

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-601199

54539



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07364

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MENECHY AMINE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 600 + 229,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BENNIS KABUIA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affectif psych. /

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un emblème 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 : 05/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :

DRISS BELGHAZI, PSYCHIATRE PSYCHOTRAUMATOLOGUE, CASABLANCA, 22/07/2021

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
05/11/21			600.00	INP : 123456784242 Dr. S. Belhadj psychotérapie 2022-05-28 20:07

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie AMINE Leila EL KOUHENE Lotissement Amine N° 65 Sidi Maârouf - CASABLANCA Tél. : 022.97.25.85	25/11/21	229.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

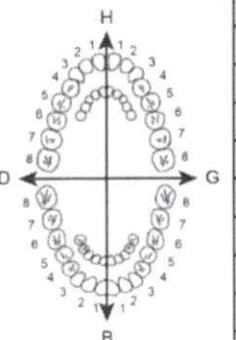
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

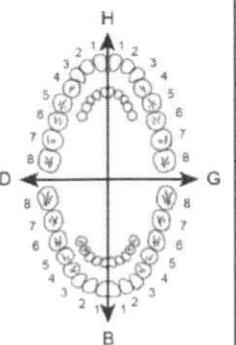
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Dounia BELGHAZI



الدكتورة دنيا بالغازي

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 و العقلاني

العلاج النفسي المعرفي السلوكى

علاج الإدمان - الإقلاع عن التدخين

تدبير الإجهاض و الأرق

التدريب الذهنی

طبيبة نفسية سابقة لمستشفى الجامعي ابن رشد الدار البيضاء

و المستشفى الجامعي بروكمان،

بروكسل - (بلجيكا)

Casablanca, le : 05.01.2021 في الدار البيضاء،

of 1

Dennis Khoukher

DT: 203881 EXP: 03/23
PPV: 189DH10

189.10

1 Tuning lo
40.30

60.30

2) Xo
Y2 putt lg.

229.40

tu

1

15

Dr. Dounia Belghazi
Psychiatre et Psychothérapeute
Rés. Amsterdam Angle Bd 2 mars et rue amsterdam
Tél.: +212 522 86 22 07 / E-mail : drbelghazidounia@gmail.com

Résidence Amsterdam, شارع 2 مارس وتقاطع زقة أمستردام،

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

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

إقامة أمستردام ، شارع 2 مارس وتقاطع زقة أمستردام ،

الطابق الرابع ، الرقم 14 (فوق ماكدونالدز) - البيضاء

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