

# 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.



## Déclaration de Maladie

M23-0021399

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11037

Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENMAKHOUF LAÏLA

Date de naissance : 25.10.74

Adresse : 82, LÔT HADZA KPT 6 Sidi Moussa Casablanca

Tél. : 0661749599

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. B. SEKRAT**  
Médecin  
Lot Addoha Al Moustekbal  
Imm. A 24 GH.13 Appl.1 - Casa

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : BENMAKHOUF LAÏLA

Age : .....

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : lombalgie + Arthrose

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 : Casa

Le : 05 DEC 2023

Signature de l'adhérent(e) : .....

**Dr. B. SEKRAT**  
Médecin  
Lot Addoha Al Moustekbal  
Imm. A 24 GH.13 Appl.1 - Casa

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-021399

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

### 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
05 DEC 2023			15087	<b>Dr. B. SEKRAT</b> Méd. Dents C.C. Adjointe Al Moustakbal Imm. A 24 GH. 13 Appl. 1 - Casa 09 129 1954
25 JAN 2024				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/12/23	143.00
	28/11/24	301.7

# 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	

# VOLET ADHERENT

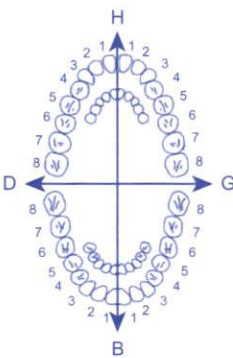
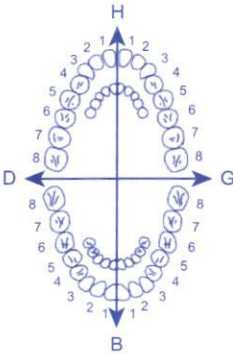
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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 <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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

**Dr. Bouchra SEKKAT**

*Médecine Générale*

Diplômée en Echographie

& Infection Sexuellement Transmissible - SIDA

Diplômée en Colposcopie & Gynécologie Médicale

Ancien Médecin au sein des Forces Armées Royales

**د. بشرى السقاط**  
الطب العام

اختصاصية في الفحص بالصدى (التفرة)

و الأمراض التناسلية السيدا

اختصاصية في التنظير المهلي و أمراض النساء

طبيبة سابقة بالقوات المسلحة الملكية

Casablanca, le : ..... 05 DEC 2023 .....

Mme BENMAKH LOUF LAILA

17.15

(1)

Relaxol

30,00

(2)

Dr. B. SEKKAT  
Moustaqbal  
Lot. 13 GH. 13 Apt. 1 Casa  
Tél. 05 22 32 10 07

60,40

(3)

Dr.

1 Apr

de la

Pharmacie

**Dr. B. SEKKAT**  
Médecin  
Moustaqbal  
Lot. 13 GH. 13 Apt. 1 Casa  
Tél. 05 22 32 10 07

Di-INDO® 100 mg 10 suppositoires

PPV 60DH40  
EXP 05/2026  
LOT 34012 7

RELAXOL 500MG/2MG

CP B20

P.P.V : 53DH10

LOT : 23E003  
PER : 02/2026



NO-DOL FEN 400MG

CP PELL B30

P.P.V : 30DH00

LOT : 24E001  
PER : 02/2026





**Dr. Bouchra SEKKAT**

Médecine Générale

Diplômée en Echographie

& Infection Sexuellement Transmissible - SIDA

Diplômée en Coloscopie & Gynécologie Médicale

Ancien Médecin au sein des Forces Armées Royales

**د. بشرى السقاط**

الطب العام

اختصاصية في الفحص بالصدى (التفردة)

و الامراض التناسلية السيدا

اختصاصية في التنظير المهبلي و أمراض النساء

طبيبة سابقة بالقوات المسلحة الملكية

Casablanca, le : ..... 25 JAN 2024 .....

Mme BENMAKHLOUF LAILA

89.70  
x2

1

Dr Norm

(S.V)

15 goutte / j au matin  
4 de midi

x 3 mois

3 mois

15 goutte / j

(S.V)

40 skin

x 3 mois

40.90  
x3

2

PHARMACIE EL-RAYANE  
17, rue L. N. Sidi Mârouf  
Tél : 05 22 32 10 07

301.7

**Dr. B. SEKKAT**  
Médic  
M. Housakbal  
Imm. A24 GH.13 Apt.1 - Casa

مجموعة الضحى المستقبل، م س GH13، العمارة A24، شقة 1 - سيدي معروف - الهاتف : 05 22 32,10 07 الدار البيضاء 20280

Groupe EDDOUHA AL MOSTAKBAL, GH13 Imm. A24, Appt N°1 - Sidi M aârouf - Tél.:05 22 32 10 07 - Casablanca 20280

البريد الإلكتروني : dr.bouchrasekkat@gmail.com

**ZINASKIN® 45 mg**

PPU 40DH90

EXP 06/2026

LOT 10058 69

20 comprimés effervescents

**ZINASKIN® 45 mg**

PPU 40DH90

EXP 06/2026

LOT 10058 69

20 comprimés effervescents

**ZINASKIN® 45 mg**

PPU 40DH90

EXP 06/2026

LOT 10058 69

20 comprimés effervescents

Lot:

230863

A consommer

avant le:

10/2026

PPC : 89,50 DH

Lot:

230863

A consommer

avant le:

10/2026

PPC : 89,50 DH