

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 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

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

Déclaration de Maladie

M23-012359

179362

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05683

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RACHIDI BOUSSA

Date de naissance :

05.07.1960

Adresse :

Tél. 06.6131.72.67 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Nezha EL FIHRI
Médecine Interne
38, Boulevard Bir Anzarane
Maârif - Casablanca
Tél : 05 22 99 33 34 / 35
091 220640

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : DR BOUSSA KHADIJA Age :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : Schizophrénie

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) :

[Signature]

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
18.08.2013	Actes	0	500.00	Dr. Nabil Nagi Médecine Internie Boulevard Bir Anzarane Maârif - Casablanca Tél: 05 22 99 34 35 06 62 06 40 15 Dr. Nabil Nagi Médecine Internie Boulevard Bir Anzarane Maârif - Casablanca 38, Maârif - Casablanca 34 / 35
11.09.2013	Actes	0	0.00	Dr. Nabil Nagi Médecine Internie Boulevard Bir Anzarane Maârif - Casablanca 38, Maârif - Casablanca 34 / 35

EXECUTION DES ORDONNANCES

Date	Montant de la Facture
28/1/23	26.20
1/9/23	269.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Chapitre 1 Préambule et signature du laboratoire et du Radiologue

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	H D B G	Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca le: 28.08.2023 في الدار البيضاء.

Myne DRIOUICH Khadja.

- 1- METHOTREXATE compte infichable
25 mg:
1/2 compte | prendre en
intramusculaire
x 3 mois
- 2- Acfol 5 mg: 26,60
2 cp | prendre à prendre
chaque après le méthotrexate
x 3 mois
- 3- Premium 50 mg:
1 bolus par le matin
jeu. x 1 mois



Dr. Nezha EL Fihri
 Médecine Interne
 38, Boulevard Bir Anzarane
 Maârif - Casablanca
 Tél: 05 22 99 33 35 / 06 64 60 23 43 / 05 22 99 33 34 / 35
 091220640

Casablanca le: 11/09/2023 الدار البيضاء، في

Mme Dridiha Khadija.

1- Fiofer:

2990

1 cp/jour 2990 x 2 mois.

(Ne pas prendre le jour du méthabenzate)

2- D- Cure forte: 4960

1 ampoule/jour x 3 mois.



Dr. Nezha EL FIHRI
Médecine interne
38 Boulevard Bir Anzarane
Maârif - Casablanca
Tél : 05 22 99 33 34 / 3
091220640

209.20

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

DRIOUICH

Khadija

(77166)

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

J J M M A A A A

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le pharmacien ou
le fournisseur)

Vd:JB

ADRESSE de L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

PHARMACIE CENTRALE

50 PHARMACIE D'OFFICINE

CONVENTIONNÉ

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE CENTRALE CLICHY

7 PL DE LA REPUBLIQUE

FRANCOIS MITTERAND CLICHY

92110 92136 5

=> Tel: 92 20 1567 2 00 1 10 0 50 n°AM

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

ETRANGER

nom et prénom

identifiant

raison sociale

n° de la structure

(AM, FINESS ou SIRET)

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

J J M M A A A A

date de l'accord préalable (le cas échéant)

J J M M A A A A

MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "*" et les recommandations importantes)

accident causé par un tiers : non

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

Code tarifaire détaillée	Code	Top	Base					Nb	Mode	Indic.	Date	Date
Acte	Cip/Lpp	Labo	Decond.	Qte	Rembt	Mt factu.	Libelle	Btes	Presc.	Substi.	Deb loc	Fin loc
PH7	34009	3012598	4	12	10.96	131.52	METHOTREXATE 12,5MG/0,					
HD7				12	1.02	12.24	Honoraire de dispensat					
HDR				1	0.51	0.51	HONORAIRE MEDICAMENT R					
HDE				1	3.57	3.57	HONORAIRE MEDICAMENT S					
Primer les codes à barres												
ou coller les étiquettes de la liste												
des produits et prestations												
dans l'ordre de la prescription												

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

1 4,784

Part ASS.: 147.84

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien
ou du fournisseur

PAZUELO Gabrielle

signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.

La première information à donner concerne la **personne recevant les soins et l'assuré(e)** :

Si vous ne payez pas votre pharmacien ou votre fournisseur, celui-ci remplira l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne.

Si vous payez votre pharmacien ou votre fournisseur, celui-ci indiquera uniquement vos nom et prénom, dans la zone prévue, selon vos indications ou au vu des informations portées dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres zones seront remplies par vous-même (*le code de l'organisme de rattachement n'est pas à préciser*).

- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous êtes **assuré(e) social(e)**, inscrivez seulement :
 - votre **numéro d'immatriculation** (en vous aidant de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne).
- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous n'êtes pas **assuré(e) social(e)**, indiquez :
 - votre **numéro d'immatriculation**,
 - ou** (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
 - votre **date de naissance**,
 - le **nom et le prénom de l'assuré(e) auquel** (à laquelle) vous êtes rattaché(e) et son **numéro d'immatriculation**,
- complétez enfin cette rubrique en indiquant l'adresse de l'assuré(e).

Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à compléter par votre pharmacien ou votre fournisseur, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.

- * • Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident causé par un tiers, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à l'accident auprès de l'assureur concerné.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident du travail, dont vous avez été victime, ou avec une maladie professionnelle, présentez-lui la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

Recommandations importantes :

Le double de votre prescription médicale doit être joint à l'envoi de votre feuille de soins (sauf en cas de renouvellement, ou s'il a été joint à la demande d'accord préalable).

Prévenez votre organisme d'assurance maladie en **cas de changement intervenant dans votre situation**, par exemple :

- **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : adressez-lui le relevé d'identité correspondant.
- **changement d'organisme** d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations, **n'oubliez pas** également d'indiquer **vos nouvelles adresses** sur la feuille de soins.

* **Si le pharmacien ou le fournisseur a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).**

N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.

PHARMACIE CENTRALE CLICHY
PAZUELO Gabrielle
92 2 02136 5
7 Place F Mitterrand
92110 CLICHY
TEL: 01.47.37.28.12

F A C T U R E N o 4 6 1 6 6 4

DRIOUICH

Khadija

ORDONNANCE DU 20/09/23 PRESCRITE PAR LE DOCTEUR ETRANGER
IDENTIFIE SOUS LE NUMERO

ASSURE: DRIOUICH

Khadija

No. SS:

MALADE: DRIOUICH

Khadija ne (e) le 00/00/1900

* CIP *	DESIGNATION	* TAREX	* PRIX TTC	* PRIX TIPS	* QTE	* MONTANT *
34009 3	METHOTREXATE 12,5MG/0,		11.98	11.98	12	143.76

SEPARL Pharmacie Centrale Clichy
7 Place de la République
92110 Clichy
01.47.37.28.12
FINES: 922021365 - STREET: 9757522400018
Pharmacie Centrale Clichy
7 Place de la République
92110 Clichy
01.47.37.28.12
FINES: 922021365 - STREET: 9757522400018

TOTAL FACTURE		147.84
TOTAL DE LA CAISSE PRIMAIRE		0.00
TOTAL DU PAR LA CAISSE COMPLEMENTAIRE		0.00
TOTAL ASSURE	147.84	Adh.
		147.84

Fitofefer®

B9

Fer encapsulé - Acide folique

30 comprimés
Voie orale



LOT: 230548
PER: 06/2028
PPC: 79.80dh

Pharmalife

RESEARCH

Vitamine C

Fitofefer®

B9

Fer encapsulé - Acide folique

30 comprimés
Voie orale

Fitofefer®
B9

LOT: 230548
PER: 06/2028
PPC: 79.80dh

Pharmalife

RESEARCH

Vitamine C 250mg

ACFOL® || 5mg

Acide folique / Comprimés

LOT: 14223002
PER: 01/2027
PPU: 26,20 DH

28

Comprimés
Voie orale

D-CURE® FORTE

3 ampoules buvables

PPV: 49, 60 DH
LOT: 23B09
EXP: 02/2026

Vitamine D3

Cholecalciferol 100 000 UI

108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc
Les laboratoires EFGO MAROC
AMM N° : 24/16DMP/21/NNP

ERGO Maroc

importe par :

Indications: suspensions, emulsions, suspensions, posologie, mises en garde spéciales : Cholecalciferol 100 000 UI 1 ml Exipients 4sp 1 ml Lire attentivement la notice avant utilisation.

- A conserver :
- Dans son emballage d'origine à l'abri de la lumière et à une température ne dépassant pas 30°C.
- Horne de la porte des enfants.

12,5 mg
0,25 mL

12,5 mg
0,25 mL

METHOTREXATE ACCORD 50 mg/mL, solution injectable en seringue préremplie

**METHOTREXATE
ACCORD 50 mg/mL,
solution injectable en
seringue préremplie**



Excipients : chlorure de sodium, hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables.
Voir la notice pour plus d'informations.

Voie sous cutanée uniquement.
Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

CYTOTOXIQUE



1 seringue préremplie

0,25 mL = 12,5 mg méthotrexate

12,5 mg
0,25 mL

12,5 mg
0,25 mL

METHOTREXATE ACCORD 50 mg/mL, solution injectable en seringue préremplie

**METHOTREXATE
ACCORD 50 mg/mL,
solution injectable en
seringue préremplie**



Excipients : chlorure de sodium, hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables.
Voir la notice pour plus d'informations.

Voie sous cutanée uniquement.
Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

CYTOTOXIQUE



1 seringue préremplie

0,25 mL = 12,5 mg méthotrexate

12,5 mg
0,25 mL

12,5 mg
0,25 mL

METHOTREXATE ACCORD 50 mg/mL, solution injectable en seringue préremplie

**METHOTREXATE
ACCORD 50 mg/mL,
solution injectable en
seringue préremplie**



Excipients : chlorure de sodium, hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables.
Voir la notice pour plus d'informations.

