

# 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.

## Diagnostique 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

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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

**Déclaration de Maladie**

N° P19- 062104

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3265 Société : 46250

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Noufissa MEKOUAR Neuve ACHOUR Farid

Date de naissance : 20/02/52

Adresse : Résidence Doha - Villa 44 - Route Ouzemmour  
CASABLANCA

Tél. : 0661327412 Total des frais engagés : 66,06 Euros Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MATOL  
Résidence Ben Omar  
Rue Ibnou Nafis  
Tél. 022.09.34 14

Date de consultation : 09/10/2025

Nom et prénom du malade : Achem Noufissa Age : 44

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

Nature de la maladie : Polyarthrite Rhumatoïde

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
9/10/20	Cs		gratuit	<p><b>Dr Mekki SAKEDJ</b>  <b>RHUMATOLOGUE</b>  Résidence Ben Omar Pone 5  Rue Ibnou Chafiss Maârif  Tél: 022.99.34 14 / 15 Casa</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		66,06 €

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

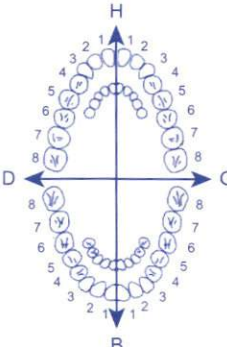
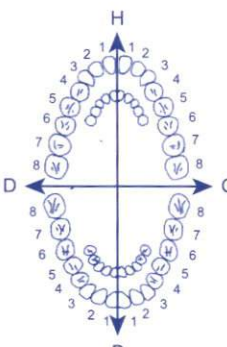
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  00000000  35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>  </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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'EXECUT

**Dr. Mekki SKIREDJ**

**RHUMATOLOGUE**

Maladies des Os, des Articulations  
de la Colonne Vertébrale  
et Rhumatisme Inflammatoires

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier

Osteopathie

Echographie Musculo Squelettique



**الدكتور المكي سكيرج**

اختصاصي في أمراض الروماتيزم  
العظام - المفاصل - العمود الفقري  
خريج كلية الطب بمونبولي  
التطبيب اليدوي  
فحص المفاصل بالصدى

Casablanca, le 09/10/20

Acteur Ep / Actor New form

Imet H Long : 6 boîtes  
1,5 cp / semaine

Dr. MEKKI SKIREDJ  
RHUMATOLOGUE  
RESID. BEN OMAR PORTE B, 5  
RUE IBNOU NAFISS - MAARIF  
TEL.: 022 99 34 14 / 15 - CASA

إقامة بن عمر - الباب B - 5 زنقة ابن النفيس - الطابق الثالث - المعاريف - البيضاء 05 22 99 34 14  
05 22 99 34 15 Résidence Ben Omar - Porte B - 5 Rue Ibnou Nafiss - 3ème Etage - Maârif - Casa



# IMETH

PC 03400938974041

SN 86606373146863

03.2023

999808



EXP :

Lot :



**IMETH**<sup>®</sup>  
méthotrexate

**10 mg**

**10 comprimés  
sécables**

**Prendre la dose prescrite  
1 seule fois par semaine**

Titulaire/Exploitant  
**NORDIC PHARMA**  
216 Bd Saint Germain  
75007 Paris



**IMETH + GROSSESSE  
= INTERDIT**

Ne pas utiliser chez la femme enceinte,  
ni chez l'adolescente ou la femme en âge  
de procréer, et sans contraception efficace.



3 400938 974041



PC 03400938974041

SN 77805793321426

03.2023

199808



EXP :

Lot :



**IMETH**<sup>®</sup>  
méthotrexate

**10 mg**

**10 comprimés  
sécables**

**Prendre la dose prescrite  
1 seule fois par semaine**

Titulaire/Exploitant  
**NORDIC PHARMA**  
216 Bd Saint Germain  
75007 Paris



**IMETH + GROSSESSE  
= INTERDIT**

Ne pas utiliser chez la femme enceinte,  
ni chez l'adolescente ou la femme en âge  
de procréer, et sans contraception efficace.



