

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR  
OBTENIR 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.

Une 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.

**Biologie 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**

N° P19- 0038458

Maladie       Dentaire       Optique       Autres *26963*

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : *9045* Société : *R.A.M*

Actif       Pensionné(e)       Autre : *Retraité*

Nom & Prénom : *SKIREDJ CHAKIB*

Date de naissance : *20/06/1958*

Adresse : *Romandie II tour 4 appt 15 case*

Tél. : *0663011265* Total des frais engagés : *350 + 831,10* 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 : *10/02/2020*

Nom et prénom du malade : *SKIREDJ CHAKIB* Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : *Troubles psychiques*

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 : *10/02/2020*

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

**VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie N° P19-038458

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

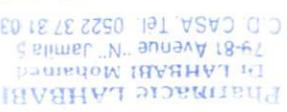
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : *9045*  
Nom de l'adhérent(e) : *SKIREDJ*  
Total des frais engagés : *350 + 831,10*  
Date de dépôt : .....

### RELEVÉ 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
10/02/2020	CMPSY		350,00	 <p><b>Dr. Othman Lorast</b> Psychiatre - Psychothérapeute I.N.P.B. 041191544 33, Rue Najib Mahfoud - Casablanca TEL: 05 22 20 57 25 / Fax: 05 22 49 12 37</p>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE LAHBABI 79-81 Avenue N. JAMILA S C.O. CASA TEL: 0522 37 31 03</p>	10/02/2020	831,10

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

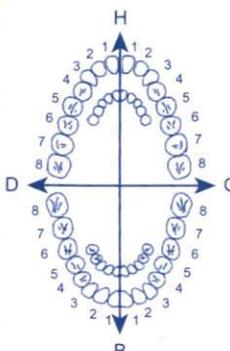
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																	
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D			B	00000000	00000000	35533411	11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H		G																	
		25533412	21433552	00000000	00000000																
		D			B																
	00000000	00000000	35533411	11433553																	
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VOLET ADHERENT

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

# Docteur Othman LORABI

Docteur 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 كليرون فيران (فرنسا)  
طبيب داخلي سابق بمستشفيات كليرون فيران

متخصص في الأمراض العقلية  
معالج نفسي معرفي و سلوكي

Sur Rendez Vous

بالموعد

## ORDONNANCE MEDICALE

Casablanca, le 10/02/2020

M. SUREDJ Chakob.

231.00  
6

+ 1/ANAFRAMIL 75 g SR

0cp - 0cp - 02cps pedat 30jrs

160  
2/Parozep 5g

Pharmacie LAHBABI  
Dr LAHBABI Mohamed  
79-81 Avenue "N" Jamila 5  
C.D. CASA. Tel. 0522 37 31 03

245.00 - 00 - 0cp pedat 30jrs  
+ 3/TERESTA 2,5g

1/2cp - 0cp - 01cp pedat 15jrs  
plus 1/2cp - 1/2cp - 01cp pedat 15jrs

Adresse : Immeuble «Art Office» 33, Rue Najib Mahfoud (Ex Ollier) Quartier Gauthier 20060 CASABLANCA  
Tél : 0522 20 87 25 - الهاتف : - Fax : 05 22 49 12 37 - الفاكس : 20060 - الدار البيضاء - العنوان :  
IF : 40477464 - Patente : 35509946 - ICE : 001764832000010  
www.psychiatre.ma

12/30  
 x2 / CONTRA X cp  
 8310 à 02 cps le soir et c'est p'tin -  
 pedet 30 jour -

**Dr. Othman Lorabi**  
 Psychiatre Psychothérapeute  
 091191544  
 Youssef - Casablanca  
 S / Fax : 05 33 30 30 30

6 118001 03007 1  
 ○ Anafranil® SR 75 mg  
 20 comprimés pelliculés sécables  
 PPV : 93.00 DH

6 118001 03007 1  
 ○ Anafranil® SR 75 mg  
 20 comprimés pelliculés sécables  
 PPV : 93.00 DH

6 118001 03007 1  
 ○ Anafranil® SR 75 mg  
 20 comprimés pelliculés sécables  
 PPV : 93.00 DH

6 118001 03007 1  
 ○ Anafranil® SR 75 mg  
 20 comprimés pelliculés sécables  
 PPV : 93.00 DH

6 118001 03007 1  
 ○ Anafranil® SR 75 mg  
 20 comprimés pelliculés sécables  
 PPV : 93.00 DH

6 118001 03007 1  
 ○ Anafranil® SR 75 mg  
 20 comprimés pelliculés sécables  
 PPV : 93.00 DH

PPV: 160DH00

LOT : 19E002  
 PER.: 08 2021  
 TEMESTA 2,5MG  
 CP SEC B30  
 P.P.V : 29DH50  
 6 118000 011576

LOT : 19E002  
 PER.: 08 2021  
 TEMESTA 2,5MG  
 CP SEC B30  
 P.P.V : 29DH50  
 6 118000 011576

LOT : 19E002  
 PER.: 08 2021  
 TEMESTA 2,5MG  
 CP SEC B30  
 P.P.V : 29DH50  
 6 118000 011576

12,30

12,30