

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.

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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- 069075

ND: 28332

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5561 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KANABI Mourad

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0663715752 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : HALIMA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-069075

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

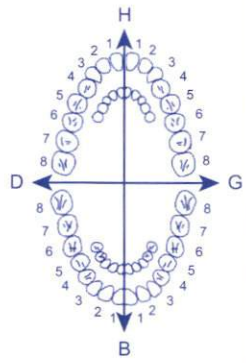
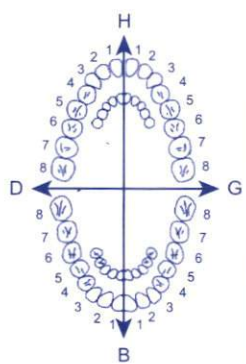
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 00000000 D 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION	
					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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.



Déclaration de Maladie

N°

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5561 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL KANABI MOURAD
 Date de naissance : 08/07/54
 Adresse : 7, Rue KARTAJA Quartier Racine
 Casablanca
 Tél : 0663215752 Total des frais engagés : 2165,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. Othman Lorabi
 Psychiatre - Psychothérapeute
 I.N.P.E : 091191544
 33, Rue Majib Mahtoud - Casablanca
 Tél : 05 22 20 87 25 / Fax : 05 22 49 12 37
 Date de consultation : 26/03/2020
 Nom et prénom du malade : EL KANABI MOURAD
 Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Troubles de l'humeur
 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 Le : 03/06/20
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

ET ADHERENT

[illegible]

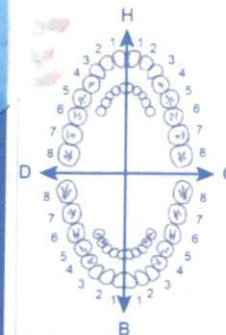
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Les Amènes 5, Rue Jalal E-ddine Sayoufi Quartier Racine Tel. 05 22 36 28 24 - Casablanca	26/03/2020	T = 1815,60

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

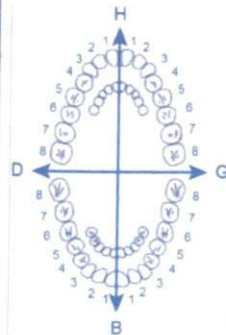
[illegible]

VOLET ADHERENT

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



A diagram of a dental arch, likely a maxillary (upper) arch, viewed from the front. The teeth are numbered 1 through 8 on both the left and right sides, starting from the midline (tooth 1) and moving outwards. The arch is divided into four quadrants by a vertical line (labeled H at the top and B at the bottom) and a horizontal line (labeled D on the left and G on the right). The quadrants are labeled with letters: H (top), B (bottom), D (left), and G (right). The teeth are represented by circles, some of which contain small letters (A, B, C, D, E, F, G, H) indicating specific teeth or conditions.



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
H			
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D		G	
00000000	00000000		
35533411	11433553		
B			

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Mme ALLOUCHE Zohry Khadija
Sur Rendez Vous

Pharmacie les Arènes

5, Rue Jalil Eddine Sayad

Quartier Racine

Tél: 05 22 36 28 24 - Casablanca



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

بالموعد

ORDONNANCE MEDICALE

Casablanca, le 26/03/2020

Mme & KANABI Helima



34042

33864

17 TUNEL 20g.

01 gélule le matin après le repas

(189,10x6)

(113,50x6)

24 MEDIZAPIN 25g

01 sup le soir

33865

1815,60



QSP 06 mois

Dr. Othman Lorabi
Psychiatre - Psychothérapeute
I.M.P.E : 091192544
33, Rue Najib Mahfoud - Casablanca
Tél: 05 22 20 87 25 / Fax: 05 22 49 12 37

