

## 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 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 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° W19-414406

6220

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10926

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AOUANI ADIL

Date de naissance : 10/12/1973

Adresse : Cotonou (Bénin)

Tél. : 00229 95972730

Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr 6 / Meriem DENTISTE  
Rue ... / Ibnou ElKhatib  
N° 7 / 1 - El Jadida  
Tel : 05 22 20 45 45

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/08/2019

Nom et prénom du malade : EL MOATASSIM SANA

Lien de parenté :  Lui-même

Nature de la maladie : gingivite

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, Bénin

Signature de l'adhérent(e) :



ACCUEIL  
Le : 22/08/19

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
				INP : [REDACTED]

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

AUXILIAIRES MEDICAUX		Nombre				Montant détaillé des Honoraires
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	AM	PC	IM	IV	
[REDACTED]						
[REDACTED]						

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <i>A161771082</i>
	<i>dentalay D78 D12 dental CB</i>			Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS <i>300,00 DH</i>
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX
	H	25533412 21433552 00000000 00000000	G	MONTANTS DES SOINS
	D	00000000 00000000 35533411 11433553	B	DATE DU DEVIS
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

*Dr CHKAIR Meriem  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Rue Lissouni 1 - Sada 1 - El Jadida  
N° 723 - 38.77.17  
Tél : 05.23.38.77.17*

Dr CHKAIR meriem  
Chirurgien Dentiste  
7 bis rue lissaddine ibn  
elkhatib aassaada 1

24000 eljadida

Tél: 05 23387717

ICE: 0019799016000085  
INP: 114177082  
IF: 118809345



CABINET DENTAIRE

## Facture N°: 108-F-2019

Date : 22/08/2019

ELMOATASSIM sana

Nom de l'acte	Code	Lettre clé+Coeff	Dent(s)	Montant
Séance de détartrage complet sus et sous-gingival	D708	D 12	32	300,00 DH
<b>TOTAL</b>				<b>300,00 DH</b>

Mode règlement :

Arrêté le montant de la facture à la somme de :

Trois cent DH

Signature du praticien

DR CHKAIR Meriem  
CABINET DENTAIRE  
7 bis rue lissaddine ibn Elkhatib  
aassaada 1 - El Jadida  
Tél: 05 23387717