

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## Optique :

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

## Educateur :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0055540

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 41726 Société : RA7 403837

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Benabdellah El A. A. A. (Huo's)

Date de naissance : 28/12/1959

Adresse : 104 Rue Bouahin Nakhar

Tél. : 0663722706

Total des frais engagés : 1952,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/01/2022

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Affection Dermatologique

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 : CHSA

Le : 18/01/2022


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
18.01.22		152	18004	 <b>Dr. Khalid LAMIAI</b> DERMATO-VENEROLOGUE Angle Bd. Sidi Abi Rahmane et Bd. Abdelhadi Boudalek Case 121 0522 90 17

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Pharmacie NAMA</b> INP : 92044569	18.01.22	152,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

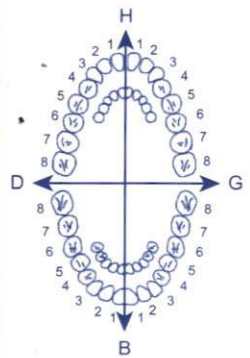
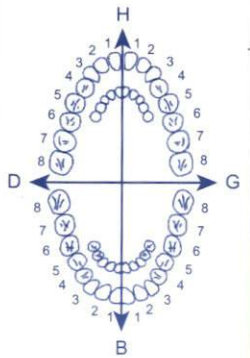
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 d

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT



# DOCTEUR Khalid LAMNIAI

## SPECIALISTE

Maladies de la peau et du cuir chevelu  
Infections sexuellement transmissibles



## الدكتور خالد المنيعي

إختصاصي  
في أمراض الجلد والشعر  
الأمراض التناسلية

Casablanca, le

18/01/2022

الدار البيضاء، في

Mme EL FILALI HINDA

14.00  
HEXOMEDINE TRANSCUTANEE

MATIN ET SOIR PDT 10 JOURS



28.00  
COCCIDIN CREME

MATIN ET SOIR PDT 10 JOURS



55.00 x 2  
AMOXIL 1G

1 CP MATIN ET SOIR PDT 10 JOURS



152.00



Dr. Khalid LAMNIAI  
DERMATO-VENEROLOGUE  
Angle Bd. Sidi Abderrahmane  
et Bd. Abdelhadi Boutaleb  
Casa - Tél. 0522 90 04 17

إكزوميدين®

عابر للجلد  
إكزاميدين



قارورة 60 مل

LOT: 210431  
PER: 04-2024  
PPV: 28,00DH

PPV: 55,00 DH  
LOT: 647345  
PER: 02/23

AMOXIL 1g  
12 comprimés dispersibles



AMOXIL 1g  
12 comprimés dispersibles



Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Bd Abdelhadi Boutaleb, 2ème étage n° 7 Hay Hassani - Casablanca  
زاوية شارع سيدي عبد الرحمان وشارع عبد الهادي بوطالب، الطابق الثاني رقم 7 الحي الحسني - الدار البيضاء

هاتف العيادة الثابت: 05 22 90 04 17 - الهاتف/الفاكس: 05 22 89 19 35

محمول العيادة: 06 69 88 00 95 - GSM cabinet: 06 69 88 00 95 - E-mail: cabinet.drlam@gmail.com - Code Postal: 20 230

**DOCTEUR Khalid LAMNIAI**

**SPECIALISTE**

Maladies de la peau et du cuir chevelu

Infections sexuellement transmissibles

Patente : 35002257

**الدكتور خالد المنيعي**

**إختصاصي**

**في أمراض الجلد والشعر**

**الأمراض التناسلية**

Casablanca, le .....

18 JAN. 2022

الدار البيضاء, في .....

## NOTE D'HONORAIRE

NOM : .....

El Filali

Prénom : .....

LINDA

Date de la consultation : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Consultation : .....

Nature de l'acte : .....

Examen de l'organe pelvien K<sub>2</sub> 18004

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de : .....

1116 huit cent

divs

Dr. Khalid LAMNIAI  
DERMATO-VENEROLOGUE  
Angle Bd. Sidi Abderrahmane  
et Bd. Abdelhadi Boualleg  
Casa - Tél. 0522 90 04 17

Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Route d'Azemmour, 2ème étage n° 7 Hay Hassani - Casablanca  
زاوية شارع سيدي عبد الرحمان وطريق أزموور الطابق الثاني رقم 7 الحي الحسني - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 90 04 17 / 06 69 88 00 95 - Tél. : 05 22 89 19 35 - الفاكس : 05 22 89 19 35

E-mail : lamniaikhalid@yahoo.fr