MEDIZAPIN[®] 2,5 mg

Olanzapine

30 Comprimés pelliculés

LOT: 029
PER: JUN 2022
PPV: 113 DH 50

CiplaMaroc



MEDIZAPIN[®] 2,5 mg

Olanzapine

30 Comprimés pelliculés

LOT: 029
PER: JUN 2022
PPV: 113 DH 50

CiplaMaroc



MEDIZAPIN[®] 2,5 mg

Olanzapine

30 Comprimés pelliculés

LOT: 029
PER: JUN 2022
PPV: 113 DH 50

CiplaMaroc



MEDIZAPIN[®] 2,5 mg

Olanzapine

30 Comprimés pelliculés

LOT: 029
PER: JUN 2022
PPV: 113 DH 50

CiplaMaroc



MEDIZAPIN[®] 2,5 mg

Olanzapine

30 Comprimés pelliculés

LOT: 029
PER: JUN 2022
PPV: 113 DH 50

CiplaMaroc



MEDIZAPIN[®] 2,5 mg

Olanzapine

30 Comprimés pelliculés

LOT: 029
PER: JUN 2022
PPV: 113 DH 50

CiplaMaroc



TUNELUZ® 20 mg

30 Gélules



6 118000 070863

TUNELUZ® 20 mg
Fluoxétine

30 gélules



Composition par gélule

Fluoxétine (DCI) 20 mg
Sous forme de Fluoxétine chlorhydrate

Excipients : q.s.

Excipient à effet notoire : lactose.

Indications, Contre-indications, Posologies &

Précautions d'emploi :

Lire la notice à l'intérieur

Demandez l'avis du médecin ou du pharmacien en cas de problèmes liés à l'utilisation du médicament

A conserver à une température ne dépassant pas 30 °C

NE PAS LAISSER A LA PORTEE ET LA VUE DES ENFANTS

189.10

Voie orale

أفريك-فار
AFRIC-PHAR

IDEMCO

التركيبية لكل برشامة
فلوكسيتين
على شكل فلوكسيتين كلوروهيدرات
السواغ : الكمية الكافية
سواغ ذو تأثيرات معروفة لاكتوز
الجرعة، دواعي، موانع و احتياطات الاستعمال
المرجو قراءة النشرة بالداخل
المرجو استشارة الطبيب أو الصيدلي في حالة حدوث مشاكل مرتبطة
بكيفية استعمال الدواء
يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 30°C
يحفظ بعيدا عن مشاغل و مرئي الأطفال

TUNELUZ® 20 mg

30 Gélules



6 118000 070863

TUNELUZ® 20 mg
Fluoxétine

30 gélules



Composition par gélule

Fluoxétine (DCI) 20 mg

Sous forme de Fluoxétine chlorhydrate

Excipients : q.s.

Excipient à effet notoire : lactose.

Indications, Contre-indications, Posologies &

Précautions d'emploi :

Lire la notice à l'intérieur

Demandez l'avis du médecin ou du pharmacien en

cas de problèmes liés à l'utilisation du médicament

A conserver à une température ne dépassant pas 30 °C

NE PAS LAISSER A LA PORTEE ET LA VUE DES

ENFANTS

189.10

Voie orale



IDEMCO

التركيبية لكل برشامة
فلوكسيتين
على شكل فلوكسيتين كلوروهيدرات
السواغ : الكمية الكافية
سواغ ذو تأثيرات معروفة لاكتوز
الجرعة، دواعي، موانع و احتياطات الاستعمال
المرجو قراءة النشرة بالداخل
المرجو استشارة الطبيب أو الصيدلي في حالة حدوث مشاكل مرتبطة
بكيفية استعمال الدواء
يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 30°C
يحفظ بعيدا عن مشاغل و مرئي الأطفال

TUNELUZ® 20 mg

30 Gélules



6 118000 070863

TUNELUZ® 20 mg
Fluoxétine

30 gélules



Composition par gélule

Fluoxétine (DCI) 20 mg
Sous forme de Fluoxétine chlorhydrate

Excipients : q.s.

Excipient à effet notoire : lactose.

