

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Nº P19- 0041753

Optique *27/19/27* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *7364* Société : *R.A.M*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *M. BENOUNY*

AMINÉ

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : *06 66 26 68 42*

Total des frais engagés : *621,20* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *25/02/2023*

Nom et prénom du malade : *Benni's Kasdani* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Dysplasie*

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 : *Maroc* Le : *25/02/2023*

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

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

Nº P19-041753

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
25/10/2020			400,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/21/20	221.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES TRAITS 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			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D —————	C
00000000	00000000
35533411	11433553
	B

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتورة دنيا بالغازي



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)

العلاج النفسي والعقلي

العلاج النفسي المعرفي السلوكي

علاج الإدمان - الإقلاع عن التدخين

تدبير الإجهاد والأرق

التدريب الذهني

طبية نفسية سابقة لمستشفى الجامعي ابن رشد الدار البيضاء

و المستشفى الجامعي بروكمان،

بروكسيل - (بلجيكا)

Casablanca, le : ٢٥ / ٠٢ / ٢٠٢٠ الدار البيضاء، في :

H. Benois Kasuter

110. bude

11 Sertaline 0,80 - 75

21 Alpraz 0,5

Dr. Dounia Belghazi
Psychiatre psychothérapeute
Casablanca, N° 14
Angle Bd 2 mars et Rue Amsterdam

Dr. Dounia Belghazi
Psychiatre psychothérapeute
Casablanca, N° 14
Angle Bd 2 mars et Rue Amsterdam

Dr. Dounia Belghazi
Psychiatre psychothérapeute
Casablanca, N° 14
Angle Bd 2 mars et Rue Amsterdam

Résidence Amsterdam, Angle Bd 2 mars et Rue Amsterdam

4^{me} étg N°14 (au dessus de Macdonald's) Casablanca

Tél.: +212 522 86 22 07 / E-mail : drbelghazidounia@gmail.com

إقامة Amsterdam، شارع 2 مارس وتقاطع زنقة Amsterdam،

الطريق الرابع ، الرقم 14 (فوق ماكدونالدز) - البيضاء

الهاتف: 0522 86 22 07 البريد الإلكتروني: drbelghazidounia@gmail.com