

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## rmacie :

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.

## ique :

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

## ducation :

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.

## taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## adie 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 Étage 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](http://www.mupras.com)

Nº M21- 069770

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9045

Société :

96689

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SKIRÉDZ CHAKIB

Date de naissance : 20/06/1958

Adresse : ROMANDIE II Tous 4 apprt K Cese

Tél. : 06 63 01 265

Total des frais engagés : 400 + 932,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. Othman Lorabi

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/10/2012

Nom et prénom du malade : SKIRÉDZ CHAKIB Age :

Lien de parenté :

Même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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) :

DR. OTHMAN LORABI  
Tél : 05 22 20 87 25 / Fax : 05 22 49 12 37  
MUPRAS  
Le : 10/10/2012  
ACCY IL

## 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 15/10/21        | Cinquième         |                       | 400,00                          | Dr. Othmane Lahbabi<br>Psychiatre - N° 1191541<br>I.N.P.T : 091191541<br>1, Rue Nabil Matroud Casablanca<br>Tél : 05 22 10 87 25 / Fax : 05 22 49 12 31 |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Pharmacie Lahbabi<br>Comptoir          | 15/10/21 | 932,60                |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | 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 |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient DES TRAVAUX |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                 |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                 |                |                  |             | FIN D'EXECUTION         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

| DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE |   |          |                     | Coefficient DES TRAVAUX |
|--|---|----------|---------------------|-------------------------|
| H  | 21433552  | D        | 00000000            | MONTANTS DES SOINS      |
| 00000000                                 | 00000000  | 00000000 | DATE DU DEVIS       |                         |
| 35533411                                 | 11433553  | B        |                     |                         |
|  |   |          | DATE DE L'EXECUTION |                         |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |          |                     |                         |
|  |   |          |                     |                         |
|  |   |          |                     |                         |
|  |   |          |                     |                         |
|  |   |          |                     |                         |
|  |   |          |                     |                         |
|  |   |          |                     |                         |
|  |   |          |                     |                         |
|  |   |          |                     |                         |
|  |   |          |                     |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

# 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

15/10/21



Dr. Othman LORABI Chakib

93,00 D 1/ ANAFERAN 75 g SR : 01 cp - 01 cp - 01 cp  
+ 5

98,30 D 2/ ATHYRUR 30 g : 02 cp le soir.  
+ 2

34,70 D 3/ ZEPAN 1/2 cp - 1/2 cp  
+ 2

4/ OSR 20 SINE 02 cp/jor 8' cp/jor

175,00 D 5/ QUETIAPINE 200 g CP 01 cp le soir,  
30 min avec le coucher

96,00 D 6/ PRAZOL : 01 gél. le matin - OSP 30 g

Adresse : Immeuble «Art Office» 33, Rue Najib Mahfoud (Ex Ollier) Quartier Gauthier 20060 CASABLANCA  
Tél : 0522 20 87 25 - 20060 -fax : 05 22 49 12 37 - الفاكس : 33 - العنوان : مسارة "ارت أوهيس" 33، زقة نجيب محفوظ - الدار البيضاء -

IF : 40477464 - Patente : 35509946 - ICE : 001764832000010

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

032160