Indications, Contre-indications, Posologies &

Précautions d'emploi :

Lire la notice à l'intérieur

Demandez l'avis du médecin ou du pharmacien en cas de problèmes liés à l'utilisation du médicament

A conserver à une température ne dépassant pas 30 °C

NE PAS LAISSER A LA PORTEE ET LA VUE DES ENFANTS

التركيبية لكل برشامة
فلوكسيتين 20 ملغ
على شكل فلوكسيتين كلوروهيدرات
السواغ : الكمية الكافية
سواغ ذو تأثيرات معروفة : لاكتوز
الجرعة، دواعي، موانع و احتياطات الاستعمال :
الرجو قراءة النشرة بالداخل
الرجو استشارة الطبيب أو الصيدلي في حالة حدوث مشاكل مرتبطة
بكيفية استعمال الدواء
يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 30°C
يحفظ بعيدا عن مشاغل و مرئي الأطفال

189.10

Voie orale



IDEMCO

TUNELUZ® 20 mg

30 Gélules



6 118000 070863

TUNELUZ® 20 mg
Fluoxétine

30 gélules



Composition par gélule

Fluoxétine (DCI) 20 mg
Sous forme de Fluoxétine chlorhydrate

Excipients : q.s.

Excipient à effet notoire : lactose.

Indications, Contre-indications, Posologies &

Précautions d'emploi :

Lire la notice à l'intérieur

Demandez l'avis du médecin ou du pharmacien en cas de problèmes liés à l'utilisation du médicament

A conserver à une température ne dépassant pas 30 °C

NE PAS LAISSER A LA PORTEE ET LA VUE DES ENFANTS

التركيبية لكل برشامة
فلوكسيتين 20 ملغ
على شكل فلوكسيتين كلوروهيدرات
السواغ : الكمية الكافية
سواغ ذو تأثيرات معروفة : لاكتوز
الجرعة، دواعي، موانع و احتياطات الاستعمال :
الرجو قراءة النشرة بالداخل
الرجو استشارة الطبيب أو الصيدلي في حالة حدوث مشاكل مرتبطة
بكيفية استعمال الدواء
يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 30°C
يحفظ بعيدا عن مشاغل و مرئي الأطفال

189.10
Voie orale



TUNELUZ® 20 mg

30 Gélules



6 118000 070863

TUNELUZ® 20 mg
Fluoxétine

30 gélules



Composition par gélule

Fluoxétine (DCI) 20 mg
Sous forme de Fluoxétine chlorhydrate

Excipients : q.s.

Excipient à effet notoire : lactose.

Indications, Contre-indications, Posologies &

Précautions d'emploi :

Lire la notice à l'intérieur

Demandez l'avis du médecin ou du pharmacien en cas de problèmes liés à l'utilisation du médicament

A conserver à une température ne dépassant pas 30 °C

NE PAS LAISSER A LA PORTEE ET LA VUE DES ENFANTS

التركيبية لكل برشامة
فلوكسيتين
على شكل فلوكسيتين كلوروهيدرات
السواغ : الكمية الكافية
سواغ ذو تأثيرات معروفة لاكتوز
الجرعة، دواعي، موانع و احتياطات الاستعمال
المرجو قراءة النشرة بالداخل
المرجو استشارة الطبيب أو الصيدلي في حالة حدوث مشاكل مرتبطة
بكيفية استعمال الدواء
يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 30°C
يحفظ بعيدا عن مشاغل و مرئي الأطفال

189.10

Voie orale

أفريك-فار
AFRIC-PHAR

IDEMCO

TUNELUZ® 20 mg

30 Gélules



6 118000 070863

TUNELUZ® 20 mg
Fluoxétine

30 gélules



Composition par gélule

Fluoxétine (DCI) 20 mg
Sous forme de Fluoxétine chlorhydrate

Excipients : q.s.

Excipient à effet notoire : lactose.

Indications, Contre-indications, Posologies &

Précautions d'emploi :

Lire la notice à l'intérieur

Demandez l'avis du médecin ou du pharmacien en cas de problèmes liés à l'utilisation du médicament

A conserver à une température ne dépassant pas 30 °C

NE PAS LAISSER A LA PORTEE ET LA VUE DES ENFANTS

التركيبية لكل برشامة
فلوكسيتين 20 ملغ
على شكل فلوكسيتين كلوروهيدرات
السواغ : الكمية الكافية
سواغ ذو تأثيرات معروفة : لاكتوز
الجرعة، دواعي، موانع و احتياطات الاستعمال :
الرجو قراءة النشرة بالداخل
الرجو استشارة الطبيب أو الصيدلي في حالة حدوث مشاكل مرتبطة
بكيفية استعمال الدواء
يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 30°C
يحفظ بعيدا عن مشاغل و مرئي الأطفال

189.10
Voie orale

