

## 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 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

- 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-582967

58864

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10996 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AOUANI ABIL

Date de naissance : 10/12/1973

Adresse : C 817, quartier Costien, Bégin Cotonou

Tél. : 002299572420 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**DR. IGUE Imelda**  
Gynécologue Obstétricien  
Tél 96 56 75 75  
N° 1709 / ONMB / ATL / 2014

Date de consultation : 15/12/2020

Nom et prénom du malade : EL MOATASSIN

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

Nature de la maladie : Aménorrhée

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 : Casablanca Le : 08/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

**DR. IGUE**  
Gynécologue  
Tél. 96 75 75  
ONMB / ATL

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                                                                                                                                                           |            | No                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                                                                                                                                                           | Date       | Montant de la Facture |
| <br><b>PHARMACIE</b><br><b>CAMP GUEZOU</b><br><b>08 BP 706</b><br><b>TEL 21 31 36 56</b><br><b>FAX 21 31 53 53</b><br><b>Coton</b> | 18/12/2007 | 12200F                |

[illegible]

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |    |    |    |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                     |                   | AM     | PC | IM | IV |                                    |
|                                     | .....             |        |    |    |    | .....                              |
|                                     | .....             |        |    |    |    | .....                              |
|                                     | .....             |        |    |    |    | .....                              |
|                                     | .....             |        |    |    |    | .....                              |
|                                     | .....             |        |    |    |    | .....                              |

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.

INP : | | | | | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|          |   |          |
|----------|---|----------|
|          | H |          |
| 25533412 |   | 21433552 |
| 00000000 |   | 00000000 |
| D        |   | C        |
| 00000000 |   | 00000000 |
| 35533411 |   | 11433553 |
|          | B |          |

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Que. NOATA SHIN Lema.

**Dr Imelda IGUE HOUNKPONOU**

Diplômée de la Faculté de Médecine de Tours

Gynécologie - Obstétrique - Echographie

Chirurgie - Stérilité du Couple

N° 1709 / ONMB / ATL 2014

Email: imelda.igue@gmail.com

Cel : 96 56 75 75 - 64 69 14 14

RDV CAB : 21 30 15 62

Cotonou, le 15.12.20



Duphas

le 15.12.20

1 up; pendant 5j

15<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> j de  
fais du  
cycle pendant 3 mois

T = 12.200<sup>F</sup>

**Dr. IGUE Imelda**  
Gynécologue Obstétricien  
Tél 96 56 75 75  
N° 1709 / ONMB / ATL / 2014

consultation Gyneco  
+  
Echographie pelvienne

REÇU No.

23

MONTANT 35.000 F

DATE 15/12/2020

Reçu de EL MOATASSIM Sana

**PAYE**

de Trente cinq mille francs la somme

Signature



# Pharmacie CAMP GUEZO

EACHANHOUM KINKING tel 21 31 35 55 08 BP795

IFU 3200709015618 COTONOU

Ticket : **IM067910**

15-12-2020 10:55

NBRE PRODUITS = 4

MANSILA SANDRIN / Caissière: SODINHESSI CATHERINE

(A) DUPHASTON 10MG  
B/10 COMP PRC

2550 \* 4 10200

Groupe Tax

Montant HT

Montant TTC

A-EXO

10200

B-Tax

0

0

Montant TVA

0

Total à payer:

10 200

Mode paiement

Espèces 10200

Mode paiement 2

**ESP DONNE: 15000**

**Reliquats: 4800**

CODE MECEF DGI

**6GUK-EGGQ-EFYV-15XZ-VPCG-BTBD**

NIM

ED04000028

Compteurs

**17227/17580 FV**

Heure:

15/12/2020 10:54:26



LES PRODUITS ACHETES NE SONT NI REPRIS NI  
ECHANGES

Lot:  
Fab.:  
Exp:



360617  
12 2019  
11 2024



10 comprimés  
pelliculés

voie orale

*Duphaston*  
10 mg Dydrogestérone

CampGuezoTel:21313555  
DUPHASTON 10MG B/10 COMP



011790  
C08 00101220

2550 F

Lot:  
Fab.:  
Exp:



360617  
12 2019  
11 2024



10 comprimés  
pelliculés

voie orale

*Duphaston*  
10 mg Dydrogestérone

CampGuezoTel:21313555  
DUPHASTON 10MG B/10 COMP



011790  
C08 00101220

2550 F

Lot:  
Fab.:  
Exp:



360617  
12 2019  
11 2024



10 comprimés  
pelliculés

voie orale

*Duphaston*  
10 mg Dydrogestérone

CampGuezoTel:21313555  
DUPHASTON 10MG B/10 COMP



011790  
C08 00101220

2550 F



Lot:  
Fab.:  
Exp:



360617  
12 2019  
11 2024



# Duphaston

10 mg Dydrogestérone



10 comprimés  
pelliculés

voie orale

CampGuezoTel:21313555  
DUPHASTON 10MG B/10 COMP



011790  
C08 00 101220

2550 F