

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 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.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

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 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

W21-833691

200349

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13208 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AIT FAKIR Soufiane

Date de naissance : 26/03/1996

Adresse : 507 Avenue Basako, Résidence vicinia

Gombe, Kinshasa - RDC

Tél. : +243818262925 Total des frais engagés : 28000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : AKIL Basma Age :

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

Nature de la maladie : Implant Dentaire

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Kinshasa Le : 06/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie W21-833691

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

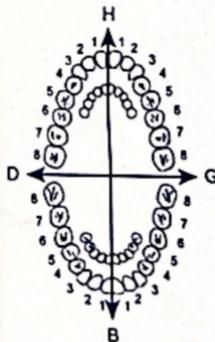
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
<p>H G B D</p>	BG	7	Implant		8000	<input type="text"/>
	BG	6	Implant		8000	<input type="text"/>
	BD	6	Implant		8000	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	BG	7	Extraction	0.713	500	<input type="text"/>
	BG	6	"	0.713	500	<input type="text"/>
	BD	6	"	0.713	500	<input type="text"/>
			+ 2CC			<input type="text"/>
			d'OS allogène		2500	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
						FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="text-align: center;"> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <th colspan="2" style="padding: 5px;">H</th> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: left; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: left; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="padding: 5px;">D ————— G</th> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: left; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: left; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="padding: 5px;">B</th> </tr> </table> </div>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D ————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		<p style="text-align: center;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>						
H																						
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
D ————— G																						
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
B																						
	<table style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%; text-align: center; padding: 5px;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</th> <th style="width: 30%; text-align: center; padding: 5px;">Montant des Honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="height: 30px;"></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 30px;"></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 30px;"></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 30px;"></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 30px;"></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 30px;"></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 30px;"></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 30px;"></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 30px;"></td><td></td></tr> </tbody> </table>	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires																			<p style="text-align: center;">MONTANTS DES SOINS</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: center;">DATE DU DEVIS</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: center;">DATE DE L'EXECUTION</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CSH

Congo Smile Hospital

Av.24 novembre, centre Infinity N'102 -

Client: BASMA AKIL

Birth date: 04/12/1995

Adress: Gombe, Kinshasa

Phone number: 00212623585953

Date: 03/02/2024

Prepared by: Dr. Ibrahim Assi

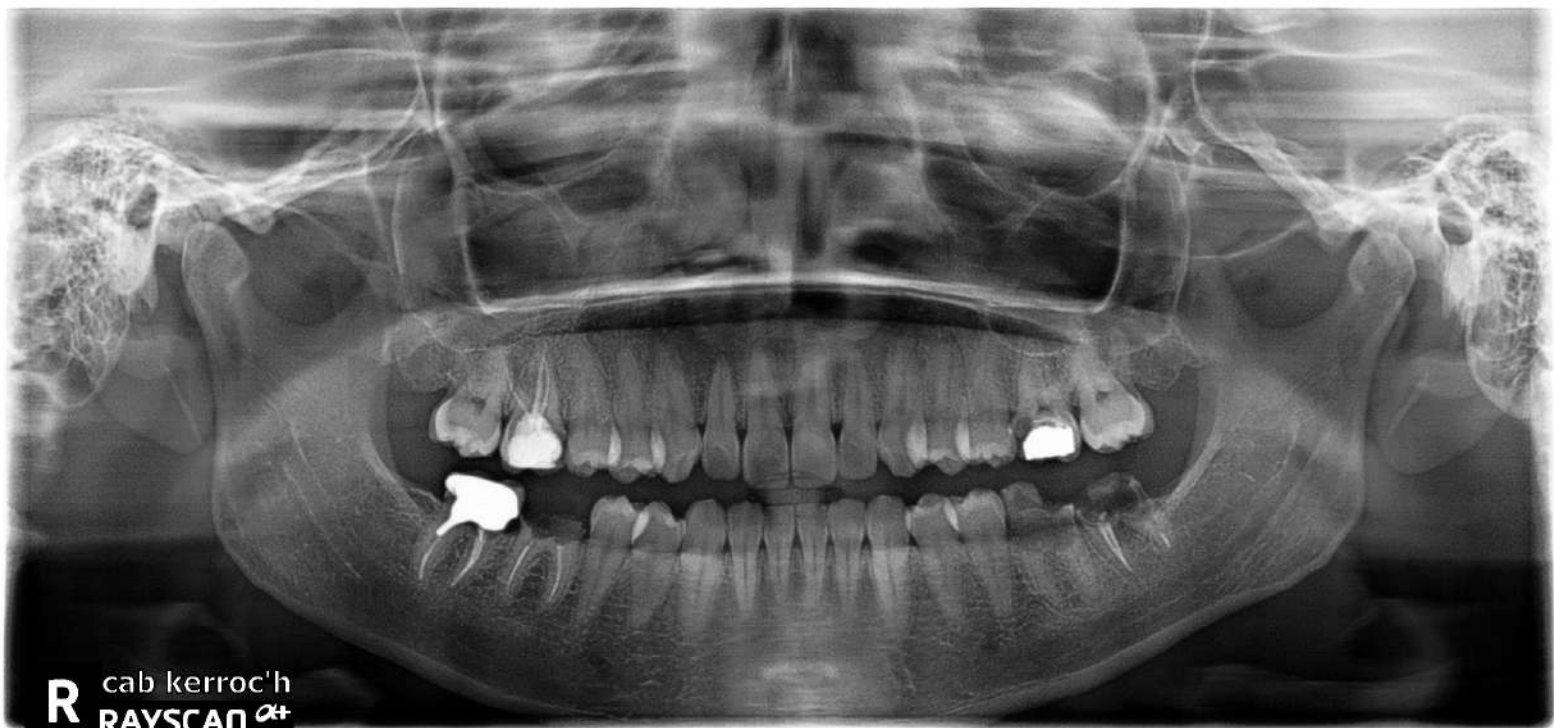
PROFORMA n'024-23

Treatment	Description	QTY	Unit price	Total
EXTRACTION	DENTS FRACTUREES DOIVENT ENLEVEES	3	50 \$	150.00
IMPLANT	FIXTURES ARTIFICIEL EN PLACE DE DENT	3	800 \$	2,400.00
L'OS	L'OS ALLOGENE	2	125 \$	250.00
Total (USD)			\$	2,800.00

Total (USD): DEUX MILLES HUIT CENTS DOLLARS

Ibrahim Assi





R cab kerroc'h
RAYSCAN ^{α+}

AKIL Basma