

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 canalaire, 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 canalaire.

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

N° W21-783632
148585

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7663 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN OSMANE HICHAM.

Date de naissance : 23 03 1963

Adresse : Villa DeTolink CoSyphon

Tél. : 00 229 98 97 97 98

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/01/2023

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Consultation post opératoire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 08 FEV 2023

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 : Casablanca

Le : 17/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
16.12.3	C + R		17000.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE CANAL QUAI 08 367 795 TELE: +229 21 31 35 65 FAX: +229 21 31 65 82</p>	16/01/23	4200F

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :

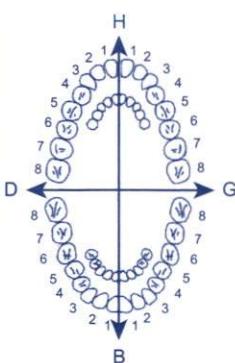
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CENTRE MEDICAL HAIE-VIVE

Villa N°433 Rue 12180 HAIE-VIVE COTONOU-BENIN

TÉL CMHV: 91 55 50 50

Email : cmhvbenin@gmail.com

Dr. Nouara AZZAZ

Medecin

Diplômée de la Faculté de Médecine
de TIZI - OUZOU (ALGERIE)
N° 0442 / ONMB / ATL / 2003
Cel: 95 84 24 52 / 61 03 60 60
Email : nouazaz@gmail.com

Cotonou, le 16.1.23

Ordonnance :

Hr Bénoismen
Hicham

Echographie du
genou gauche

(Épauchement)

Dr AZZAZ Nouara
N° DECM N° 0442 / ONMB / ATL / 2003
Cel: 95 84 24 52 / 61 03 60 60
Email : nouazaz@gmail.com



CENTRE MEDICAL HAIE-VIVE

Villa N°433 Rue 12180 HAIE-VIVE COTONOU-BENIN

TÉL CMHV: 91 55 50 50

Email : cmhvbenin@gmail.com

Dr. Nouara AZZAZ

Medecin

Diplômée de la Faculté de Médecine

de TIZI - OUZOU (ALGERIE)

N° 0442 / ONMB / ATL / 2003

Cel: 95 84 24 52 / 61 03 60 60

Email : nouazaz@gmail.com

Cotonou, le.....16.....1.2.3.

Ordonnance :

Béne os meue

Hicham



Profenid 3150
Pain 10te

1Cp x 2t au mire

des nips

1050

Lavergeric ple Afute

2x1t



DR AZZAZ Nouara
MEDICIN
N° 0442 / ONMB / ATL / 2003
Tél: 61 03 60 60 / 95 84 24 54
mail : nouazaz@gmail.com

T= 4200



CENTRE MEDICAL HAIE VIVE

Villa 433, Rue 12180 Haie vive Cotonou, Bénin
05 BP 1258 - Téléphone : +229 91 55 50 50
Courriel : cmhvbenin@gmail.com

Dr Nouara AZZAZ

Diplômée de la Faculté de Médecine
De TIZI-OUZOU (ALGERIE)
Inscrite au Conseil de l'Ordre N°0442
MEDECINE GENERALE
MEDECIN CORRESPONDANT AIR FRANCE
Tél : 61 - 03 - 60 - 60 / 95 - 84 - 24 - 52

Cotonou, le 16 JANVIER 2023

FACTURE

Réf : CMHV/Dr Nouara AZZAZ /1142/2023

Objet : Note d'honoraire de BEN OSMANE HICHAM

CONSULTATION MEDICALE 17.000FCFA

TOTAL.....17.000 FCFA

Dr Nouara AZZAZ

