

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.



Declaration de Maladie

N° W19-541163

65302

Maladie

Dentaire

Optique

A

Matricule :

10330

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENDAOUB KHALID

Date de naissance :

22/11/1974

Adresse :

N° 201, THE VILLAGE - KOLOLI - GAMBIE

Tél. :

220 33 66663

Total des frais engagés :

2850 GNF

Cadre réservé au Médecin

AMBULANCE MEDICAL CENTRE

KOLOLI K.S.M.D

THE GAMBIA

TEL: +221-4460934

Date de consultation :

01/02/2021

Nom et prénom du malade :

KHALID Bendaoud Age: 46

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

consultation et X-ray

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'at

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 01/02/21

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-541163

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 10330

Nom de l'adhérent(e) : Khalid.

Total des frais engagés : 2850 GNF

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
01/02/21	exams cr + classif very (80)		1000.00	INP : LAMIBRG MEDICAL CENTRE KOLLI K.S.M.D THE GAMBIA TEL: +227-1460934

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
les	1/2/21	5850 - 00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
	Feb 1, 2021 Feb 9, 2021		500 Dollars 500 Dollars

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

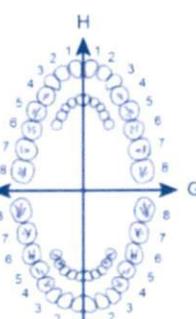
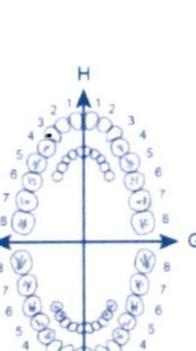
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS														
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION														
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS														
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS														
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



WEST AFRICA HOLISTIC MEDICAL CENTER

Brufut Gardens, West Coast Region, The Gambia
Mob: (+220) 766 36 40 | 326 59 59 | 793 41 10

No 1000943

Date: 01/02/21

RECEIPT

Received from: Khalid Bendaoud

The sum of five Hundreds Dalasis

Being payment for X Ray

D 500

Chq Cash Chq No _____



Signature



WEST AFRICA HOLISTIC MEDICAL CENTER

Brufut Gardens, West Coast Region, The Gambia
Mob: (+220) 766 36 40 | 326 59 59 | 793 41 10

RECEIPT

No: 1000886

Date: 9/02/21

Received from: BEN ADOUD KHALID

The sum of Five Hundreds Dalasis

Being payment for X Ray

D 500

Chq Cash Chq No _____

Wawa

Signature

LAMTORO MEDICAL CENTRE - KOLOLI

X RAY REQUEST FORM

NAME Khalid Bendason	ADDRESS Pajara	Date: 01/02/21	OPD WARD	HOSP. NO
		SEX: M		
		AGE: 42yrs	X	

Chest x-ray (OP)
(RTI)

X-RAY NO.

.....
AS or BSY
Mangat

Doctor's Signature

DATE

RADIOLOGIST'S REPORT

.....
Radiologist's Signature.

33 66669

LAMTORO MEDICAL CENTRE - KOLOLI

X RAY REQUEST FORM

NAME BENDAOUD KHAHD	ADDRESS Pajava	Date: 9/02/21	OPD WARD	HOSP. NO
		SEX: M		
		AGE: 18		

Chest x-ray (DP) [condit.]
(Hesbig Bronchitis)

X-RAY NO.

AS Dr. Bach
Mouffar

Doctor's Signature

DATE

RADIOLOGIST'S REPORT

Radiologist's Signature.

STOP STEP SENEGAMBIA

PHARMACY

Salesman : MORNING

1	CORTANCYL 20MG PKX20T	400
1	AZITHROMYCIN 500MG PKX	450

ALL TAX INCL 850
Total no tax : 850

CASH 850 DALASIS

LUNDI 1 FEVR 2021 - 13:31

Service compris - Merci de votre visite

LAMTORO MEDICAL CENTRE



BADALA PARKWAY

KOLOLI K.S.M.D

THE GAMBIA

TEL: 4460934 FAX: 4462777

PRESCRIPTION SHEET

NAME: Khalid Benda and
ADDRESS: Fajara

DATE

① Azithromycin 500g
1 daily x $\frac{3}{7}$

② Cefotaxime 120g
1 10g x $\frac{5}{7}$

01/02/21

(Dr B)
monday