

## 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

- 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.

**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



## Déclaration de Maladie

M22- 0012238

70862

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9045 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SKIREDJ CHAKIB

Date de naissance : 20/06/1958

Adresse : Roumanche II tour 4 apt 15 Cas

Tél. : 066201265 Total des frais engagés : 400 + 291 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 19/07/2019

Nom et prénom du malade : SKIREDJ CHAKIB Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : trouble anxieux

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



# 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 17/07/23        | CMO               |                       | 400,00                          | <b>Dr. Othman Yotabi</b><br>Psychiatre - Psychothérapeute<br>I.N.P. : 091291544<br>33, Rue Najla Mahmoud Casablanca<br>Tél : 05 22 20 82 25 / Fax : 05 22 49 12 37 |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| <b>Pharmacie Labbadi</b><br><b>Pharmacie de la Wilaya</b><br><b>DU GRAND HASSAN 2 - Casablanca</b><br>45, AVENUE HASSAN 2 - Casablanca<br>Tél: 05 22 22 07 95<br>ICE: 002542157000083 | 17/07/2023 | 291,00                |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | 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 :

Veuillez 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 |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |   |
|--|--|----------------------|-------------|--|----------------------|----------------------|---|---|----------------------|----------------------|---|--|--|---|
|  |  |                      |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |   |
|  |  |                      |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |   |
|  |  |                      |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |   |
|  |  |                      |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |   |
|  |  |                      |             |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |   |
|  |  |                      |             |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |   |
|  |  |                      |             |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |   |
|  |  |                      |             |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |   |
|  |  |                      |             |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |   |
|  |  |                      |             |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |   |
| <b>O.D.F</b><br><b>PROTHESES DENTAIRES</b> | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>   |                      |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |   |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412<br/>00000000</td> <td>21433552<br/>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000<br/>35533411</td> <td>00000000<br/>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                      | H           |  | 25533412<br>00000000 | 21433552<br>00000000 | D | G | 00000000<br>35533411 | 00000000<br>11433553 | B |  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
|  | H  |                      |             |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |   |
|  | 25533412<br>00000000   | 21433552<br>00000000 |             |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |   |
|  | D  | G                    |             |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |   |
|  | 00000000<br>35533411   | 00000000<br>11433553 |             |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |   |
|  | B  |                      |             |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |   |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>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

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

17/02/23

N. SKIRREDJ Chakib.



1/ ANAFANIL 75g SA.

01cp - 01cp - 01cp

2/ NO-DEP 50g

01cp - 00 - 00 perbat 10 pers,

puis 01cp - 00 - 01cp perbat le soir.

3/ NEDIZAPIN 5g: 01cp - 01cp - 00

4/ NEDIZAPIN 10g: 00 - 00 - 01cp

5/ NOZINAN 2L. bml: 26 gttes le soir

6/ ZEPAR: 01cp - 3/4cp - 01cp

QSP 21 pers

Adresse : Immeuble «Art Office» 33, Rue Najib Mahtoud (Ex Ollier) Quartier Gauthier - 20060 CASABLANCA

Tél : 0522 20 87 25 - الهاتف : 05 22 49 12 37 - الفاكس : 20060 - 33, زقاق نجيب محفوظ - الدار البيضاء - العنوان : عمارة "أرت أوفيس"

IF : 40477464 - Patente : 35509946 - ICE : 001764832000010

www.psychiatre.ma



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

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

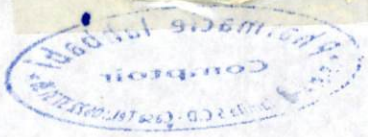
6 118001 03007 1  
○ Anafranil® SR 75 mg  
20 comprimés pelliculés sécables  
PPV : 93.00 DH

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

LOT: 422  
PER: DEC 2024  
PPV: 126 DH 80  
CicloMare

LOT: 055  
PER: AUT 2025  
PPV: 167 DH 40

LOT: 055  
PER: AUT 2025  
PPV: 167 DH 40



PPV: 34DH70  
PER: 01/26  
LOT: M196

PPV: 34DH70  
PER: 04/26  
LOT: M1240

PPV: 34DH70  
PER: 04/26  
LOT: M1240

Dr. Othman Lortspil  
Psychiatre - Psychothérapeute  
I.M.P.E. 08191244  
33, rue Hédi Makhoul - Casablanca  
Tel: 05 23 20 87 22 | Fax: 05 23 20 87 31