

## 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

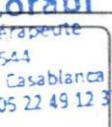
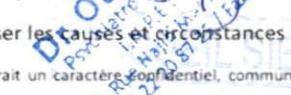
- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@mupras.com |

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.

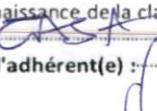
N° W19-527828

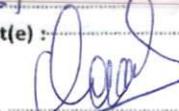
38674

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société :	
Matricule : 10411	RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ASM AAT
Nom & Prénom : MAZHLOUFI		Date de naissance : 11 JUN 76	
Adresse : 42 Rue attabarie - MAARIF		Tél. : 0660993293 Total des frais engagés : 799,60 Dhs	

Cadre réservé au Médecin :	Dr. Othman Lorabi Psychiatre - Psychothérapeute I.N.P.E : 091191544 33, Rue Hajib Maftoud Casablanca Tel : 05 22 20 87 25 / Fax : 05 22 49 12 37
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	10/08/2020
Nom et prénom du malade :	MAZHLOUFI
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 p-confidence 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 : 10/08/2020

Signature de l'adhérent(e) : 

### 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
10/08/09	CUFSY		350,- D.Dr. Othman	Psychiatre - Psychothérapeute I.N.P.E. 0911954 33, Rue Halls Martouz Casablanca Tel: 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
LAMARINI MICHÉM Charmaine des Familles et l'Institut de Normandie - Casablanca	10/08/09	449,60

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

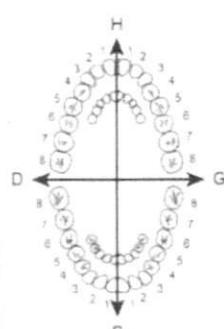
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OOF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DATE DU DEVIS [ ]
				DATE DE L'EXECUTION [ ]

### O.O.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
G	35533411	



[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

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



**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**

**PSYCHIATRE PSYCHOTHERAPEUTE**  
**THERAPIE COGNITIVE ET COMPORTEMENTALE**

**Sur Rendez Vous**

**بالموعد**

## ORDONNANCE MEDICALE

Casablanca, le 10/08/2020

Le ٧ August ٢٠٢٠  
N° ٢٥٠٠٢

١٨٩-١٥٧٢ S.L  
n° ٢٥٠٠٢

١٩/٢٠٢٠  
١٧/٢٠٢٠

as gélule le matin après le

petit déjeuner

S.L

٣٦٧٦٨٢٢٩٥٣ ٢٥٠٠٣

١/٤ - ١/٤ - ٠١٠ petit déjeuner 10 jours puis

١/٤ - ٠٠ - ٠١٠ petit déjeuner 10 jours, puis

١/٤ - ٠٠ - ١/٤ petit déjeuner 10 jours, puis

٠٠ - ٠٠ - ١/٤ petit déjeuner 10 jours, puis

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 - العنوان: عمارة "ارت أوهيس" 33، زقة غريب محفوظ - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 20 87 25 - 05 22 49 12 37

IF : 40477464 - Patente : 35509946 - ICE : 001764832000010

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

**LAMRANI MERKEM**  
Pharmacie des Familles Angle Rues  
Familles Norsadis et Imam Tabatabai  
Tél: 0522 22 25 09 66  
Casablanca

**Dr. Othman Lorabi**  
Psychiatre Psychothérapeute  
I.N.P.E : 0911191544  
33, Rue Najib Mahfoud - Casablanca  
Tél : 05 22 20 87 25 / Fax : 05 22 49 12 37

449, 60

# TUNELUZ® 20 mg

189,10

Voie orale



**30** gélules

# TUNELUZ® 20 mg

189,10

Voie orale



**30** gélules

# Alpraz

Alprazolam

0,5 mg



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR
42	++	++	++
●	●	●	●



35,70

L.O.I.  
EXP  
PPV

200 / 4 / 1  
03 2023  
35.70



سوطيمبا  
othema

# Alpraz

Alprazolam

0,5 mg



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR
42	++	++	++
●	●	●	●



35,70

L.O.I.  
EXP  
PPV

200 / 4 / 1  
03 2023  
35.70



سوطيمبا  
othema