

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

- Reclamation : 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société	
Matricule : 11408		Nom & Prénom : BENAARID REDOVARNE	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre	
Date de naissance : 09.07.74		Adresse : DOUALA. CAMEROUN	
Tél. :		Total des frais engagés : 90.000 FCFA	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 NAARID Taha BP Douala - Cameroun Tél 895 21 39 17			
Date de consultation : 17/02/2021			
Nom et prénom du malade : BENAARID Taha			
Age : 48 ans			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 décl
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : DOUALA Le : 17/02/2021
Signature de l'adhérent(e) : 

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.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matriçule : 90.000 F	
Nom de l'adhérent(e) : DOUALA Taha	
Total des frais engagés : 90.000 F	
Date de dépôt :	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
18/11/2020				INP : <input type="checkbox"/>
20/11/2020				
25/11/2020	AMIO	10.000	10.000 X 9	
27/11/2020				
02/12/2020				
04/12/2020				
05/12/2020				
07/12/2020				
11/12/2020				
EXECUTION DES ORDONNANCES				
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur		Date		Montant de la Facture
16/12/2020				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cache du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

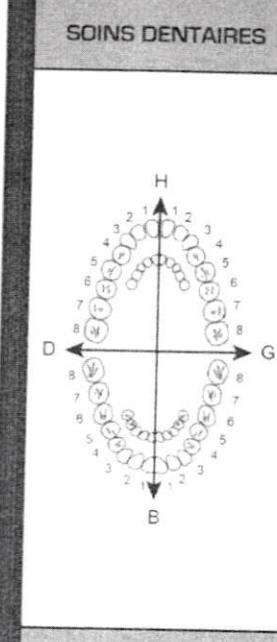
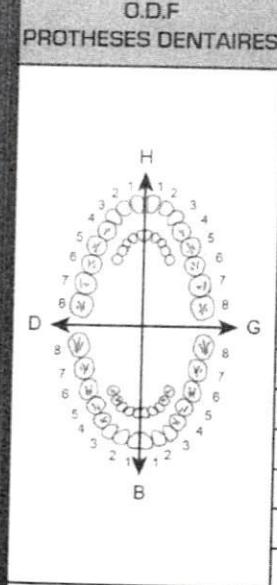
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																				
					<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
					<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS																				
					<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION																				
					<input type="text"/> FIN D'EXECUTION																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">25533412</td> <td style="text-align: left; padding-left: 10px;">21433552</td> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: left; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">35533411</td> <td style="text-align: left; padding-left: 10px;">11433553</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		D		B		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000		00000000		35533411	11433553			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H		G																							
D		B																							
25533412	21433552	00000000	00000000																						
00000000		00000000																							
35533411	11433553																								
					<input type="text"/> DATE DU DEVIS																				
					<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																									

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

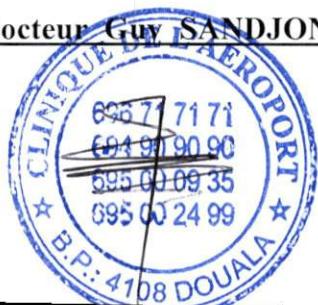
Douala, le 17 Février 2021

NOTE D'HONORAIRES

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

Merci de votre confiance

Docteur Guy SANDJON



CLINIQUE DE L AEROPORT

Enfant BENAAABID TAHA

Opérateur : NGUIFFO

Assureur :

Téléphone :

Infos:

Email :

1108.

FACTURE

Assuré Principal :

Société :

Téléphone Patient : 699230186

Mat.Assuré : / Mat.As.Principal :

Code Patient : 6885

Numéro	Date Crédation
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: MONTANT ASSURANCE :	10 000 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 TAH

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 BENAAVID TAH

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 BEN AABID 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'AEROPORT

Opérateur : PATRICIA
 Téléphone :
 Email :

Enfant BENAAVID TAH

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



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 FCF

Signature du Bénéficiaire

Dr SANDJON Guy





CLINIQUE DE L'AEROPORT

Opérateur : NGUIFFO

Téléphone :

Email :

Enfant BENAAVID TAH

Assureur :

Infos:

Assuré Principal :

Société :

Téléphone Patient : 699230186

Mat.Assuré : / Mat.As.Principal :

Code Patient : 6885

FACTURE

Date Consultation : 09/12/2020

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 BENAAVID TAH

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



Urgence : 24h/24

Service des ambulances

CLINIQUE DE L'AÉROPORT

Opérateur : NGUIFFO
Téléphone :
Email :

Enfant BEN AABID 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

