

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 canaux, 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 canaux.

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 Angie 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° W19-591421

60021

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e) : _____

Matricule : 11408 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BENABID REDOVANE

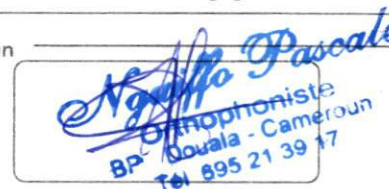
Date de naissance : 09.07.74

Adresse : DOUALA CAMEROUN

Tél. : _____ Total des frais engagés : 90.000 FCFA

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/02/2021

Nom et prénom du malade : BENABID Taha Age : 06ans

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

Nature de la maladie : Troubles du langage 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 déclaire avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : DOUALA Le : 17 / 02 / 21

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-591421

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : _____

Nom de l'adhérent(e) : 90.000F

Total des frais engagés : _____

Date de dépôt : _____

Coupon à conserver par l'adhérent(e).



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 : cliniqueaeroport@yahoo.fr

SARL au capital de 1 000 000 F CFA

N° Cont : M060500019888Q

N° ONMC : 620

RC/DLA/2005/B/752

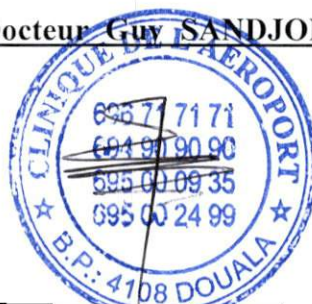
Douala, le 17 Février 2021

NOTE D'HONORAIRES

NOMS ET PRENOMS	ACTES PRATIQUES	COUT
Enft BENAABID TAHA	Récapitulatif des Séances	
	Orthophoniques :	
	18/11/2020 1ère Séance =	10 000 F
	20/11/2020 2 ^{ème} Séance =	10000 F
	25/11/2020 3 ^{ème} Séance =	10 000 F
	27/11/2020 4 ^{ème} Séance =	10 000 F
	02/12/2020 5 ^{ème} Séance =	10 000 F
	04/12/2020 6 ^{ème} Séance =	10 000 F
	09/12/2020 7 ^{ème} Séance =	10 000 F
	11/12/2020 8 ^{ème} Séance =	10 000 F
	16/12/2020 9 ^{ème} Séance =	10 000 F
TOTAL =		90 000 F

Merci de votre confiance

Docteur Guy SANDJON



CLINIQUE DE L AEROPORT

Opérateur : NGUIFFO
Téléphone :
Email :

Enfant BENAABID TAHA

Assureur :
Infos:

FACTURE

Date Consultation : 18/11/2020

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

Numéro	Date Création
F24064/11/2020/CLIAE/CLAER	18/11/2020 14:49:24

Imprimé le 18/11/2020 à 14:49:47

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 : 20/11/2020

Assuré Principal :

Société :

Téléphone Patient : 699230186

Mat.Assuré : / Mat.As.Principal :

Code Patient : 6885

Numéro	Date Création
F24132/11/2020/CLIAE/CLAER	20/11/2020 15:00:03

Imprimé le 20/11/2020 à 15:01:45

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 BENAABID TAHA

Assureur :

Infos:

FACTURE

Date Consultation : 25/11/2020

Assuré Principal :

Société :

Téléphone Patient : 699230186

Mat.Assuré : / Mat.As.Principal :

Code Patient : 6885

Numéro	Date Création
F24253/11/2020/CLIAE/CLAER	25/11/2020 14:48:13

Imprimé le 25/11/2020 à 14:49:16

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 : 27/11/2020

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

Numéro	Date Création
F24313/11/2020/CLIAE/CLAER	27/11/2020 15:41:56

Imprimé le 27/11/2020 à 15:42:23

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 : PATRICIA

Téléphone :

Email :

Enfant BENAABID TAHA

Assureur :

Infos:

FACTURE

Date Consultation : 02/12/2020

Assuré Principal :

Société :

Téléphone Patient : 699230186

Mat.Assuré : / Mat.As.Principal :

Code Patient : 6885

Numéro	Date Création
F24447/12/2020/CLIAE/CLAER	02/12/2020 09:47:54

Imprimé le 02/12/2020 à 13:59:09

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 : 04/12/2020

Assuré Principal :

Société :

Téléphone Patient : 699230186

Mat.Assuré : / Mat.As.Principal :

Code Patient : 6885

Numéro	Date Création
F24529/12/2020/CLIAE/CLAER	04/12/2020 15:31:44

Imprimé le 04/12/2020 à 15:32:02

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 : 09/12/2020

Assuré Principal :

Société :

Téléphone Patient : 699230186

Mat.Assuré : / Mat.As.Principal :

Code Patient : 6885

Numéro	Date Création
F24667/12/2020/CLIAE/CLAER	09/12/2020 14:38:22

Imprimé le 09/12/2020 à 14:38:45

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 BENAABID TAHA

Assureur :

Infos:

FACTURE

Date Consultation : 11/12/2020

Assuré Principal :

Société :

Téléphone Patient : 699230186

Mat.Assuré : / Mat.As.Principal :

Code Patient : 6885

Numéro	Date Création
F24739/12/2020/CLIAE/CLAER	11/12/2020 16:00:47

Imprimé le 11/12/2020 à 16:01:29

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 BENAABID TAHA

Assureur :

Infos:

FACTURE

Date Consultation : 16/12/2020

Assuré Principal :

Société :

Téléphone Patient : 699230186

Mat.Assuré : / Mat.As.Principal :

Code Patient : 6885

Numéro	Date Création
F24901/12/2020/CLIAE/CLAER	16/12/2020 14:41:53

Imprimé le 16/12/2020 à 14:42:15

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

