	11600,0000	0,00	11600,0000	11600	0,0
+ 10000007	BILAXTEN 20MG CP B/10	1	3600,0000	0,00	3600,0000	3600	0,0
8021409	CLOTRI DENK 100MG CP VAG B/6	1	2350,0000	0,00	2350,0000	2350	0,0
8078071	PEITEL 0,25% CR T/30G	1	4300,0000	0,00	4300,0000	4300	0,0
2291823	FLUCAZOL 100MG GEL B/10	2	2000,0000	0,00	2000,0000	4000	0,0

Quantité totale des produits : 7

Taux TVA	HT Brut	%Rem	Remise	HT Net	TVA		
0,0%	34150,00	0,00%	0,00	34150,00	0,00	Total Net HT	
						34150,00	
						TVA	
						0,00	
						Montant TTC	
						34150,00	
Totaux	34150,00	0,00%	0,00	34150,00	0,00		





Clinique de l'aéroport

Urgence: 24h/24



Service des ambulances

16-11-2020

Médecin Chef

Dr Guy SANDJON
Gynécologue Obstétricien
E.mail: sandjonguy@yahoo.fr
Stérilité, Chirurgie endoscopique,
PMA, IAC, FIV

Directeur Médical / Pédiatre

Dr CHOKOTEU YOSSA DJUIMO

Chirurgien :

Dr Patrick FOTSO

Rhumatologue Physiothérapeute :

Dr Ronald TCHOUANTO

Dermatologue :

Dr Tatiana EROUME

O.R.L:

Dr Daniel KOTTO

Anesthésiste Réanimateur :

Dr David EBOSSE

Hépato Gastro entérologue :

Dr Christian NJOSSU

Cardiologue:

Dr Armel DJOMOU N.

Néphrologue :

Dr Erika NNANG OBADA

Psychologue :

Dr Suzanne MAZZON

Radiologue :

Dr Aziz NDAM

Médecin du travail:

Dr Agnes BISSANG

Médecin Généralistes :

Dr Elodie HANDJOU

Dr Patricia NDJETCHEU

Dr Fleury BOLLA

Kinésithérapeute :

Linda MEKOUDJOU

Orthophoniste :

Odile MATCHIM NGUIFFO

Nutritionniste :

Michel MASSOCK

Biologistes :

Dr Christian PANY

Dr Irena HAMPOVA

Secrétariat Clinique :

237 696 717 171 - 694 909 090

237 695 000 935 - 694 646 464

Secrétariat FIV :

237 695 001 096 - 695 002 499

www.cliniquedelaeroport.com

Mme DOVI BI
Houda.

Ordonnance Médicale

- ① Continuer toilette au savon halstue
- ② Aicafate crème 01 tube
en application sur la main gauche le matin.
- ③ Peitel crème 01 tube
en application sur la main gauche le soir.
- ④ Bilaxate 20 01 g le matin
- ⑤ Flucazole 100mg 02 tubes
01 gélule par jour pendant 20 jrs.



—TSR
P

B.P.: 4108 Bonapriso
Douala-Cameroun

cliniquedelaeroport@yahoo.fr
www.cliniquedelaeroport.com

⑥ Mycoster 8% soluté filmogène 01 fl^{fl}
En application sur le poing droit une
fois par jour.

⑦ Coton Dentonie 01 tube
En application sur le pourtour de l'ongle
du poing droit mat et sec,

A renouveler. 30 Décembre 2020.

D. Grauine Tatiana
Dermatologue / Venerologue
Tel: 654 457129

CLINIQUE DE L AEROPORT

Opérateur : DR EROUME

Téléphone :

Email :

Madame DOUIBI HOUDA

Assureur :

Infos:

FACTURE

Date Consultation : 16/11/2020

Assuré Principal :

Société :

Téléphone Patient : 683771894

Mat.Assuré : / Mat.As.Principal :

Code Patient : 10123

Numéro	Date Création
F23934/11/2020/CLIAE/CLAER	16/11/2020 10:55:20

Imprimé le 16/11/2020 à 10:56:42

Code	Prestation médicale	P.U	Quantité	Mt.Tiers Payant	Mt.Assureur
	CONSULTATION DERMATOLOGIQUE	15 000,0	1	15 000	0
	PROMPTE GUERISON		TOTAL	15 000	0
	TOTAL REGLEMENTS TIERS PAYANT		MONTANT TOTAL :		15 000
		15 000	MONTANT TIERS PAYANT:		15 000
			MONTANT ASSURANCE :		0

Arrêté la présente facture à la somme de :

Quinze mille FCFA

Signature du Bénéficiaire

Dr SANDJON Guy



PHARMACIE DE GAULLE
Dr Tientcheu Monkam

BP 2882

DOUALA le : 16/11/2020
TEL : 696 20 14 08 Op : 15 12:56
FA200094401 SERVEUR-PC

Produit Qté A régler Total

Vente directe du 16/11/20

AVENE CICALFATE

CREM REPA TB/40ML 1 8300 8300

MYCOSTER 8% VERNII 1 11600 11600

BILAXTEN 20MG CP

B/10 1 3600 3600

CLOTRI DENK 100MG

CP VAG B/6 1 2350 2350

PEITEL 0,25% CR

T/30G 1 4300 4300

FLUCAZOL 100MG

GEL B/10 2 2000 4000

Sous total en F 34150

Net à payer en F 34150

Dont TVA : 0

16/11/2020 Espèces en F 34150

Nombre d'articles : 7

Montant des Honor. de Disp. 0

PAUL OMATANT

111-111453929

21 MAY 1973 10:30 100029

1940-1950
1950-1960
1960-1970
1970-1980
1980-1990
1990-2000
2000-2010
2010-2020
2020-2030
2030-2040
2040-2050
2050-2060
2060-2070
2070-2080
2080-2090
2090-2100