

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

- 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.

N° W19-502553

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) 18222 | | | |
| Matricule : 10.126 | | Société : RAM | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : DADOUN | | HANAA | |
| Date de naissance : 27/01/72 | | | |
| Adresse : Rue Hallâmi N° 7-9 - Résidence MUPRAS jardins Val | | | |
| Tél. : 0661 246619 | | Total des frais engagés : 18 J.N. 2020 73 Dhs | |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : Dr. Othman Lorabi Psychiatre - Psychothérapeute I.N.P.E : 091191544 33, Rue Hajib Maftoud Casablanca Tél : 05 22 20 87 25 / Fax : 05 22 49 42 31 | |
| Date de consultation : 21/12/2019 | |
| Nom et prénom du malade : DADOUN Hanan | |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Psychothérapeute I.N.P.E : 091191544 33, Rue Hajib Maftoud Casablanca Tél : 05 22 20 87 25 / Fax : 05 22 49 42 31 | |
| Nature de la maladie : Psychotique | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Le 05/12/2019 | |
| 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) : **H. DADOUN**

Le : **21/12/2019**

celleci

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Actes | Actes | Coefficient | des Honoraires | attestant le Paiement des Actes |
|----------|--------|-------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 21/12/10 | CNP 81 | | 35000 | INP Dr. Othman Lorabi Psychiatre - Psychothérapeute I.N.P.I : 041191544 33, Rue Najia Maftoud 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 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------|
|  N. DAOGOUN 139, rue Abou Ismaïl Al Marouni (Mâkrit) LANCA - Tel : 0522 25 05 77 | 8/4/19 | 1753,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------|------------------------|
|  | 15/10/15 | B.13.0 | 170,00 |

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'ODF

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|  | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 2px;">H</th><th style="text-align: center; padding: 2px;">G</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">25533412</td><td style="text-align: center; padding: 2px;">21433552</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td><td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">D</td><td style="text-align: center; padding: 2px;">B</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td><td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">35533411</td><td style="text-align: center; padding: 2px;">11433553</td></tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">H</td></tr> </tbody> </table> | H | G | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | B | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | H | | COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-----------------------------------------------------------|
| H | G | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | B | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | |

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | [L'ARCHET, L'EXTRUDE, LA PROJECTION] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 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

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

بالم وعد

Sur Rendez Vous

N. DABOUE

139, rue Abou l'Abd, El Marmouf (Maârif)
CASABLANCA - Tél : 0522 25 05 77

ORDONNANCE MEDICALE

Casablanca, le 21/12/19

ID: 6222399
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 239,00 DH
6 118001 140800

Mr. DABOUE Hamed

1/ TERALI THE 400g CP

2,5cp le soir
(93,00 x 6)

2/ ANAFRANIL 75g SR

02 cps le soir
(239,00 x 5)

3/ ANAFRANIL ou SYNNAK

et ap mètu et Olyp

1753,00

QSP 60 jours

6 118001 030071
 Anafranil® SR 75 mg
20 comprimés pelliculés sécables
PPV : 93,00 DH

6 118001 030071
 Anafranil® SR 75 mg
20 comprimés pelliculés sécables
PPV : 93,00 DH

6 118001 030071
 Anafranil® SR 75 mg
20 comprimés pelliculés sécables
PPV : 93,00 DH

6 118001 030071
 Anafranil® SR 75 mg
20 comprimés pelliculés sécables
PPV : 93,00 DH

6 118001 030071
 Anafranil® SR 75 mg
20 comprimés pelliculés sécables
PPV : 93,00 DH

6 118001 030071
 Anafranil® SR 75 mg
20 comprimés pelliculés sécables
PPV : 93,00 DH

Adresse :
Tél : 0522 20 81

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 239,00 DH

ID : 6222399

6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 239,00 DH

ID : 6222399

6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 239,00 DH

ID : 6222399

6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 239,00 DH

ID : 6222399

6 118001 140800

Dr. Othman Lorabi
Psychiatre, Psychothérapeute
Tél : 0522 20 87 25 / Fax : 05 22 49 12 37
23, Rue El M. P. F. 0522 1521
Casablanca

DOSSIER CASABLANCA

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

بالموعظ

ORDONNANCE MEDICALE

Casablanca, le 21/12/19

Mme DADOUN Hanan

lithium plasmatoire à 200 mg.
per 6 15/01/19.



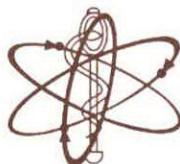
Dr. Othman Lorabi
Psychiatre - Psychothérapeute
I.N.P.E : 091191544
33, Rue Najib Mahfoud - Casablanca
Tél : 05 22 20 87 25 / Fax : 05 22 49 12 37

Adresse : Immeuble «Art Office» 33, Rue Najib Mahfoud (Ex Ollier) Quartier Gauthier 20060 CASABLANCA
العنوان : مسارة "ارت أوفيس" 33، زقة نجيب محفوظ - الدار البيضاء - 20060 - الفاكس : 05 22 49 12 37 - الهاتف : 05 22 20 87 25 - IF : 40477464 - Patente : 35509946 - ICE : 001764832000010

www.psychiatre.ma

Anoual

Laboratoire de Biologie médicale
 Génétique moléculaire
 Radio immuno-analyse
 Diagnostic Prenatal
 Biologie de la Reproduction



خبر انوال

Docteur Jamal FEKKAK
 Radio-biologiste
 Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
 Diplômé de l'Université Paris VII
 et de l'Institut Pasteur de Paris
 Biologiste Qualiticien

FACTURE N° 2001150006

Mme Hanaa DADOOUN

Demande N° 2001150006
 Date de l'examen : 15-01-2020
 Analyses :

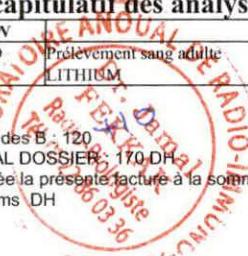
Récapitulatif des analyses

| CN | Analyse | Val | Clefs |
|------|------------------------------------|-------------|--------|
| PSAD | Prélèvement sang adulte LITHIUM | E15 B120 | E B |

Total des B : 120

TOTAL DOSSIER : 170 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :cent soixante-dix
 dirhams DH



Laboratoire ANOUAL
Angle BD ANOUAL ET BD ALEXANDRIE - 20360 CASABLANCA
Tél:0522 86 03 36 - Fax:0522 86 04 97
Ceci est un mail, seul le résultat papier fait foi.

Mme Hanaa DADOUN
Né(e) le : 27-01-1972
Dossier N° : 2001150006
Date de l'examen : 15-01-2020
Prélevé le : 15-01-2020 07:44 en interne
Edité le : 16-01-2020

DR : Dr OTHMAN LORABI
Adresse :

Page 1 / 1



ACCRÉDITATION
N°8-3449
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

BIOCHIMIE SANGUINE

0.81 mmol/l

Lithium [AC]
(Colorimétrique Cobas 6000® Roche)
Zone thérapeutique : 0.6 à 1.2 mmol/l
Valeur d'avertissement : 1.2 à 1.5 mmol/l
Risque significatif d'intoxication : > 1.5 mmol/l