

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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19- 0041890

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **24602**

Matricule : **10926**

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : **AOUANI ADIL**

Date de naissance : **10/12/1973**

Adresse : **Cotonou (Benin)**

Tél. : **022995972730**

Total des frais engagés : **33.445 CFA**

Dhs



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **22/01/2020**

Nom et prénom du malade : **AOUANI TAD**

Age : **5**

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : **ANGINE Blanche, 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) :

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 22 / 1 / 2020.

A ouest.

JAD

81 kg

① Oromon sirp

273
1mg

1 dose 81 kg x 27

②

5278

Celestone gotts

1h

3/10 gotts 1 h 15

③

Sterimar spray

1h

④ Ricathiol sirp

en p.T. 81 kg

273

5278 x 27

Dr Nouara AZZAZ
Téléphone 95 84 24 52 - 61 03 60 60
No 0442 / ONMB / ATL / 2003

Amber

for counsel

on chart

off from shop today

Today

PAYE
COTONOU
PAYS D'UNION

ST. AUGUSTINE
Tel: 304-261-0500
Fax: 304-261-0501
www.staugustine.com

Consuelation
medica

PAYE

REÇU No.

37

37

MONTANT

17000

DATE

12/10/2020

Reçu de

ADY ANI Jaa

la somme

de

Dix sept mille francs

Signature

f

Nbre Produits = 5

PHARMACIE CAMP GUEZO

Votre Partenaire SANTE et BEAUTE
au Quotidien

E.ACHANHOVIN KINKING

08BP795 Tel:21313555

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

Vendeur : AGONMA JEAN GABRIEL

Caissiere : C DOKPONOU MARIE-AINEE

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



STÉRIMAR™

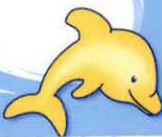
NOSE

HYGIENE

baby

- Gently cleanses
- Prevents colds

Sea water
100% natural



CampGuezoTel:21313555
STERIMAR BEBE SOL-NASAL FL/!

230120



097238

MF4 00

3350 F

spray

- Safe nozzle



PHYSIOLOGICAL
FROM 0 TO 3 YEARS OLD



3 331300 097238 >

LOT



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



CampGuezoTel:21313555

OFIKEN 100MG/5ML SUSP BUV

020120



278857

PPP 1U

4635 F

--	--	--	--	--	--

DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS



سو طيما
sothema

Ofiken[®] 100 mg/5 ml
Céfixime

100 mg/5 ml



Poudre pour suspension
buvable

60 ml

Voie orale

Enfants



CampGuezoTel:21313555

OFIKEN 100MG/5ML SUSP BUV FL

020120



278857

PPP 1U

4635 F

--	--	--	--	--	--

DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS



سو Thema
othema



Rhinathiol[®] prométhazine

*carbocistéine
prométhazine*

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

CampGuezoTel:21313555
HINATHIOL PROMET SIROP FL1:



10120
1F4 00

000332

1100 F

sirop enfants et adultes

125 ml

sanofi aventis



Célestène®

0,05 %

solution buvable en gouttes

bétaméthasone

Voie orale

RESERVE AUX NOURRISSONS ET AUX ENFANTS

CampGuezoTel:21313555

CELESTENE 0,05% GTTE FL/30ML

060219



002734

SP2 35

2725 F

