

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, parodontologie 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

- 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.

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

Déclaration de Maladie

N° W21-793333

166024

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7663 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BEN OSMANE HICHAM
 Date de naissance : 23-03-1967
 Adresse : Villa Perleline Cortes Casablanca
 Cotonou BENIN
 Tél. : 00229 98979798 Total des frais engagés : 00000000

Cadre réservé au Médecin

Dr. Gildas QUENUM
 Traumatologue Orthopédiste
 N° 1093 / ONMB / ATL / 2012
 Tél. 62 02 05 38
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 23/03/23
 Nom et prénom du malade : RADIGH AMINA
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : tendons pathe multiple de la main
 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 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 : Cotonou Le : 20/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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
23/3/23	Consultation		10.000	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] CENTRE MEDICO - CHIRURGICAL SAINT JULIEN Dr. Gildas QUENUM Traumatologue Orthopédiste N° 1093 / ONMB / ATL 2012 Tél 62 02 05 33

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SAINT LOUIS 02 BP 1072 COTONOU 01 21 30 74 44 / 95 85 96 86	30/03/23	19856 CFA

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

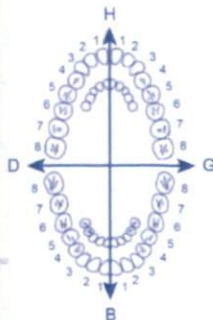
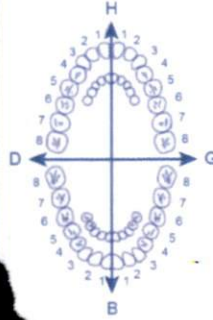
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
CENTRE MEDICO - CHIRURGICAL SAINT JULIEN Dr. Gildas QUENUM Traumatologue Orthopédiste N° 1093 / ONMB / ATL / 2012 Tél 62 02 05 33	24/4/23					15.000
	30/4/23					15.000

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS []														
				DATE DU DEVIS []														
			DATE DE L'EXECUTION []															

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Centre Médico-Chirurgical Saint JULIEN

10 BP. 24 Cité Houeyiho Cotonou - RB

Email: kistoq 2002@yahoo.fr Tél: (229) 94 51 21 22 / 94 99 99 69

Nom et Prénoms du Malade :

M^{lle} RADIGIT AMINA

Cotonou, le :

30 3 23

ORDONNANCE MEDICALE

KLIPAL 600

1985 / 16
PAIE

1 comprimé matin et soir

CENTRE MEDICO - CHIRURGICAL SAINT JULIEN
Dr. Gilles QUEN JM
Traumatologue Orthopédiste
N° 1093 / OMB / AN / 2012
Tél 62 02 43 43

FACTURE

CLINIQUE SAINT JULIEN
IFU 320211255914
Email : gildasq@yahoo.fr
96382999 / 62020533
- AICHA

Référence

751

Date

22/03/2023

Client

RADIGH AMINA
IFU :

Objet de la facture

Désignation	Prix Unitaire	Quantité	Montant
CONSULTATION TRAUMATOLOGIQUE (A)	10 000	1	10 000
INFILTRATION (A)	15 000	1	15 000

CODE MECeF/DGI

AUIA-WRO5-MBYW-4NXP-NO7V-O7U4

MECeF NIM ED03003143

MECeF Compteurs 747/1081 FV

MECeF Heure 31/03/2023 09:28:57

TOTAL HT

25 000

NET A PAYER

25 000



Arrêté la présente facture à la somme de vingt cinq mille FCFA



FACTURE

CLINIQUE SAINT JULIEN
IFU 320211255914
Email : gildasq@yahoo.fr
96382999 / 62020533
- AICHA

Référence

690

Date

31/03/2023

Client

RADIGH AMINA
IFU :

Objet de la facture

Désignation	Prix Unitaire	Quantité	Montant
INFILTRATION (A)	15 000	1	15 000

CODE MECeF/DGI

W6O3-2WGY-NSJL-WIXJ-AMQD-ASGC

MECeF NIM ED03003143

MECeF Compteurs 753/1087 FV

MECeF Heure 31/03/2023 16:06:35

TOTAL HT

15 000

NET A PAYER

15 000



Arrêté la présente facture à la somme de quinze mille FCFA





PHARMACIE SAINT LOUIS

PHARMACIE SAINT LOUIS
TEL : 21 30 74 44/95 85 96 86

30/03/2023 à 09:50:16

Panier N° : 488639

FACTURE N° T2023-03-0204305

Designation	Qte	Prix	Montant
KLIPAL CODEINE 600MG CPR B/12 (A-EX)	1	1 985	1 985

Nb produits : 1

Total exonéré [A-EX] : 1 985

Total HT[B] 18% : 0 Total TVA[B] 18% : 0

Net à payer : 1 985

Mode de règlement : Espèce

Mt Perçu : 5 000 Mt rendu : 3 015

Vendeur : 18-FIDELE 11- Caissier : VIANOU

CODE MECeF/DCI

P5JJ-GEYW-JNRU-XJUJ-GJ3J-44SH

MECeF NIM

ED04000868

MECeF Compteurs

206756/210406 FV

MECeF Heure

30/03/2023 09:50:31

ISF

SAINTLOUIS0068

