

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



204714

Déclaration de Maladie

M23- N° 0038128

☐ 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 Baso, Résidences Widia-KingBasa
R.D.C.
Tél. : +243818262925 Total des frais engagés : 6200 Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/03/2024
Nom et prénom du malade : Dasma Akil Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : 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 : 14/03/2024
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVÉ 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
14/3	RGT		120\$	
14/3	Tenon + provisoire		150\$	
14/3	canonne 2xcan		350\$	

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

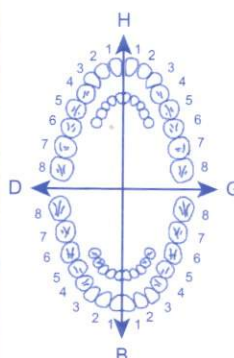
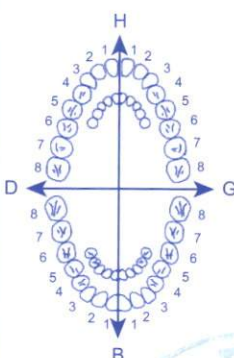
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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
	HG 6	RGT	
	HG 6	Tenon	
	HG 8	provisoire	
	HG 8	canonne 2xcan	
<div> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input type="text"/> </div>			
<div> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input type="text"/> </div>			
<div> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <input type="text"/> </div>			
<div> <div>FIN D'EXECUTION</div> <input type="text"/> </div>			
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		<div> <div>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</div> <div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D G</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>B</div> </div> <div> <div>[Création, remont, adjonction]</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div> </div>	
		<div> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input type="text"/> </div>	
<div> <div>HG-6/ provisoire</div> <div>+</div> <div>canonne 2xcan</div> </div>		<div> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input type="text" value="400\$"/> </div>	
		<div> <div>DATE DU DEVIS</div> <input type="text"/> </div>	
		<div> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <input type="text"/> </div>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





Congo Smile Hospital

Av.24 novembre, centre Infinity N°102 -

Client: BASMA AKIL

Birth date: 04/12/1995

Address: Gombe, Kinshasa

Phone number: 00243813572950

Date: 14/03/2024

Prepared by: Dr. Ibrahim Assi

FACTURE n°024-23

Treatment	Description	QTY	Unit price	Total
RCT	TRAITEMENT CANALAIRE 26	1	120 \$	120.00
FIBER POST	TENON DE RENFORCEMENT	1	100 \$	100.00
PROVISOIRE	COURONNE TEMPORAIRE	1	50 \$	50.00
ZIRCON	COURONNE PERMANANTE	1	350 \$	350.00
			\$	-
			\$	-
Total (USD)			\$	620.00

Total (USD): SIX CENT VINGT DOLLARS