

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.

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.

Ordonnance :

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.

Prothèse :

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

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- 0038462

ND: 53456

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9045 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SKIREDJ CHAKIB

Date de naissance : 2010/01/1958

Adresse : Romanie II tower Ishbilis n°15 Case

Tél. : 0663011265 Total des frais engagés : 350 + 1119,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/10/2020

Nom et prénom du malade : SKIREDJ CHAKIB

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 : Casne Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS
28 DEC. 2020
ACCUEIL

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
14/10/20	ENTRÉE		350,00	Dr. Othman Lorabi Psychiatre - Psychothérapeute I.N.P.E. 05 191544 33, Rue Najib Mahjoub - Casablanca Tél : 05 22 20 87 25 / Fax : 05 22 49 12 37

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/10/20	1119,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

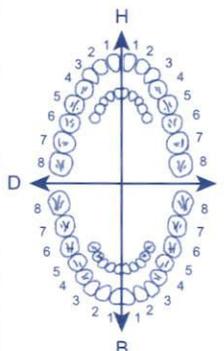
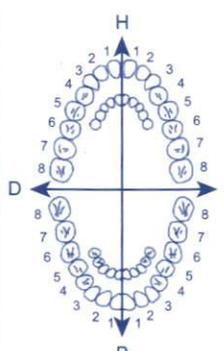
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			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

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

Sur Rendez Vous



الدكتور الورابي عثمان
دكتور الدولة خريج كلية كليبرغون فيران (فرنسا)
طبيب داخلي سابق بمستشفيات كليرمون فيران

متخصص في الأمراض العقلية
معالج نفسي معرفي و سلوكي

بالموعد

ORDONNANCE MEDICALE

Casablanca, le 14/10/2020

M. SKUREDJ Chakib.

5x93,00

1/ ANAFRANIL 75 g 80

ot p - ot p - ot p

34,00

360/ XAUTIS 15 g

ot p - ot p - ot p

201,0000 - 00 - 00 - 00
3/100 - SEP 50 g

29,50
+2 ot p - 00 - 00 - 00

4/ TENERSTA 2,5 g 100

1119 2/100 - 1/100 - 1/100



QSP 30 ps
Dr. Othman Lorabi
Psychiatre - Psychothérapeute
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 Ollier) Quartier Gauthier 20060 CASABLANCA
Tél : 0522 20 87 25 - الهاتف - Fax : 05 22 49 12 37 - الفاكس - 20060 - دار البيضاء - Rue Najib Mahfoud - Casablanca
العنوان : عمارة "أرت أونيس" 33، زقة نجيب محفوظ - الدار البيضاء - 20060 - الفاكس : 05 22 49 12 37 - الهاتف : 0522 20 87 25
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



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

PRODMANAGE MEDICALE

LQT: KA93848
PER: 10-2021
PPV: 360,00DH

LOT: 289
PER: JUL 2022
PPV: 201 DH 00

LOT: 20E005
PER: 03 2022
TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30
P.P.V.: 29DH50
5 118000 011576

LOT: 20E005
PER: 03 2022
TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30
P.P.V.: 29DH50
5 118000 011576

PPV
34DH00