

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 |

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.



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-414378

58860

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>10926</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>AOUANI ADIL</u>			
Date de naissance : <u>10/12/1973</u>			
Adresse : <u>cet quartier cabtier, Cotonou, Benin.</u>			
Tél. : <u>0022995 972780</u>	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Dr. ADAHEWIE JR main ORL-N° 0325 NM /A L 1996 CLINIQUE AVIC N-S 03 BP 3126 Tél 95 32 75 93 </div>		
Date de consultation :	<u>09/12/2020</u>		
Nom et prénom du malade :	<u>EL MOHTASSIN-SANA</u>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>ORL</u>		
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 : caja Le : 08/12/2020

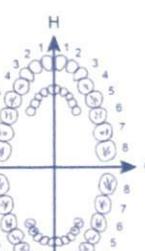
Signature de l'adhérent(e) : El Mohtassin Sana

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAMP GUEZO 08 BP 795 34 31 31 86 53 21 31 63 53	09/11/2020	52.840 F.F.A
<hr/> <hr/> <hr/>		

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.														
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
				INP : <input type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
ODF PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">35533411</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	21433552	D	00000000	B	00000000	G	11433553	35533411	
H	21433552													
D	00000000													
B	00000000													
G	11433553													
35533411														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												



CENTRE MÉDICAL AVICENNES

MEDECINE GENERALE & SPECIALITES

BL

CARRÉ 814 SIKECODJI, Rue après Galerie ORCA DECO à Jéricho

N° 264, Rue 7.038 — 03 B.P. 3126 — Tél. : (229) 21 32 19 91 / 95 23 75 93

COTONOU (Rép. du Bénin)

Mr Elmoatassina Cotonou, le 09 DEC. 2020
Sang

ORDONNANCE MEDICALE



Otoseptil Spray | Actisoufre Nas 8.8550

deux (02) pulvérisations dans chaque flacon nez matin et soir

-02 - Gamalate BS cony

3660X 3

Deux (02) comprimés le matin au repas pendant 01 mois

-03 - Fransau 5%

11950

(01) ml le soir avant le Repas pendant 10 jrs

Solacy Pediatric cp ou gel adulte

1220X 3

Deux (02) gélules ou trois comprimés par jour pendant 4-5 jours

T: 52.840

Dr. ADAHE Wifrid Romain

OB-N 0126/NM 3/ATH 1996

CLINIQUE AVICENNES

03-BP-9126 Tel: 21 32 19 91

23 75 93

PROCHAIN RENDEZ-VOUS LE 30 DÉCEMBRE 2020 A 10h

N.B. : Ramenez cette Ordonnance S.V.P.

Pharmacie CAMP GUEZO

EACHANHOUIN KINKING Tel. 21313555 08 BP795
IFU 3200700015618 COTONOU

Ticket IM060995

09-12-2020 19:32

NBRE PRODUITS = 8

SYLVANA SODABI / Caisière: SODINHESSI CATHERINE

1	(A) OLIOSEPTIL SPRAY NASAL 20ML(DIRECT)	8250 * 1	8250
2	(A) GAMALATE B6 COMP B/20 PRC	3660 * 3	10980
3	(A) TRAUSAN GOUTTES ORALE F/50ML	11950 * 1	11950
4	(A) SOLACY B/45 GELULES	7220 * 3	21660

Groupe Tax	Montant HT	Montant TTC
A EXO	52840	
B Tax	0	0
Montant TVA :		0
Total à payer:		52 840

Mode paiement Carte bancaire 52840

Mode paiement 2

ESP DONNE: 0

Reliquats: 0

CODE MECEF DGI

HZUA-BAT2-ZDSN-WTOF-FO3I-B5AT

NIM : ED04000028

Compteurs 12938/13220 FV

Heure : 09/12/2020 19:30:30



LES PRODUITS ACHETES NE SONT NI REPRIS NI
ECHANGES



CENTRE MEDICAL AVICENNES

MEDECINE GENERALE O.R.L.

CARRÉ 804 SIKECODJI — Rue de la Galerie «ORCA DECO» / «HECM» par Jéricho
ou Rue de la gare routière «AGONLI GARE» derrière place Bicentenaire
03 B.P. 3126 COTONOU (Rép. du Bénin) — Tél. (229) 21 32 19 91

REÇU N° 0006238

M. ELMOATASSIM

Pour Consultation

ORL

Pour Divers

Date

TOTAL F CFA

20

000

FCFA

Montant en lettre

Vingt

Centre Médical Avicennes
03 BP 3126 Tél. 65 23 75 93
Centre Médical Avicennes

Sana

12/12/20

mille francs CFA

SIGNATURE

Oral solution

50
mL

Citicoline 100 mg/mL
Trausan® Gouttes

Oral use | Voie orale

Voie orale

Trausan® Gouttes
Citicoline **Solution orale**

100 mg/mL

CampGuezo Tel: 21313555
TRAUSAN GOUTTES ORALE F/I



SP6 35 0512 025487

11950 F

50
mL



LABORATÓRIOS VITÓRIA, S.A.

Gamalate® B₆

20 grageas/coated tablets/dragées

Via oral/Oral route/Voie orale

CampGuezo Tel: 21313555
GAMALATE B6 COMP B/20 PRC

24/11/20



039770

C10 00

3660 F

 ferrer

Gamalate® B₆

20 grageas/coated tablets/dragées

Via oral/Oral route/Voie orale

CampGuezo Tel: 21313555
GAMALATE B6 COMP B/20 PRC

24/11/20



039770

C10 00

3660 F

ferrer

Gamalate® B₆

20 grageas/coated tablets/dragées

Via oral/Oral route/Voie orale

CampGuezo Tel: 21313555
GAMALATE B6 COMP B/20 PRC

24/11/20



039770

C10 00

3660 F

 ferrer

Audios

Solacy® Adulte

CampGuezo Tel: 21313555
SOLACY B/45 GELULES

231020



000832

C17 UN

7220 F

Affections
rhinopharyngées

45 gélules

Audios

Solacy® Adulte

CampGuezo Tel: 21313555
SOLACY B/45 GELULES

231020



000832

C17 UN

7220 F

Affections
rhinopharyngées

45 gélules

Audios

Solacy® Adulte

CampGuezo Tel: 21313555
SOLACY B/45 GELULES

231020



000832

C17 UN

7220 F

Affections
rhinopharyngées

45 gélules

olioseptil

COMPLEXE D'Huiles Essentielles

CampGuezo Tel: 21313555
OLIOSEPTIL SPRAY NASAL 20M

300820



210545

MF4DX

8250 F

DISPOSITIF MÉDICAL

SPRAY NASAL

CE

Apaise et
décongestionne le Nez

RHUME, NEZ BOUCHÉ,
RHINITE SAISONNIÈRE
ET ALLERGIQUE

ACTION IMMÉDIATE

Actifs 100% naturels



20ml
Spray nasal
sans gaz propulseur

LABORATOIRES
INELDEA