

## 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 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 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 chekh Drop Residence

Ocean CP 20 - DAKAR

Tél : +221 784 748 73 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ELMARSUET HIND Age: 42 an

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

Nature de la maladie : Traitement canalaires, Carie et malocclusion

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) :

### VOLET ADHERENT

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 : 30000 Fcfa

Date de dépôt :



<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>				
<b>Dates des Actes</b>	<b>Natures des Actes</b>	<b>Nombre et Coefficient</b>	<b>Montant détaillé des Honoraires</b>	<b>Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes</b>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

[illegible]

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

[illegible]

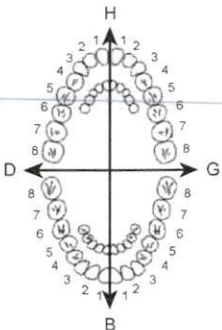
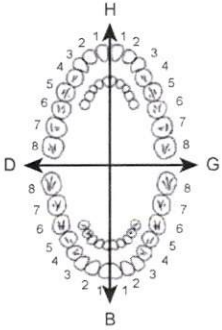
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ 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	
		Panoramique		30 000	
		détartrage		50 000	MONTANTS DES SOINS
		Fluor		30 000	
		14 Traitement canalaire		100 000	DEBUT D'EXECUTION
		14 composite		40 000	
		14 Façonne de verre		80 000	
					FIN D'EXECUTION
	Dr Ali EL HUSSEINI Chirurgien Dentiste Tel: +221 77 459 28 84 Dakar - Sénégal			350.000	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              00000000              35533411              B           </div> </div>				Coefficient DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montant des Honoraires	
					MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		consultation		20 000	
		Panoramique		30 000	
		diagnostic		50 000	MONTANTS DES SOINS
		Fluor		30 000	
	14	Traitement canalaire		100 000	
					DEBUT D'EXECUTION
	14	composé		40 000	
	14	Fabric de verre		80 000	
					FIN D'EXECUTION
		Dr Ali EL HUSSEINI Chirurgien Dentiste Tel: +221 77 459 28 84 Dakar - Sénégal		350.000	

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412    21433552 00000000    00000000 <hr/> D                  G 00000000    00000000 35533411    11433553 B		<input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b>	<b>Montant des Honoraires</b>	MONTANTS DES SOINS
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<input type="text"/>
			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

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  
Tel: +221 77 459 28 84  
Dakar, Sénégal

**PAYÉ**  
Dr Ali EL HUSSEINI

**Clinique dentaire Dr Ali EL Hussein**

+221 77 459 28 84

58 Bis, rue Jules  
Ferry, Dakar, Sénégal

[www.dranielhusseini.com](http://www.dranielhusseini.com)  
[drhusseiniali@gmail.com](mailto:drhusseiniali@gmail.com)



16/02/2024

## Facture N° 2181

À  
-1 HIND ELMARGUET

Acte	Dent	Indice	Coeff.	Tarif
detartrage		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

PAÏÉ  
Dr Ali EL HUSSEINI

**Clinique dentaire Dr Ali EL Hussein**

+221 77 459 28 84

58 Bis, rue Jules  
Ferry, Dakar, Sénégal

[www.dranielhusseini.com](http://www.dranielhusseini.com)  
[drhusseiniali@gmail.com](mailto: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: +221 77 459 28 84  
Dakar - Sénégal

 **PAYÉ**  
Dr Ali EL HUSSEINI

**Clinique dentaire Dr Ali EL Hussein**

+221 77 459 28 84

58 Bis, rue Jules  
Ferry, Dakar, Sénégal

[www.dranielhusseini.com](http://www.dranielhusseini.com)  
[drhusseiniali@gmail.com](mailto:drhusseiniali@gmail.com)

