

## 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.

N° W21-785794

150411

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : M098	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Dounas R. HADDO			
Date de naissance : 20-01-71			
Adresse : N° 9 Rue 3. M. amar. California. CASA			
Tél. : 0649048037		Total des frais engagés : 600 + 225.30 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. Dounas R. HADDO			
Date de consultation : 22 FEB. 2023			
Nom et prénom du malade : M. Dounas R. HADDO			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint			
Nature de la maladie : Allergie			
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

Signature de l'adhérent(e) :

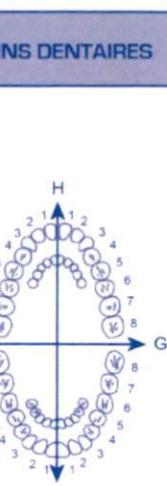
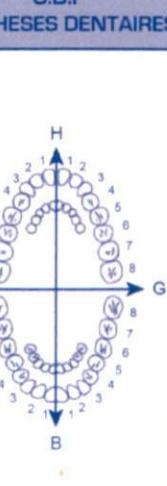
Le : 14/02/23



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
14/02/123			600.00	INP : 98 008424 Doudia Frite Douchou 05 22 86 22

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HADDOCK	11/10/2011	98,23

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cache et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																							
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																							
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF																							
	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient																			
				INP : <input type="text"/>																			
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																			
				Montants des soins <input type="text"/>																			
				Début d'exécution <input type="text"/>																			
				Fin d'exécution <input type="text"/>																			
	<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>																						
		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">11433553</td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	00000000		00000000	D	00000000	00000000	35533411		11433553	B	00000000	00000000	G	11433553		Coefficient des travaux <input type="text"/>
		H	25533412	21433552																			
00000000		00000000																					
D		00000000	00000000																				
35533411		11433553																					
B		00000000	00000000																				
G		11433553																					
<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'exécution <input type="text"/>																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																							
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</b>																							

Dr Dounia BELGHAZI



Psychiatre 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 السلوكي

علاج الإدمان - الإقلاع عن التدخين

تدبير الإجهاد والأرق

التدريب الذهني

طبيبة نفسية سابقة لمستشفى الجامعي ابن رشد الدار البيضاء

والمستشفى الجامعي بروكمان.

بروكسل - (بلجيكا)

الدار البيضاء ، في 14/02/2023  
Casablanca, le : 14/02/2023

Dr Dounia Belghazi

12680

20080

00060

Hay Krima 26  
Bd. Ouled Abdellah N° 39 BIS  
PHARMACEUTICAL ADDOUDI  
BOULEVARD MARS

15

12686

LOT : 400  
PER : SEP 2024  
PPV : 26 DH 80  
séc



Résidence Amsterdam, Angle Bd 2 Mars et Rue Amsterdam  
4<sup>ème</sup> étg N°14 (au dessus de Macdonald's) Casablanca  
Tél.: +212 522 86 22 07 / E-mail: drbelghazidounia@gmail.com

اقامة أمستردام، شارع 2 مارس و تقاطع زنقة أمستردام  
الطابق الرابع، الرقم 14 (فوق ماكونالدز) - البيضاء  
الهاتف: 0522 86 22 07 البريد الإلكتروني: drbelghazidounia@gmail.com