

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

- 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.
 - L'accord préalable est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Langue Purée AIP et AIC

- 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.



Déclaration de Maladie

Nº W21-608470

58.8°^b

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		RAY	
Matricule :	10926	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AOUANI Adel			
Date de naissance :		10/12/1973	
Adresse : 4914 quatuor locatiers, Cotonou, Bénin			
Tél. : 002292597972		Total des frais engagés :	
Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> Dr. HOUSSOU BIENVENU HEMATOLOGUE 1105/ONMB/ATL/2012 </div>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :		28/01/2021	
Nom et prénom du malade :		AOUANI Adel	
Age:		47a	
Lien de parenté :		<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :		Anémie ferriprive, anémie mégaloblastique	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Je suis sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare être au courant de la clause relative à la protection des données personnelles. 091

à: Geforce

• nature de l'adhérent(e) :

Le : 29/01/2021

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
8/1/21	C			INP :

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/10/2011		76,68 € HTA

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 PROTHESSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="text-align: center;"> H <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> G </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
		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"/>												



REPUBLIQUE DU BENIN
MINISTERE DE LA SANTE
CENTRE NATIONAL HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE HUBERT K. MAGA
CNHU-HKM

DEMANDE D'EXAMENS

[de laboratoire d'Analyses
[Electro Cardiogramme
[Radiologie

Titre Externe

Nom AOVANI

Prénoms Adil

Age 47ans

Service ou Médecin demandeur CUMAS

Diagnostic

Nom de la jeune fille :

Test de COVID19
pour voyage

Le 28/11/21

Le Médecin Traiteur

Le

Le Chef du Service

DAHOUSOU BIENTON
HEMATOLOGUE
11500 MBAYA
01 BP / 386 Cotonou / Tél.: (00229) 21 30 01 55 - 21 30 06 56



Ministère de la Santé Centre de Surveillance Sanitaire - BÉNIN

Reference du compte #5707499663

01 BP 882 - Cotonou

+229 21 33 21 78

sante.infos@gouv.bj

Reçu
N° Reçu FEDAR-546488
Référence trx_TpA_1611906017384
Date 29-01-2021 08:40 GMT
Moyen de paiement Mobile Money MTN Benin - +229 51 79 25 36

76687.0 CFA payé le 29-01-2021 08:08

Description	Quantité	P.U	Montant
Paiement taxe COVID DEPART	1	76687.0 CFA	76687.0 CFA
		Subtotal	76687.0 CFA
		Montant payé	76687.0 CFA

Autres informations

Passagers R00043211 ; AOUANI ; Adil

Motif DEPART

Formule VIP

* Pour toute réclamation, plainte ou suggestion, veuillez contacter Ministère de la Santé Centre de Surveillance Sanitaire - BÉNIN au +229 21 33 21 78 ou par email au sante.infos@gouv.bj. Si vous n'avez pas satisfaction, contactez l'équipe FedaPay au +229 69 68 11 84, ou envoyez un email à support@fedapay.com ou encore écrivez sur le tchat du site www.fedapay.com.