

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.

Éducation :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 0041890

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

24,60€

Matricule : 10926

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AOUANI ADIL

Date de naissance : 10/11/1973

Adresse : Cotonou (Bénin)

Tél. : 0022995972730

Total des frais engagés : 33.1145 CFA Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/01/2020

Nom et prénom du malade : AOUANI JAD Age : 5

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : ANGINE ISCHIALE + Bronchite

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 :

Le : / /

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 22/12/2020 | Consult | 1 heure | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  | 27/01/2020 | 160005 Francs |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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'ORL.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Nouara AZZAZ

Diplômée de la Faculté de Médecine
de TIZI - OUZOU (ALGERIE)
Inscrite au Conseil de l'ordre
N° 0442 / ONMB / ATL 2003
06 BP 2470 Cotonou - BENIN
Cel. 95 84 24 52 / 61 03 60 60
CAB : 21 30 15 62
Email : nouazaz@gmail.com

Cotonou, le 27/1/2020.

A ouvert.

JAD

81 kg

273_{long}

① Orthonix Syr
1 dose 30 kg x 24

② Celesteve goutte 1/2
300 goutte 1 fl 15

③ Sterimol spray 1/2

④ Ricinofluisol Syr 1/2
en p.T. fl 8
5 ml x 3 fl

from me

for you

in short

of free shop
today



LIBRAIRIE BIBLIOTHÈQUE
PHANIE CAMP GIEZI
COTONOU, REPUBLIQUE DU BENIN
www.phaniecampgiezi.com

Conseilation
medicale

~~PAYE~~

REÇU No. 37

MONTANT 17000

DATE 12/10/2020

Reçu de

Aou Ame Jaa

la somme

de

Dix-sept mille francs CFA

Signature

J

Nbre Produits = 5

PHARMACIE CAMP GUEZO

Votre Partenaire SANTE et BEAUTE
au Quotidien

E.ACHANHOUIKIN KINKING

08BP795 Tel:21313555

Ticket No : 488393 du 27/01/20 a 14h56

Vendeur : AGONMA JEAN GABRIEL

Caissiere : C DOKPONOU MARIE-AIMEE

| | | | | |
|---|----------------------|-------|---|------|
| 1 | OFIKEN 100MG/5ML SUS | 4635X | 2 | 9270 |
| 2 | CELESTENE 0,05% GTTE | 2725X | 1 | 2725 |
| 3 | STERIMAR BEBE SOL-NA | 3350X | 1 | 3350 |
| 4 | RHINATHIOL PROMET SI | 1100X | 1 | 1100 |

TOTAL : 16445

NET A PAYER : 16445

MODE DE REGLEMENT : ESPECES

MONTANT ESPECE DONNE : 17000

MONNAIE RENDUE : 555

MERCI DE VOTRE VISITE

JOYEUSES FETES

DAILY



STÉRIMARTM

NOSE HYGIENE

baby

- Gently cleanses
- Prevents colds

Sea water
100% natural



CampGuezo Tel: 21313555
STERIMAR BEBE SOL-NASAL FL/:



097238

MF4 00

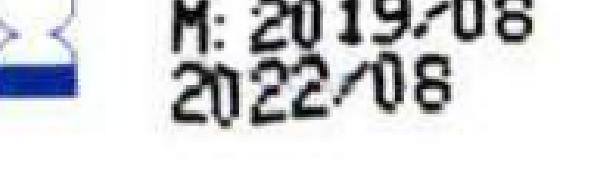
3350 F

..... spray

• Safe nozzle

PHYSIOLOGICAL

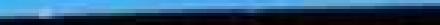
FROM 0 TO 3 YEARS OLD



3 331300 097238 >



FE9229B
M: 2019/08
2022/08



1048 0816

Ofiken® 100 mg/5 ml

Céfixime

100 mg/5 ml



Poudre pour suspension
buvable

60 ml

Voie orale

Enfants

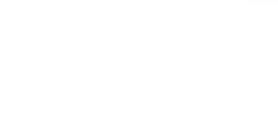


CampGuezo Tel: 21313555

OFIKEN 100MG/5ML SUSP BUV



020120



PPP 1U

278857

4635 F



DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS



 سوطيما
Sotthema

Ofiken® 100 mg/5 ml

Céfixime

100 mg/5 ml



Poudre pour suspension
buvable

60 ml

Voie orale

Enfants

CampGuezo Tel: 21313555
OFIKEN 100MG/5ML SUSP BUV FL

020120



278857

PPP 1U

4635 F



DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS



 سوٹیما
sothema

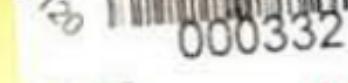
Rhinathiol® prométhazine

carbocisteine
prométhazine

**TOUX SECHE
ET D'IRRITATION
EN PARTICULIER NOCTURNES**
**DRY AND IRRITATING
COUGHS**
**PARTICULARLY
NOCTURNAL COUGHS**



ampGuezo Tel:21313555
HINATHIOL PROMET SIROP FL1:



000332

1F4 00

1100 F

sirop enfants et adultes

125 ml

sanofi aventis



3 582910 020967



Célestène®

**0,05 %
solution buvable
en gouttes**

bétaméthasone

Voie orale

**RESERVE AUX NOURRISSONS
ET AUX ENFANTS**

CompGuezoTel:21313555
CELESTENE 0,05% GTTE FL/30ML

000210



002734

SP2 35

2725 F

