

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



Déclaration de Maladie

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 ISMAËL HICHAM**

Date de naissance : **23.03.1967**

Adresse : **1116 DeTrolink CoSpham**

Tél. : **00229 98979798** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr AZZAZ N. **MEDECIN**
Tél : 61 03 60 60 85 84 24 52
N° 0442/ONMB/ATL/COO/2003
mail : nouazaz@gmail.com

Date de consultation : **16/01/23**

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : **Conjointement ?**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **08 FEB. 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) : **[Signature]**

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
16/12/23	C + K		17000 CF	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CAMOUX 06 87 795 TEL (+229) 21 31 35 65 FAX (+229) 21 31 63 63	16/10/23	4200 F

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

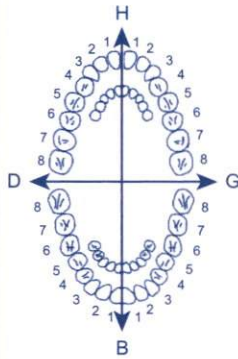
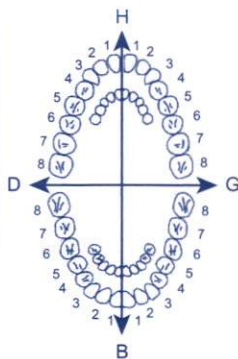
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



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 16/11/23

Ordonnance :

M. BENOSMEU
HICHAM

Echographie du
genou gauche

(Epanchement)

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

[Signature]



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... 2023

Ordonnance :

Ben os me he

Hicham



Profenid 3150
p/m 1ste

1p x 21 + autres
de 1p

Lovergic 1050
de 1p

2x15



Tél: 61 03 60 60 / 95 84 24 52
N° 0442 / ONMB / ATL / 2003
Email : nouazaz@gmail.com

Dr AZZAZ Nouara
MEDECIN

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

PAIÉ

