

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.

Reéducation :

- 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-775799

144 818

Maladie

Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

6419

Société :

RAM

Actif

Pensionnée

Autre

Nom & Prénom :

RASSIB SOUD

Date de naissance :

16/08/1965

Adresse :

229 lot Hay Faïh casablanca

Tél. :

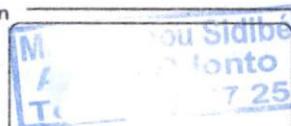
0661566363

Total des frais engagés :

23830 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin:



Date de consultation :

14/11/2022

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Extraction racine

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 :

Boumalaa

Le : 14/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

S

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MALA PHARM Le Gérant BPE 8505 / Tél 20 23 67 38 Centre Commercial Bamako Mali	Mal/15/2020	13830 FCFA

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 de l'ODF.																
<p>SOINS DENTAIRES</p>	<p>Dents Traitées</p>	<p>Nature des Soins</p>	<p>Coefficient</p>	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>		<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

MINISTÈRE DE LA DÉFENSE
ET DES ANCIENS COMBATTANTS
★ ★ ★ ★
Diréction Centrale des Services
de Santé des Armées

Centre Médico - Chirurgical
des Armées de Bamako

Service Odonto-Stomatologie

B DONTOGYL 1.5MUI/250MC
OPR B/15

6.525 FCFA



16-04 8088075 13/12/22

KINAL CODEINE BEL B/18

1.760 FCFA



MALPH 8036908 24/11/22



Kinal Codeine



Apr

1760

Bouchi ber

5515

TE 2GELUDRILPRO BAIN BOÎTE
F/500ML

5.545 FCFA



MALPH 3512143 12/12/22

PHARMACIE MALA PHARM
Le Gérant
BPE 3505 / Tél 20 23 67 38
Centre Commercial
Bamako Mali



REPUBLIQUE DU MALI
'Un Peuple - Un But - Une foi

Nom:..... RASSI D

Prénom: Sae d

Grade:.....

Date :

Ordonnance

Colon Rogyl 4 f 16
Apr 6525

Kinal Codeine f 66
Apr 1760

Bouchi ber 5515

T-138308

Traitements cont

Prière de Ramener cette fiche à la prochaine séance
Atten le FCN



OFFICINE MALAPHAR EX FOUTA
DR TRAORE
Centre commercial rue 337 p 54

BAMAKO

MALI

Tél 1 20 23 67 38
Tél 2

FACTURE N° FAC22037154

14/12/2022

16:16

Page : 1 / 1

Nom du client RASSID SAID

Libellé du produit	Qté	Prix HT	TVA	Val HT	Val TVA	Val TTC
BIDONTOGYL 1,5MUI/250MG CP/15	1	6 525	0,00	6 525	0	6 525
ELUDRILPRO B BOUCHE F/500ML	1	5 545	0,00	5 545	0	5 545
KINAL CODEINE GEL BTE/18	1	1 760	0,00	1 760	0	1 760
Total HT						13 830
Total TVA						0
Total TTC						13 830

Nombre de ligne(s) : 3

Arrêté la présente facture à la somme de : TREIZE MILLE HUIT CENT TRENTE FRANCS CFA

Pour acquit

La pharmacie



Capital : 0

N° RC : 2006-B

BDM -20401278834-27

N°Fiscal : 083319287E



MINISTÈRE DE LA DÉFENSE
ET DES ANCIENS COMBATTANTS

Direction Centrale des Services
de Santé des Armées

Reçu N° 00127

M. RASSID SAÏD

La somme de: 10.000 FCFA

Motif de Consultation: S.D.M.S.

A protése

Bamako, le 14.12.2021

Centre Médico - Chirurgical
des Armées de Bamako

Service Odonto-Stomatologie

BPF 10.000

