

## 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.

MUPRAS : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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

N° W21-773523

240888

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)	Société :	
Matricule : 5316	P. A. 17	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :
Nom & Prénom : JABER Mohamed		
Date de naissance : 31.12.1958		
Adresse : route 9 N° 169 Latissent Sidi Abdellah OULAA 078A		
Télé : 06 34 61 62 49	Total des frais engagés : 200823 FCFA	Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : VININ 2021	
Date de consultation : 28.11.2021	Age : 68 ans
Nom et prénom du malade : M. JABER 70	
Lien de parenté : <input checked="" 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 déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles,

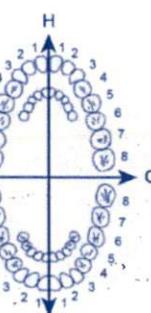
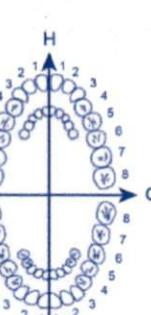
Fait à : DAKAR

Le : 28.11.2021

Signature de l'adhérent(e) :

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28/11/22	IEP 1 Cervicale	19 400 FCFA
	29/11/22		

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																									
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																									
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																									
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																					
		<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>																							
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/> <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/> <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																							
<b>O.D.F PROTHESSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-top: none;"></td> <td style="border-top: none;"></td> <td style="border-top: none;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G	25533412	21433552		00000000	00000000					D		B	00000000	00000000		35533411	11433553	
H		G																							
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		B																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/> <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/> <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																							
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																									
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																									

## PHARMACIE SIGNARA

Dr. Oumar MBAYE

## Pharmacien

Km 4.5 Avenue Cheikh Anta Diop

T : 33 864 02 50 - B.P. 15076

R. C. SN-DKR 2004-A-19486 - NINEA : 002461273-R

## **DAKAR (Senegal)**

Part 1

29/11/

## FACTURE

№ 319955

M. John Doe 1001



Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

**CENTRE HOSPITALIER NATIONAL  
UNIVERSITAIRE DE FANN**

Tél. : +221 33 869 18 18 - DAKAR

SERVICE DE :

*Neurologie*

Date ..... 08/11/2022  
Prénoms ..... Nourane  
Nom ..... Jaski  
Age ..... 66 ans  
Adresse ..... 66a  
N° .....

**ORDONNANCE**

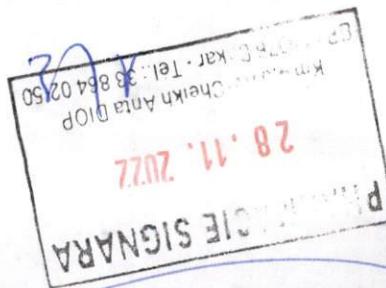
①

Tanganil

3893

1865

mg x 30



*Dr Serigne Abdou Aziz FALL  
Neurologue  
CHU FANN*

*Ramener l'ordonnance à la prochaine visite*

• Patch cutané : OUI NON \*Autre (préciser)

\*INDICATIONS CLINIQUES

Syndrome vertigineux

Hépatite

Syndrome pyramidal des 4 membres

\*EXAMENS PREALABLES (Echographie TDM à joindre au dossier)

\* VOTRE PATIENT POURRA - T - IL COOPERER ?  OUI  NON

\* EST - IL VALIDE ?  OUI  NON

\* ALLERGIE  OUI  NON

\* ANTECEDENTS (médicaux et chirurgicaux)

**EXPLORATIONS DEMANDEES**

Anjio IRM			Moelle		
Crâne et contenu		P	Racine dorsal		
Rachis cervical			Hanche	D	G
Rachis lombaire			Genou	D	G
Epaule	D	G	Cœur, vaisseaux		
Abdomen			Pharynx, Larynx		
Pelvis			Autre (préciser)		
orbites					

**INFORMATIONS ATTENDUES DE L'EXAMEN :**

AUC ???  
TUC ???

Dr Serigne Abdou Aziz FALL  
Neurologue  
CHU FANN



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE FANN  
CLINIQUE DES NEUROSCIENCES  
IBRAHIMA PIERRE NDIAYE

\*\*\*\*\*

Chef de Service : Pr Amadou Gallo DIOP  
B.P. 5035 - DAKAR – SÉNÉGAL - Tél. : (221) 33 824 00 82

DEMANDE D'EXAMEN D'IMAGERIE PAR RESONNANCE MAGNETIQUE

Date de la demande : 28/11/2020 Médecin prescripteur Dr Fall  
Adresse du prescripteur Neurologie  
Téléphone :  
Nom du Patient : Noham d  
Patient hospitalisé :  
Date de naissance 66 ans  
Profession : Retraité  
Adresse du patient : Fann Hoch  
Télécopie :  
Prénom : Jaber  
patient externe  
Sexe : M / F  
Poids :  
téléphone : 77 560 89 19

(Contre- indications (relatives ou absolues) : A REMPLIR IMPERATIVEMENT

- |   |     |     |                         |     |     |
|---|-----|-----|-------------------------|-----|-----|
| • Claustrophobie                                  | OUI | NON | .Travailleur des métaux | OUI | NON |
| • Stimulateur Cardiaque                           | OUI | NON | .Clips Neurochirurgical | OUI | NON |
| • Matériel vasculaire<br>(clip, Stent, coil...)   | OUI | NON | .valve cardiaque        | OUI | NON |
| • Prothèse auditives                              | OUI | NON | *Valve cardiaque        | OUI | NON |
| Eclats Métalliques                                | OUI | NON | *Suture métalliques     | OUI | NON |
| • Matériel chirurgical                            | OUI | NON | *Grossesses             | OUI | NON |
| • Orthodontie ; ostéosynthèse....( préciser date) |     |     |                         |     |     |



**Radiographie – Mammographie - Echographie Doppler  
Panoramique dentaire – Scanner – Radiologie interventionnelle**

## ANGIO-IRM CEREBRALE

Prenom(s) et nom :	MOHAMED JABER	Age : 66 ans	Examen du 28/11/2022
Indication clinique :	SYNDROME VERTIGINEUX-ATAXIE -SYNDROME PYRAMIDAL DE		
Prescripteur :	DR FALL		

### ECHNIQUE : Examen réalisé sur une IRM haut champs 1,5T Siemens Aera.

Coupes sagittales en T1 suivies de coupes axiales transverses en différentes pondération : T2SE, Flair, T1SE, T2 hémo, Diffusion. Séquence 3D TOF. Après injection de gadolinium, une acquisition volumique a été réalisée centrée sur le crâne.

### RESULTATS

Pas d'anomalie de signal significative en foyer parenchymateux sur toutes les séquences.

Pas d'hémosidérine sur les séquences de susceptibilité magnétique.

Absence de processus expansif intracrânien.

Système ventriculaire normal.

Structures médianes en place.

Espace péri cérébral virtuel.

Polygone de Willis complet sur les séquences TOF.

### CONCLUSION :

IRM cérébrale normale.

Absence d'anomalie pouvant expliquer la symptomatologie.

Intérêt d'une IRM médullaire pour une meilleure exploration.

DR IBRAHIMA DIAKHATE

**MEDICS SARL**  
**CENTRE D'IMAGERIE DIAGNOSTIQUE ET**  
**INTERVENTIONNELLE DE SOUMBEDIOUNE**

*Radiographie – Mammographie - Echographie Doppler  
Panoramique dentaire – Scanner – Radiologie interventionnelle*

**FACTURE N° : 00903 - 11/2022**

DU 28/11/2022

Prénom(s) : MOHAMED

Nom : JABER

Examen	Montant
ANGIO-IRM CEREBRALE	175 000
PRODUIT DE CONTRASTE 10 ML	22 000

Total **197 000**

Facture payée

En espèces

Chéque

Carte bancaire

**MEDICS Sarl**  
Dakar, Fann Hock  
14, Boulevard Mr Luther King  
Tél : 33 821 21 50



Arrêtée la présente facture à la somme de cent quatre-vingt-dix-sept mille F cfa