

## 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

- 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.

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° W19-502559

U1991



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10126 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DADOUN HANAA

Date de naissance : 23/01/1972

Adresse : 7, rue Stéphane Mellarmé. Tmc

Tél. : 06 61 24 66 19 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. Othman Lorabi  
Psychiatre - Psychothérapeute

I.N.P.E : 091191544  
33, Rue Najla M'Hamid Casablanca  
Tél : 05 22 20 87 25 / Fax : 05 22 49 12 37

Date de consultation : 10/07/2020

Nom et prénom du malade : DADOUN Lorabi

Lien de parenté :  Lui-même

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) : 1126

Le : 10/07/2020



## 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
27/05/2023	Consultation		350.00	INR : <input type="text"/> <b>Dr. Othman Lorabi</b> Psychiatre Psychothérapeute I.N.P.F : 071191514 33, Rue Hajib Maalouf - Casablanca Tel: 05 22 20 87 25 / Fax: 05 22 49 12 37

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
<b>HARMACIE DE LA CROIX D'OR</b> <b>N. DADOUN</b> 39, rue Abou Ishak Al Berouni (Maârif) ASABLANCA Tel.: 0522 25 05-77	10/ 10/ 10/20	558 DH

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	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 PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000 00000000		35533411 11433553		B	G	Coefficient des travaux <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000 00000000																		
35533411 11433553																		
B	G																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins <input type="text"/>														
				Date du devis <input type="text"/>														
				Date de l'exécution <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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**



Sur Rendez Vous

**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**

بالم وعد

## ORDONNANCE MEDICALE

**PHARMACIE DE LA CROIX D'OR**  
**N. DADOUN**  
139, rue Abou Ishak Al Marouni (Maârif)  
CASABLANCA - Tél.: 0522 25 05 77

Casablanca, le 10/07/2020

Mme DADOUN Hanan  
(93,00 x 6)

1<sup>er</sup> TÉRAUTHE 600 mg  
ou 0,25 cp le soir 1,5 cp

2<sup>nd</sup> ANAFRANIL 75 mg SR  
1,5 cp le soir

558120  
=

Dr. Othman  
Psychiatre, Psychiattherapeute  
33, Rue Najib Mahfoud (Ex Ollier) Quartier Gauthier 20060 CASABLANCA  
Tél: 0522 20 87 25 - Fax: 05 22 49 12 37 - 33 - الفاكس: 05 22 20 87 25 / 05 22 49 12 37  
IF: 40477464 - Pateinte: 35509946 - ICE: 0017648320000010



Adresse : Immeuble «Art Office» 33, Rue Najib Mahfoud (Ex Ollier) Quartier Gauthier 20060 CASABLANCA  
Tél: 0522 20 87 25 - Fax: 05 22 49 12 37 - 33 - الفاكس: 05 22 20 87 25 / 05 22 49 12 37  
IF: 40477464 - Pateinte: 35509946 - ICE: 0017648320000010

[www.psychiatre.ma](http://www.psychiatre.ma)