Voie sous cutanée uniquement.
Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

CYTOTOXIQUE



1 seringue préremplie

0,25 mL = 12,5 mg méthotrexate

12,5 mg
0,25 mL

12,5 mg
0,25 mL

METHOTREXATE ACCORD 50 mg/mL, solution injectable en seringue préremplie

**METHOTREXATE
ACCORD 50 mg/mL,
solution injectable en
seringue préremplie**



Excipients : chlorure de sodium, hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables.
Voir la notice pour plus d'informations.

Voie sous cutanée uniquement.
Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

CYTOTOXIQUE



1 seringue préremplie

0,25 mL = 12,5 mg méthotrexate

12,5 mg
0,25 mL

12,5 mg
0,25 mL

METHOTREXATE ACCORD 50 mg/mL, solution injectable en seringue préremplie

**METHOTREXATE
ACCORD 50 mg/mL,
solution injectable en
seringue préremplie**



Excipients : chlorure de sodium, hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables.
Voir la notice pour plus d'informations.

Voie sous cutanée uniquement.
Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

CYTOTOXIQUE



1 seringue préremplie

0,25 mL = 12,5 mg méthotrexate

12,5 mg
0,25 mL

12,5 mg
0,25 mL

METHOTREXATE ACCORD 50 mg/mL, solution injectable en seringue préremplie

**METHOTREXATE
ACCORD 50 mg/mL,
solution injectable en
seringue préremplie**



Excipients : chlorure de sodium, hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables.
Voir la notice pour plus d'informations.

Voie sous cutanée uniquement.
Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

CYTOTOXIQUE



1 seringue préremplie

0,25 mL = 12,5 mg méthotrexate

12,5 mg
0,25 mL

12,5 mg
0,25 mL

METHOTREXATE ACCORD 50 mg/mL, solution injectable en seringue préremplie

**METHOTREXATE
ACCORD 50 mg/mL,
solution injectable en
seringue préremplie**



Excipients : chlorure de sodium, hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables.
Voir la notice pour plus d'informations.

Voie sous cutanée uniquement.
Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

CYTOTOXIQUE



1 seringue préremplie

0,25 mL = 12,5 mg méthotrexate

12,5 mg
0,25 mL

12,5 mg
0,25 mL

METHOTREXATE ACCORD 50 mg/mL, solution injectable en seringue préremplie

**METHOTREXATE
ACCORD 50 mg/mL,
solution injectable en
seringue préremplie**



Excipients : chlorure de sodium, hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables.
Voir la notice pour plus d'informations.

Voie sous cutanée uniquement.
Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

CYTOTOXIQUE



1 seringue préremplie

0,25 mL = 12,5 mg méthotrexate

12,5 mg
0,25 mL

12,5 mg
0,25 mL

METHOTREXATE ACCORD 50 mg/mL, solution injectable en seringue préremplie

**METHOTREXATE
ACCORD 50 mg/mL,
solution injectable en
seringue préremplie**



Excipients : chlorure de sodium, hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables.
Voir la notice pour plus d'informations.

Voie sous cutanée uniquement.
Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

CYTOTOXIQUE



1 seringue préremplie

0,25 mL = 12,5 mg méthotrexate

12,5 mg
0,25 mL

12,5 mg
0,25 mL

METHOTREXATE ACCORD 50 mg/mL, solution injectable en seringue préremplie

**METHOTREXATE
ACCORD 50 mg/mL,
solution injectable en
seringue préremplie**



Excipients : chlorure de sodium, hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables.
Voir la notice pour plus d'informations.

Voie sous cutanée uniquement.
Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

CYTOTOXIQUE



1 seringue préremplie

0,25 mL = 12,5 mg méthotrexate

12,5 mg
0,25 mL

12,5 mg
0,25 mL

METHOTREXATE ACCORD 50 mg/mL, solution injectable en seringue préremplie

**METHOTREXATE
ACCORD 50 mg/mL,
solution injectable en
seringue préremplie**



Excipients : chlorure de sodium, hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables.
Voir la notice pour plus d'informations.

Voie sous cutanée uniquement.
Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

CYTOTOXIQUE



1 seringue préremplie

0,25 mL = 12,5 mg méthotrexate

12,5 mg
0,25 mL

12,5 mg
0,25 mL

METHOTREXATE ACCORD 50 mg/mL, solution injectable en seringue préremplie

**METHOTREXATE
ACCORD 50 mg/mL,
solution injectable en
seringue préremplie**



Excipients : chlorure de sodium, hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables.
Voir la notice pour plus d'informations.

Voie sous cutanée uniquement.
Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

CYTOTOXIQUE



1 seringue préremplie

0,25 mL = 12,5 mg méthotrexate