

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 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 une fois par an.

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

W21-832941

201967

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 9332 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : IGHMOUR Boujemaa

Date de naissance : 02 - 02 - 71

Adresse : Avenue cheikh Diop Residence

Ocean CP 20 - DAKAR

Tél. : +221 784 748 113 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ELMARSUET HIND Age: 46 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Traitement canalaire, Cari et maladie

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 : DAKAR Le : 16/03/2024

Signature de l'adhérent(e) : JF

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

W21-832941

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 : 9332

Nom de l'adhérent(e) : IGHMOUR

Total des frais engagés : 35000 Fcfa

Date de dépôt :

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
.....
.....
.....
.....

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		Consultation		20 000	<input type="text"/>
		Panoramique		30 000	<input type="text"/>
		détartrage		50 000	<input type="text"/>
		Fluor		30 000	<input type="text"/>
	14	Traitement Complémentaire		100 000	<input type="text"/>
					<input type="text"/>
		14 composite		40 000	<input type="text"/>
		14 Fraise de verre		20 000	<input type="text"/>
		Dr Ali EL HUSSEINI Chirurgien Dentiste Tel: +221 77 459 28 84 Dakar - Sénégal		350.000	<input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/>
		H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	<input type="text"/>
		(Création, remont, adjonction)		Montant des Honoraires	<input type="text"/>
		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

16/01/2024

Facture N° 2039

À
-1 HIND ELMARGUET

Acte	Dent	Indice	Coeff.	Tarif
consultation		1 200	16,60	20 000 CFA
radiographie panoramique		1 200	25,00	30 000 CFA

Total à Payer FCFA 50 000 CFA

Dr Ali EL HUSSEINI
Chirurgien Dentiste
Tél: +221 77 459 28 84
Dakar - Sénégal


PAYÉ
Dr Ali EL HUSSEINI

Clinique dentaire Dr Ali EL Husseini

+221 77 459 28 84

58 Bis, rue Jules
Ferry, Dakar, Sénégal

www.dralielhusseini.com
drhusseiniali@gmail.com



16/02/2024

Facture N° 2181

À

-1 HIND ELMARGUET

Acte	Dent	Indice	Coeff.	Tarif
détartrage		1 200	41,60	50 000 CFA
Application de Fluor		1 200	25,00	30 000 CFA

Total à Payer FCFA 80 000 CFA

Dr Ali EL HUSSEINI
Chirurgien Dentiste
Tél: +221 77 459 28 84
Dakar - Sénégal

PAIEMENT
Dr Ali EL HUSSEINI

Clinique dentaire Dr Ali EL Husseini

+221 77 459 28 84

58 Bis, rue Jules
Ferry, Dakar, Sénégal

www.dralielhusseini.com
drhusseiniali@gmail.com



13/03/2024

Facture N° 2280

À
-1 HIND ELMARGUET

Acte	Dent	Indice	Coeff.	Tarif
traitement canalaire	14	1 200	83,30	100 000 CFA
composite	14	1 200	33,30	40 000 CFA
Fibre de verre	14	1 200	66,60	80 000 CFA

Total à Payer FCFA 220 000 CFA

Dr Ali EL HUSSEINI
Chirurgien Dentiste
Tél: +221 77 459 28 84
Dakar - Sénégal

Dr Ali EL HUSSEINI
Chirurgien Dentiste
Tél:


PAYÉ
Dr Ali EL HUSSEINI

Clinique dentaire Dr Ali EL Husseini

+221 77 459 28 84

58 Bis, rue Jules
Ferry, Dakar, Sénégal

www.dralielhusseini.com
drhusseiniali@gmail.com

