

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

- 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.

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° 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 : 10/12/1973
 Adresse : Cotonou (Benin)
 Tél. : 002895972730 Total des cotisations engagées : 14000 XOF

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/09, 2019
 Nom et prénom du malade : EL MOATASSIM SANA Age : 36 ans

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

Nature de la maladie : ☐ Traumatisme ☒ Maladie chronique (Diabète)

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 : Cotonou, Benin

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



[illegible]

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

INP : [] [] [] []

CLINIQUE POLYVALENTE MARNOUILLÉ
Dr. AKOGBETO Gabin Roméo
Médecin Diplômé d'Etat
N° 1325 / ONMB / A / 2012
TEL : (229) 22 72 72 72

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 <i>[Signature]</i>			14000,- FA

14000CFa

[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

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"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> B </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CLINIQUE MAHOUNA
LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES

B.P. 2163 - TEL 95 42 54 50
PATTE D'OIE - COTONOU

Nom..... EC MOATASSIN
Prénoms..... SANA
Age..... 36 ans
Médecin demandeur.....
Diagnostic.....

Résultats d'Examens Biologiques

- MFS
- Colerrie
- GFDL

CLINIQUE POLYVALENTE MAHOUNA
Dr AKOGBEDO Gabin Roméo
Médecin Diplômé d'Etat
N° 1253 ONMB / ATL / 2013
TEL: (229) 95 31 55
Le 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

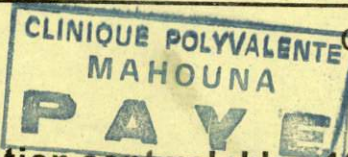
N° 108176

CPM

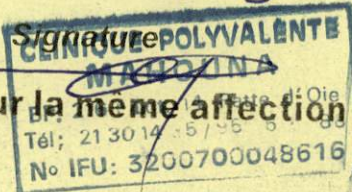
Reçu de M. EL MOATASSIN Sang
La Somme de : Quatorze mille F CFA

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 hémoleucocytaire		
Neutrophiles	41 % 3,239	1,5-6,0 G/l
Eosinophiles	02 % 0,158	0,15-0,40 G/l
Basophiles	00 % 00	0,05-0,15 G/l
Lymphocytes	46 % 3,634	1,5-4,0 G/l
Monocytes	11 % 0,869	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 Biologiste

CONTACT LABORATOIRE
95 42 54 50
labomahouna@yahoo.fr

