

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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° W21-711994

No367

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10120 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TRADY FA DOUNA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Soi-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection pny

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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 Palierment des Actes
18/01/2022			600,00	INP : 03484202 Balgat 100% remboursé 21 mars et dans la limite de 2000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		DDDR 100% remboursé

ANALYSES - RADIGRAPHIES

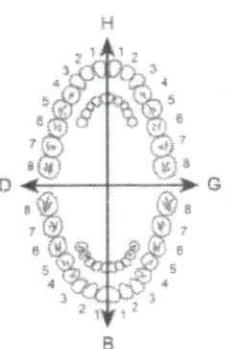
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

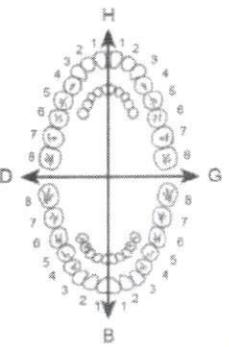
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

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 السلوكى

علاج الإدمان - الإقلاع عن التدخين

تدبير الإجهاد والأرق

التدريب الذهنى

طبيبة نفسية سابقة لمستشفى الجامعي ابن رشد الدار البيضاء

والمستشفى الجامعى بروكمان،

بروكسل - (بلجيكا)

Casablanca, le : 18/05/2022 الدار البيضاء ، في

Dr Dounia Belghazi
Yacoub

1 Neg 100 - 5
0 - 0 - 1



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)

Casablanca, le : 18/07/2022 الدار البيضاء ، في

Rapport Médical

Myll Elhanchi Sirene Youssef
Présente pour trouble
obsessionnel compulsif
anxiété -
en psychopathologie TCC

Dr Dounia Belghazi
 Psychiatre psychotérapeute
 Rés. Amsterdam Angle sur 2 Mars et Rue Amsterdam
 05 22 86 22 07

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

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