

# 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.
- 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-497244

ND: 49845

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>AI</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>			
Matricule :	08731	Société : R.A.M.	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MEKKAOUI MARIA			
Date de naissance : 25/08/66			
Adresse : 9 lot AL HANAF			
Tél. : 0661162263	Total des frais engagés : ~400,00 DH		

<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : evASHF			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
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 suis au courant de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 11/02/20

Signature de l'adhérent(e) :

### 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 : 
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GOROM Avenue Jean Jaurès X Rue Amadou Assane Ndiaye	14-11-19	20.077
PHARMACIE GOROM Avenue Jean Jaurès X Rue Amadou Assane Ndiaye	06-12-19	3780

### ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

### AUXILIAIRES MEDICAUX

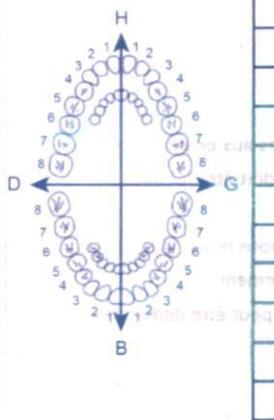
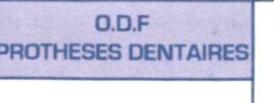
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

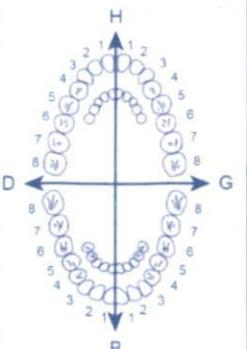
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
B		



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

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'EXEC

**Dr Hadi HAKIM**

Dermatologue-Vénéréologue  
70, Rue Amadou Assane Ndoye  
BP 22 103 Dakar-Sénégal  
Téléphone : 33 821 31 22  
RDV sur afridoctor.com  
Courriel : ninehadi@gmail.com  
Site : dermacab.net

Diplômé de Dermatologie-Vénérérologie  
de l'Université Cheikh Anta Diop  
Diplômé de Pathologies Pilaires et  
greffe de cheveux de l'Université Paris 6  
Diplômé de Dermatologie Pédiatrique  
de l'Université Nice-Sophia Antipolis  
Lasers dermatologiques

Dakar, le jeudi 14 novembre 2019

Mademoiselle OUASSIF Lina

**PRESCRIPTIONS / PRESCRIPTIONS MEDICAMENTEUSES**

Nouvel épisode créé par : Docteur HAKIM Hadi jeudi 14 novembre 2019 17:30:17 UTC

2019/11/14 17:30:17 UTC

23/11/2019

3.780 CFA



200000125600

**1. dermosone pommade**

Appliquer le soir sur les lésions autour de la bouche pendant 5 jours

**2. tolériane sensitive**

Appliquer le matin sur le visage

20057



N° au Conseil de l'ordre des médecins du Sénégal : B2009

INNOVATION

SEVERE IMPERFECTIONS  
MARKS

## EFFACLAR

DUO (+)

CORRECTIVE

UNCLOGGING CARE

ANTI-IMPERFECTIONS

ANTI-MARKS

ANTI-RECURRENCE

TESTED ON OILY  
ACNE-PRONE SKIN  
WITH LA ROCHE-POSAY  
THERMAL SPRING WATER

40 ml Made in France

3612620933711

**Dr Hadi HAKIM**

Dermatologue-Vénéréologue

70, rue Amadou Assane Ndoye

BP 22 103 Dakar-Sénégal

Téléphone : 33 821 31 22

RDV sur afridoctor.com

Courriel : ninehadi@gmail.com

Site : dermacab.net

Diplômé de Dermatologie-Vénéréologie  
de l'Université Cheikh Anta Diop

Diplômé de Pathologies Pilaires et  
greffe de cheveux de l'Université Paris 6

Diplômé de Dermatologie Pédiatrique  
de l'Université Nice-Sophia Antipolis  
Lasers dermatologiques

Dakar, le lundi 18 novembre 2019

Mademoiselle OUASSIF Lina

**PRESCRIPTIONS / PRESCRIPTIONS MÉDICAMENTEUSES**

**Nouvel épisode** Créé par : Docteur HAKIM Hadi lundi 18 novembre 2019 15:33:49 UTC

**1. doxynor 100 mg c (2)**

*1 cp le soir au milieu du repas pendant 40 jours*

**2. effaclar duo+**

*Appliquer le soir sur le visage pendant 3 mois*

**3. effaclar gel moussant**

*pour laver le visage matin et soir*



N° au Conseil de l'ordre des médecins du Sénégal

B2009

# PHARMACIE GOROM

Dr Joachim Emmanuel SARR  
23 AVENUE JEAN JAURES  
X RUE A. A. NDOYE  
DAKAR  
BP: 21691 PEYTAVIN  
TEL/FAX: 842 54 64

RECU : 19/0050097 - EAC

DATE : 4 DEC 19 - 17:46

1 DOXYNOR 100MG CP 3/20 3.780

TOTAL (5,76 EU) 3.780

1 ARTICLE(S) RECU(S)

MONTANT RECU : 10.000

MONTANT RENDU : 6.220

LES MEDICAMENTS DE LA RUE  
C A T U E ! ! !

# PHARMACIE GOROM

Dr Joachim Emmanuel SARR  
23 AVENUE JEAN JAURES  
X RUE A. A. NDOYE  
DAKAR  
BP: 21691 PEYTAVIN  
TEL/FAX: 842 54 64

RECU : 19/0047060 - EAC

DATE : 14 NOV 19 - 17:39

1 DERMOSONE 0,05% POM T/15G	1.274
1 TOLERIANE SOIN PROT APAIS	18.783
TOTAL (30,58 EU)	20.057
DONT TVA	2.865

2 ARTICLE(S) RECU(S)

MONTANT RECU : 20.057

LES MEDICAMENTS DE LA RUE  
C A T E F ! ! !