

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.

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 (L.G.) Fax : 05 22 22 78 18. www.mupras.com



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-775799

144 818

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6419 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RASSID SAÏB

Nom & Prénom : RASSID SAÏB

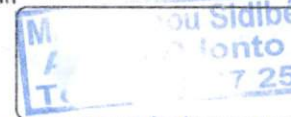
Date de naissance : 16/08/1965

Adresse : 529 lot Hay Fath casablanca

Tél : 0661566363 Total des frais engagés : 23830 Fcfa Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/12/2022

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 : Casablanca Le : 14/12/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° A.A.215/2019



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
14-19-02	Extraction + Prothese		10000 F	INF : _____ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">             Mahamadou Sidibé              AM en Odonto              Tél. 75 02 67 25           </div>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE MALA PHARM</b> Le Gérant BP 8505 / Tél 20 23 67 38 Centre Commercial Bamako Mali	20/10/2022	13830 F CFA

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	• Montant des Honoraires

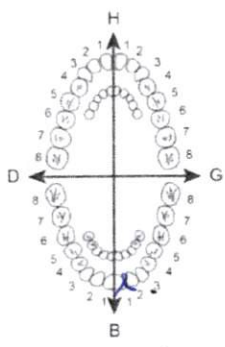
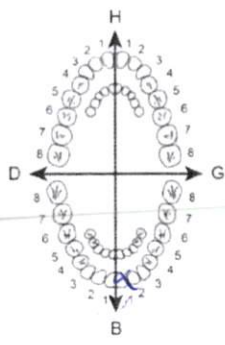
[illegible]

# RELEVÉ 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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"/>													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>26533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000300</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		26533412	21433552	00000000	00000300	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H																
	26533412	21433552															
	00000000	00000300															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MINISTÈRE DE LA DÉFENSE  
ET DES ANCIENS COMBATTANTS

\*\*\*\*\*  
Direction Centrale des Services  
de Santé des Armées

Centre Médico - Chirurgical  
des Armées de Bamako

Service Odonto-Stomatologie

REPUBLIQUE DU MALI

'Un Peuple - Un But' - Une foi

Nom: RASSIED

Prénom: Said

Grade: .....

Date: .....

Ordonnance

B DONTOGYL 1.5MU/250MG  
CPR B/15

6.525 FCFA



MLAPH 8088075 13/11/22

KINAL CODEINE GEL B/18

1.760 FCFA



MLAPH 8035908 24/11/22

Dontogyl 1.5 + 10  
Apr 6525

Kinal Codeine + 60  
Apr 1760

Bouché 5515  
soin de bouche 37

TE 20ELUDRILPRO BAIN BOCHE  
F/500ML

5.545 FCFA



MLAPH 3512143 12/12/22

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

T-13830F

Trésorerie Unité cent

Prière de Ramener cette fiche à la prochaine séance  
Membre FCM





MINISTÈRE DE LA DÉFENSE  
ET DES ANCIENS COMBATTANTS

Direction Centrale des Services  
de Santé des Armées

Centre Médico - Chirurgical  
des Armées de Bamako

Service Odonto-Stomatologie

Reçu N° 00127

BPE

M.

RASSID SAID

La somme de:

10.000 FCFA

Motif de Consultation

Souffrance

à prothèse

Bamako, le

14 / 12 / 2022

