

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° W19-588611

60014

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11408 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BENAAABID REDOUANE

Date de naissance : 09.07.74

Adresse : DOUALA CAMEROUN

Tél. : Total des frais engagés : D

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EROUME Tatiana
Dermatologue - Vénérologue
Tél 654 19 71 29

Date de consultation : 16/11/2020

Nom et prénom du malade : BENAAABID DOUBI Houda 39 ans

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

Nature de la maladie : Eczéma 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 déclaire 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 DH Dermato

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 :

Nom de l'adhérent(e) : 49.150 F

Total des frais engagés :


Date de dépôt :

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
16/11/20	CS		15.000 F	INP : <input type="text"/>

Dr EROUME Tatiana
Dermatologue - Vénérologie
Tél. 854 19 71 29

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/11/20	84 150 F

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	

VOLET ADHERENT

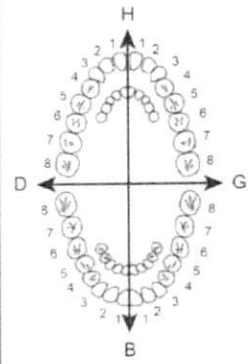
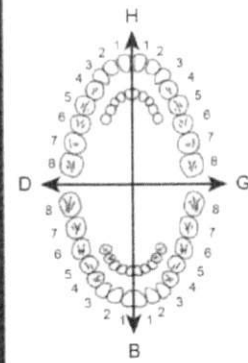
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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'EXECUTION



Clinique de l'aéroport

Urgence: 24h/24

Service des ambulances



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 EBOSSÉ

Hépto 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 NDJETCHOU

Dr Fleury BOLLA

Kinésithérapeute :

Linda MEKOU DJOU

Orthophoniste :

Odile MATCHIM NGUIFFO

Nutritionniste :

Michel MASSOCK

Biologistes :

Dr Christian PANY

Dr Irena HAMPLOVA

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

16-17-2020

Mme DOU BI
Houda.

Ordonnance Médicale

① Continuer toilette au savon hygiénique

② Cicafate 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 Bilaxte 20 mg 01 cp le matin

⑤ Flucazole 100mg 02 tube
01 gélule par jour pendant 20 jrs.

→ JTS1 p



B.P.: 4108 Bonapriso
Douala-Cameroun

cliniquedelaeroport@yahoo.fr
www.cliniquedelaeroport.com

⑥ Nycoster 8% solution filmogène 01 fl
En application sur le pauc droit une
fois par jour.

⑦ Coton Denkuvie 01 tube
En applicat sur le partour des l'angle
du pauc ~~de~~ droit mat et soir,

A renvoi. 30 Decbre 2020.


Dr. Enume Ealiama
Dermatologue / Gynécologue
Tél.: 654 19 71 29



CLINIQUE DE L'AÉROPORT

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

Qte A régler Total

Vente directe du 16/11/20

AVENE CICALFATE

Produit	Qte	A régler	Total
CREM REPA TB/40ML	1	8300	8300
MYCOSTER 8%VERNI:	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

Payé Comptant