3 400938 974041



PC 03400938974041

SN 74735233941033

03.2023

199808



EXP :

Lot :



**IMETH**<sup>®</sup>  
méthotrexate

**10 mg**

**10 comprimés  
sécables**

**Prendre la dose prescrite  
1 seule fois par semaine**

Titulaire/Exploitant  
**NORDIC PHARMA**  
216 Bd Saint Germain  
75007 Paris



**IMETH + GROSSESSE  
= INTERDIT**

Ne pas utiliser chez la femme enceinte,  
ni chez l'adolescente ou la femme en âge  
de procréer, et sans contraception efficace.



3 400938 974041



# IMETH

PC 03400938974041  
SN 3464681128081  
03.2023  
1999808



**IMETH<sup>®</sup> 10 mg**  
méthotrexate  
10 comprimés  
sécables

**Prendre la dose prescrite  
1 seule fois par semaine**

Titulaire/Exploitant  
**NORDIC PHARMA**  
216 Bd Saint Germain  
75007 Paris

EXP :  
Lot :

**IMETH + GROSSESSE  
= INTERDIT**

Ne pas utiliser chez la femme enceinte,  
ni chez l'adolescente ou la femme en âge  
de procréer, et sans contraception efficace.



3 400938 974041



PC 03400938974041  
SN 36100933565747  
03.2023  
1999808



**IMETH<sup>®</sup> 10 mg**  
méthotrexate  
10 comprimés  
sécables

**Prendre la dose prescrite  
1 seule fois par semaine**

Titulaire/Exploitant  
**NORDIC PHARMA**  
216 Bd Saint Germain  
75007 Paris

EXP :  
Lot :

**IMETH + GROSSESSE  
= INTERDIT**

Ne pas utiliser chez la femme enceinte,  
ni chez l'adolescente ou la femme en âge  
de procréer, et sans contraception efficace.



3 400938 974041



PC 03400938974041  
SN 48092399866998  
03.2023  
1999808



**IMETH<sup>®</sup> 10 mg**  
méthotrexate  
10 comprimés  
sécables

**Prendre la dose prescrite  
1 seule fois par semaine**

Titulaire/Exploitant  
**NORDIC PHARMA**  
216 Bd Saint Germain  
75007 Paris

EXP :  
Lot :

**IMETH + GROSSESSE  
= INTERDIT**

Ne pas utiliser chez la femme enceinte,  
ni chez l'adolescente ou la femme en âge  
de procréer, et sans contraception efficace.



3 400938 974041



CARTE BANCAIRE  
SANS CONTACT



A00000000421010

CB

LE 10/10/20 A 10:48:58

PHIE DE MONDETOU

91400ORSAY

2094675 51952401100011

30002

#####4323

A768439C09D2EB88

001 000008 06 C

MONTANT :

9,22 EUR

DEBIT

TICKET CLIENT

A CONSERVER

-

CARTE BANCAIRE EMV

A0000000421010

CB PREMIER

LE 12/10/20 A 13:06:28

PHIE TILLEULS

93LE BLANC MESN

4156287 48062857700037

30004

#####4323

7F1AA1C307602167

001 000004 128 C @

MONTANT :

**33,32 EUR**

DEBIT

TICKET CLIENT

A CONSERVER

CARTE BANCAIRE  
SANS CONTACT



A00000000421010  
CB PREMIER  
LE 10/10/20 A 12:43:11  
PHARMACIE DU MA  
93LE BLANC MESN  
4746203 53173853200013  
30004  
#####4323  
8DE5D74072754A7D  
001 000007 68 C  
MONTANT :

**10,22 EUR**

DEBIT  
TICKET CLIENT  
A CONSERVER



CARTE BANCAIRE EMV

A0000000421010

CB PREMIER

LE 10/10/20 A 13:06:28

PHIE TILLEULS

93LE BLANC MESN

4156287 48062857700037

30004

2010

4972780171244323

7F1AA1C307602167

fin 31/05/22

001 000004 128 C @

NO AUTO: 923047

MONTANT :

**33,32 EUR**

DEBIT

TICKET COMMERCANT

A CONSERVER

**CARTE BANCAIRE  
SANS CONTACT )))**

A00000000421010

CB PREMIER

le 10/10/20 à 12:53:34

PHARMA DU CENTRE

93150LE BLANC M

2408166 30002

Siret 53974096900016

xxxxxxxxxxxxx4323

227FDCDD01CA22F4

002 000017 C @

No AUTO:059240

**MONTANT:13,30 EUR**

DEBIT

TICKET CLIENT

A CONSERVER