



Tél : 21 30 11 48 - 97 97 60 71 - 01 BP 3128 République du Bénin

FEUILLE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

SOUSCRIPTEUR :
ASSURE : Téléphone :
N° Matricule : E-mail :

PIECES DEPOSEES

	LIBELLE	QUANTITE
	RECUS/TICKETS DE CAISSE/FACTURES	
	FEUILLE DE SOINS POUR PREFINANCEMENT	
	ORDONNANCES MEDICALES	
	BONS D'EXAMENS	
	RAPPORTS MEDICAUX/COMPTE RENDU	
	AUTRES	
	TOTAL	

DECOMPTE DE REMBOURSEMENT

N°	NATURE PRESTATIONS	MONTANT PAYE	TAUX DE REMBOURSEMENT	MONTANT RECLAME
TOTAL				

Cotonou, le
Signature de l'Assuré