

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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

- Réclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9.045

Société : 13063

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SKIRÉ DJ CHAKIB

Date de naissance :

20/06/1958

Adresse :

Rouadie II tout 4 appart 15 case

Tél. : 0663d1265

Total des frais engagés : 350 t 1059. Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Othman Lorabi
Psychiatre Psychothérapeute
I.N.P.E : 091191544
33, Rue Najla Maftoud - Casablanca
Tél : 05 22 20 87 25 / Fax : 05 22 49 12 37

Date de consultation : 16/07/2020

Nom et prénom du malade : Chakib SKIRÉ DJ Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Troubles psychologiques

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le 08/07/2020

DR. OTHMAN LORABI

08/07/2020

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 |
|-------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 16/07/2010 CNP 54 | | | 350,00 | Dr. Othmane Psychiatre 33, Rue Nelly Kravitz 91190 Sartrouville Tél: 05 22 20 07 25 / fax: 05 22 49 12 37 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE MONTREUIL | 16/07/10 | 1059,00 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 d

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | 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.D.F
PROTHESES DENTAIRES

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

[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

PSYCHIATRE PSYCHOTHERAPEUTE
THERAPIE COGNITIVE ET COMPORTEMENTALE



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

Sur Rendez Vous

ORDONNANCE MEDICALE

Casablanca, le

16/07/2020

Chakib

93,00

+ 21 ANAFRANIL 75g SR.
186.

01 cp - 01 cp - 01 cp pedat 28 jrs.

201,00

27 NO-DEP 50g.

01 cp - 00 - 00 pedat 06 jrs.

plus 01 cp - 00 - 01 cp pedat 22 jrs

29,50

+ 239 TERESTA 2,5g.

221,00 01 cp - 01 cp - 01 cp pedat 28 jrs

67 RANDAZYP 10g: 01 cp au coucher pedat 28 jrs

Adresse : Immeuble «Art Office» 33, Rue Najib Mahfoud (Ex Ollier) Quartier Gauthier 20060 CASABLANCA
Tél : 0522 20 87 25 - 00060 -fax : 05 22 49 12 37 -fax : 001764832000010
العنوان : عمارة "ارت أوهيس" 33، زقة ثيرب محلوظ - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 49 12 37 -fax : 001764832000010
IF : 40477464 - Patente : 35509946 - ICE : 001764832000010

www.psychiatre.ma

NH₃³⁰
+ 2⁵ / CONTACAX

01 pc le soir pedat 28 pos

Alci⁵⁰
OMEPRAZOLE

01 pc le matin pedat 28 pos

Dr. Othman Lorabi

Psychiatre - Psychothérapeute

I.N.P.E : 091191544

33, Rue Najib Mahfouz - Casablanca

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



6 118001 03007 1
○ Anafranil® SR 75 mg
20 comprimés pelliculés sécables

LOT : 281
PER : MAI 2022
PPV : 201 DH 00



6 118001 03007 1
○ Anafranil® SR 75 mg
20 comprimés pelliculés sécables
PPV : 93.00 DH



PER : 10/2021
LOT : 19E003
TEMESTA 2,5 MG
CP SEC B30
P.P.V : 29DH50



6 118000 011576
LOT : 19E003
PER : 10/2021
TEMESTA 2,5 MG
CP SEC B30
P.P.V : 29DH50

PPV : 271DH00

12,30

PPV : 96DH00
PER : 11/22
LOT : J1031-1

12,30