

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

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

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8597	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BAIKI Rabia			
Date de naissance : 18/03/1968			
Adresse : RUE TIFENIT N°5 Ressources humaines CIL CASA			
Tél. : 06 64 16 374 Total des frais engagés : 400+145,70 = 545,70			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dounia Psychiatrie RAM			
Date de consultation : 11/09/2019			
Nom et prénom du malade : ARRAYECH Dumania Age:.....			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan			
Nature de la maladie : Toux			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 04 NOV. 2019			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adjudicataire conseil de la Mutuelle.			
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 : Casablanca Signature de l'adhérent(e) : Accueil siège/Ram 11/09/19			

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
21/09/19			Y 00,00	INP : Dounia Bello Salihi 412 Date psychotraitem. 21 Mars et ne 2019 05 22 86 22 07

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie N° 202 BENJELLOUN C.I.V. Sous le 3900 12-C-00	11/03/19	145,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

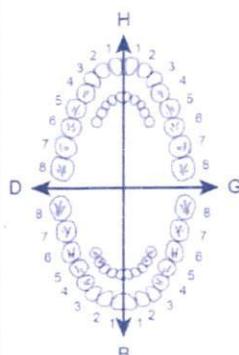
Important:

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr Dounia BELGHAZI

Psychiatrie Adulte, Adolescent

Psychothérapie cognitive comportementale

Addictologie - Tabacologie

Gestion de stress - Insomnie

Méditation - Mindfulness

Psychiatre - psychothérapeute

Anciennement au CHU Ibn Rochd, Casablanca et

CHU Brugmann, Bruxelles (Belgique)



الدكتورة دنيا بالغازي

العلاج النفسي والعقلي

العلاج النفسي المعرفي السلوكى

علاج الإدمان - الإقلاع عن التدخين

تدريب الإجهاد والأرق

التدريب الذهنی

طبيبة نفسية سابقة لمستشفى الجامعي ابن رشد الدار البيضاء

والمستشفى الجامعي بروكمان،

بروكسيل - بلجيكا

الدار البيضاء، في : Casablanca, le: 11/08/18

Dr Dounia Belghazi
Rue Larache S.11
Tél: 05 28 39 48 12 - Casablanca

36,70

n° 14633

14633

36,70

A

Xi o l 6

0 - 0 - 1/2 alt no

109,00

21 D - Kress

14633

Lot:

DS11/18

DLC:

11/2021

P.P.C : 109,00 DH

Dr. Dounia Belghazi
Psychiatre psychothérapeute
245 Amsterdam Avenue, 2nd floor, New York
Tel : 05 22 86 22 07