

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-414380

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **10926**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **AOUANI ADIL**

Date de naissance : **10/11/1973**

Adresse : **Cotonou (Bénin)**

Tél. : **0022995972730**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

TELE 1325 (229) 8888 34 85
Médecin engagé
D. A. KOKO ETI TO GABI BEN ROMEO
EL MOUTASSIM SANA

Date de consultation : **22/09/2019**

Nom et prénom du malade : **EL MOUTASSIM SANA** Age : **36 ans**

Lien de parenté : **Lui-même**

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un 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 à caractère personnel.

Fait à : **Cotonou, Bénin**

Le : **28 OCT 2019**

Signature de l'adhérent(e) :

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

ACCUEIL
Le : **28 OCT 2019**

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
22/09/19				INP : <input type="text"/> CLINIQUE POLYVALENTE MAKOURA Dr AKOGBETO Gabi ROMA Médecin Diplômé d'Etat NMB / ANM / 2019

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>CHIQUE MAURICE</i> <i>LABORATOIRE D'ANALYSES</i> <i>PHYSIQUE - MEDICALES</i>			<i>140000CF</i>



CLINIQUE MAHOUNA
LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES
B.P. 2163 - TEL 95 42 54 50
PATTE D'OIE - COTONOU

Nom EC MOUASSIN
Prénoms SANA
Age 36ans
Médecin demandeur
Diagnostic

Résultats d'Examens Biologiques

- MFS
- Colovirie
- CPEDD

[Handwritten signature]
CLINIQUE POLYVALENTE MAHOUNA
Dir. AKOGBEDO Gabin Roméo
Médecin Diplômé d'Etat 19
N° 1225 ONMB LATL 1/2013
N° 1225 ONMB LATL 39 AF
TEL: (225) 55 22 00 45
Médecin Traitant

....., Le

Signature



CLINIQUE POLYVALENTE MAHOUNA

Gynécologie - Obstétrique - Médecine

Pédiatrie - Chirurgie - Laboratoire

B.P. : 2163 - Tél. : 21 30 14 35 Lot 14 "Patte d'Oie"

Cel. : 95 06 23 88 / 97 07 44 24

Cotonou (Rép. du Bénin)

Reçu

№ 108176

CPM

Reçu de M.

EL NOATASSIR

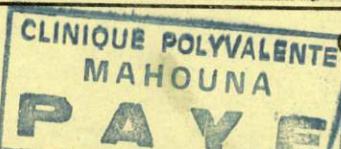
Sakha

La Somme de :

Quatorze mille F CFA

POUR	PRESTATIONS	MONTANT	QUATE-PART
	CONSULTATION		
	ANALYSES	14 000	
	ECHOGRAPHIE / RADIO / AUTRES		
	FOURNITURES ET / OU SOINS		
	FORFAIT DE SALLE / BLOC		
	AUTRES / ACOMPTE-SOLDE réf. :		
	TOTAL	14 000	

Reste pour solde



Cotonou, le

22-09-19

Les Frais de Consultation sont valables 10 jours pour la même affection





CLINIQUE POLYVALENTE MAHOUNA

Nom : EL MOATASSIM
Prénom : Sana
Sexe : F
Age : 36 ans

Dr :
 Prélevé le : 22/09/2019

RESULTATS D'EXAMENS BIOLOGIQUES

HEMATOLOGIE

	Valeurs Patient	Normes
Hémogramme		
Hématies	4,17	4,00-5,00 T/l
Hémoglobine	12,0	12-16 gr / dl Homme 11,5-16,0 gr/dl Femme
Hématocrite	36,6	35-50 %
V.G.M.	81,9	80-95 fl
TGMH	26,8	24-31 pg
CCMH	32,8	32-36 %
Plaquettes	309	150-400 G/l
Leucocytes	7,9	3,00-8,0 G/l
Formule hémato-leucocytaire		
Neutrophiles	41 %	1,5-6,0 G/l
Eosinophiles	02 %	0,15-0,40 G/l
Basophiles	00 %	0,05-0,15 G/l
Lymphocytes	46 %	1,5-4,0 G/l
Monocytes	11 %	0,2-0,8 G/l

GOUTTE EPAISSE / DENSITE PARASITAIRE

Goutte Epaisse : Recherche Parasitaire **Négative**

BIOCHIMIE- SANG

	Valeurs Patient	Valeurs normales
Calcémie	91	88 - 102 mg/l

Cotonou le 22/09/2019

Le Biographe

CONTACT LABORATOIRE
 95 42 54 50
 labomahouna@yahoo.fr

