

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-527828

38674

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

10411

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

MAHLOUFI

ASMAA

Date de naissance :

11 JUN 76

Adresse :

42 Rue Attabanie - MAARUF

Tél. :

0660993229

Total des frais engagés :

799,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. Othman Lorabi

Cachet du médecin :

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

Date de consultation :

10/08/2020

Nom et prénom du malade :

MAHLOUFI ASMAA

Age :

44

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 :

CASA

Le :

10/08/20

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)



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
10/08/2008	Psychiatrie	350,00	350,00	<i>[Signature]</i> Psychiatre - Psychothérapeute I.N.P.E. 091191544 33, Rue Najib Mahfoud - 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
<i>[Signature]</i> Pharmacie des Familles Immaculées de Normandie - Tél: 05 22 20 87 25	10/08/08	440,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

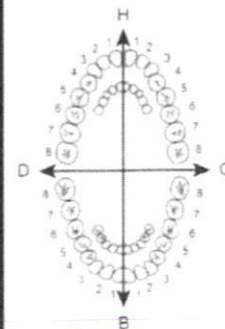
Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

INP :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		
25533412	00000000	21433552
D	00000000	G
00000000	35533411	00000000
		11433553
B		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT 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

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 كليرمون فيران (فرنسا)
طبيب داخلي سابق بمستشفيات كليرمون فيران

متخصص في الأمراض العقلية
معالج نفسي معرفي و سلوكي

بالموعد

ORDONNANCE MEDICALE

Casablanca, le 10/08/2020

Re NAKHLOUfi Asmaa

189 10x2 (S.L) n° 25002

1/ TUNELUZ 20g

as gélule le matin après le

pedat 45 jours (S.L)

35,70x2 ASPRAR 0.5g 25003

1/2 c - 1/2 c - 0.5 c pedat 10 jours puis

1/2 c - 00 - 0.5 c pedat 10 jours, puis

1/2 c - 00 - 1/2 c pedat 10 jours, puis

00 - 00 - 1/2 c pedat 10 jours puis arrêt

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 - زنقة نجيب محفوظ - 33، عمارة "أرت أوفيس"

IF : 40477464 - Patente : 35509946 - ICE : 001764832000010

449,60

www.psychiatre.ma

LABRANIMIRVEN
Pharmacie des Familles Angèle Rues
de Normandie et Imam Tabarani
Casablanca
Tél: 0522.25.05.68

Dr. Othman Lorabi

Psychiatre - Psychotérapeute

I.N.P.E : 091181541

33, Rue Najib Mahfoud - Casablanca

Tél : 05 22 20 87 25 / Fax : 05 22 49 12 37

TUNELUZ[®] 20 mg

Fluoxétine

30 gélules



Voie orale



أفريك - فار
AFRIC-PHAR

189,10

TUNELUZ[®] 20 mg

Fluoxétine

30 gélules



Voie orale



أفريك - فار
AFRIC-PHAR

189,10

Alprazolam

0,5 mg

28 Comprimés sécables
Voie orale



LOT
EXP
PPV

2007471
03 2023
35.70

35.70

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS

Alprazolam

0,5 mg

28 Comprimés sécables
Voie orale



LOT
EXP
PPV

2007471
03 2023
35.70

35.70

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS