

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

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



Déclaration de Maladie

M23-000588

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9045 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SKIREDJ CHAKIB / 170863
 Date de naissance : 20/06/1958
 Adresse : Romanville - tour 4 apt 15 Casablanca
 Tél. : 0663011265 Total des frais engagés : 400 + 458,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Othman Lorabi
 Psychiatre - Psychothérapeute
 I.N.P.E : 091191544
 33, Rue Najib Mahfoud - Casablanca
 Tél : 05 22 20 87 25 / Fax : 05 22 49 12 37

Date de consultation : 16/06/2023
 Nom et prénom du malade : SKIREDJ Chakib Age :
 Lien de parenté : ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie :
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

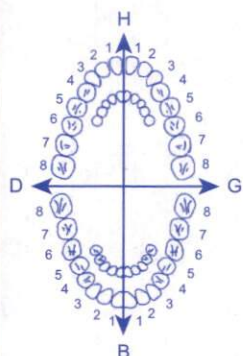
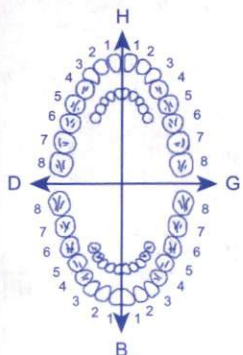
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

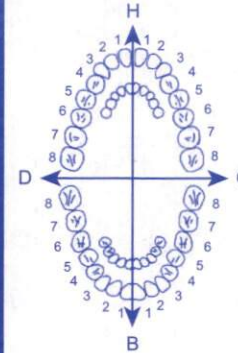
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

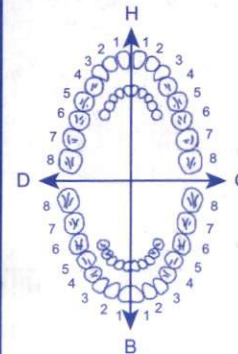
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION														
																		
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			
H																		
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

[illegible]

	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS
	 	DATE DU DEVIS
	 	DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Othman LORABI

Doctorat d'Etat en Médecine de la Faculté de Clermont Ferrand
Ancien Interne des Hôpitaux de Clermont Ferrand

PSYCHIATRE PSYCHOTHERAPEUTE
THERAPIE COGNITIVE ET COMPORTEMENTALE



الدكتور الورابي عثمان
دكتور الدولة خريج كلية كليرمون فيران (فرنسا)
طبيب داخلي سابق بمستشفيات كليرمون فيران
متخصص في الأمراض العقلية
معالج نفسي معرفي و سلوكي

Sur Rendez Vous

بالموعد

ORDONNANCE MEDICALE

Casablanca, le 16/06/2023.



M. SKINEDJ Chakib.

- 93
17 ANAFRANIL 75g SR.: 01cp - 01cp - 01cp
16740
27 NEBIZARIN 5g : 01cp - 01cp - 00
37 NEBIZARIN 10g : 01cp 6 sr
34170
47 ZEPAT : 01cp - 01cp - 01cp.
1620
57 NOZINAN 25g : 00 - 00 - 01cp.
73180
67 NEPANAT : 02cps au coucher
+12
458.90

Annule ordonnance
du 05/06/2023

200 30ms

Dr. Othman Lorabi
Psychiatre - Psychothérapeute
I.M.P.E. : 091291544
33, Rue Najib Mahfoud - Casablanca
Tél : 05 22 20 87 25 / Fax : 05 22 49 12 37

Adresse : Immeuble «Art Office» 33, Rue Najib Mahfoud (Ex Dillier) Quartier Gauthier 20060 CASABLANCA
Tél : 0522 20 87 25 - الهاتف : Fax : 05 22 49 12 37 - الفاكس : 20060 - الدار البيضاء
العنوان : عمارة "أرت أوفيس" 33، زقة نجيب محفوظ - الدار البيضاء

IF : 40477464 - Patente : 35509946 - ICE : 001764832000010

www.psychiatre.ma



6 118001 03007 1

Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH

LOT : 054

PER : AUT 2025

PPV : 167 DH 40

PPV : 34DH70

PER : 04/26

LOT : M1239

73.80 DH

01/2026
2026I

73.80 DH

01/2026
2026I

NOZINAN 25 MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 16DH20



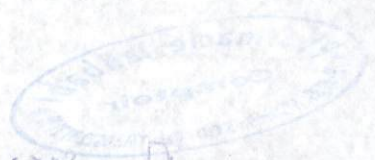
6 118000 060475

LOT : 22E002V
PER : 10 2027

Dr. Othman LORABI
Psychiatre - Psychopharmacologue
33 Rue Mellel M'Hammed - Casablanca
Tél : 05 23 50 81 52 | Fax : 05 23 48 17 31
M.P.E. : 067101244



Docteur Othman LORABI
PSYCHIATRE PSYCHOTHERAPUTE
THERAPIE COGNITIVE ET COMPORTEMENTALE



ORDONNANCE MEDICALE