

## 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** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'I  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M23-012359 179362

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05623 Société : R.A.M.L  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
 Nom & Prénom : RACHIDI Hassan  
 Date de naissance : 05.07.1960  
 Adresse : /  
 Tél. 0661317267 Total des frais engagés : .....Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Dr. Nezha EL Fihri**  
Médecine Interne  
38, Boulevard Bir Anzarane  
Maarif - Casablanca  
Tél : 05 22 99 33 34 / 35  
091220640

Cachet du médecin : .....  
 Date de consultation : 28.08.2023  
 Nom et prénom du malade : DRICOUICH KHADIJA Age: .....  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection Rhumatismale  
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : Sclérose  
 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) : .....

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
28.08.2023	Contrôle	1	500 \$	Dr. Nour El Hachimi
11.09.2023	Contrôle	1	Arakut	Dr. Nour El Hachimi

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Date	Montant de la Facture
28/8/23	26.20
11/9/23	29.20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

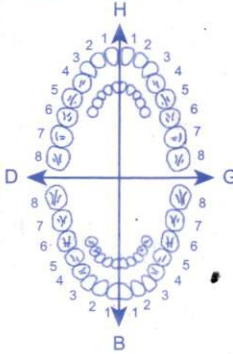
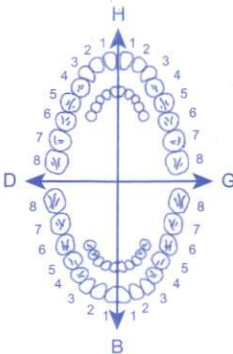
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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>D.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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

Casablanca le: 28.08.2023 في الدار البيضاء.

M<sup>me</sup> SAIDOUKH Khadija.

- 1- METHOTREXATE ampoule injectable  
25 mg.  
1/2 ampoule / semaine en  
intramusculaire.  
x 3 m<sup>is</sup>
- 2- Acfol 5 mg: 26,60  
2 cp / semaine à prendre  
2 jours après le méthotrexate  
x 3 m<sup>is</sup>
- 3- Thexium 20 mg:  
1 cp / jour le matin  
x 1 m<sup>is</sup>

PHARMACIE HATIM  
Dr. OTHMANI HASSAN  
127, Rue Prince My Abdellah  
Casablanca - Tél: 05 22 22 68 0  
INPE: 092030615

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



Casablanca le: 11.09.2023 في الدار البيضاء.

M<sup>me</sup> Drachem Khadija.

1. Fifer:

2970

1 cp / jour 2970 x 2 weeks.

(Ne pas prendre le jour du metkhabarak)

2 D- Cure Fok: 4960

1 ampoule / week x 3 weeks.

PHARMACIE HATIM  
Dr. OTHMANI Hasma  
127, Rue Prince My Abdellah  
Casablanca - Tél: 05.22.22.68.6

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

nom et prénom **DRIOUCH Khadija** (77166)

(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 elle

50 PHARMACIE D'OFFICINE

CONVENTIONNE

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE CENTRALE CLICHY

7 PL DE LA REPUBLIQUE

FRANCOIS MITTERRAND CLICHY

92110 CLICHY 5

=> Tel: 01 47 37 22 10 n°AM

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

ETRANGER

identifiant

raison sociale

n° de la structure  
(AM, FINES ou SIRET)

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

2 0 0 9 2 0 2 3

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 "a"  
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

PRODUITS & PRESTATIONS DEVENUS												
Code		Code	Top	Base				Nb	Mode	Indic.	Date	Date
tarification détaillée												
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					
imprimer les codes à barres												

imprimer 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 7 8 4

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



## 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 votre nouvelle adresse 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 Mitterand

92110 CLICHY

TEL: 01.47.37.28.12

FACTURE N° 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

Pharmacie Centrale Clichy  
SELARL Pharmacie Gabrielle Pazuelo  
7 place de la république  
92110 Clichy  
01.47.37.28.12  
FINES: 922021365 - SIRET: 9767522400018

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

# Fitofer<sup>®</sup>

B9

Fer encapsulé - Acide folique

**30** comprimés  
Voie orale

Pharmalife  
RESEARCH

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

**Fitofer<sup>®</sup>**  
B9

vitamine C



# Fitofer<sup>®</sup>

B9

Fer encapsulé - Acide folique

**30** comprimés  
Voie orale

Pharmalife  
RESEARCH

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

**Fitofer<sup>®</sup>**  
B9

vitamine C

# ACFOL®

5mg

Acide folique / Comprimés

LOT: 14223002

PER: 01/2027

PPV: 26,20 DH

28

Comprimés

Voie orale



**Composition :**

Cholecalciferol 100 000 UI

Excipients.....1ml

Indications, posologie, mises en garde spéciales : Lire attentivement la notice avant utilisation.

၂၆။ ပျဉ်းဝှံ ခံဝါ၊ ဧဝံ၊ အံဃဉာဏ်၊  
 ၂၇။ အံဃဉာဏ်၊ ပျဉ်းဝှံ ခံဝါ၊ ဧဝံ၊

Hors de la portée des enfants.  
- تجنب الاطفال من اللعب بالبطارية.  
- يحظر في اماكن العمل والمدرسة.  
- يحظر في حارة ولا يتجاوز 30 درجة.  
- يحظر في اماكن الاطفال والاطفال.

A CONSERVAT :

Dans son emballage d'origine à l'abri de la lumière et à une température ne dépassant pas 30°C.

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

Importe par :



Cholecalciferol 100 000 UI  
Vitamin D3

**D-CURE<sup>®</sup> FORTE**

3 ampoules buvables

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

**12,5 mg**  
**0,25 mL**

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

**12,5 mg**  
**0,25 mL**

**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.



**1 seringue préremplie**

**CYTOTOXIQUE**

**0,25 mL = 12,5 mg méthotrexate**



**12,5 mg**  
**0,25 mL**

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

**12,5 mg**  
**0,25 mL**

**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.



**1 seringue préremplie**

**CYTOTOXIQUE**

**0,25 mL = 12,5 mg méthotrexate**

**12,5 mg**  
**0,25 mL**

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

**12,5 mg**  
**0,25 mL**

**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.



**1 seringue préremplie**

**CYTOTOXIQUE**

**0,25 mL = 12,5 mg méthotrexate**



**12,5 mg**  
**0,25 mL**

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

**12,5 mg**  
**0,25 mL**

**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.



**1 seringue préremplie**

**CYTOTOXIQUE**

**0,25 mL = 12,5 mg méthotrexate**

**12,5 mg**  
**0,25 mL**

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

**12,5 mg**  
**0,25 mL**

**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.



**1 seringue préremplie**

**CYTOTOXIQUE**

**0,25 mL = 12,5 mg méthotrexate**

**12,5 mg**  
**0,25 mL**

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

**12,5 mg**  
**0,25 mL**

**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.



**1 seringue préremplie**

**CYTOTOXIQUE**

**0,25 mL = 12,5 mg méthotrexate**



**12,5 mg**  
**0,25 mL**

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

**12,5 mg**  
**0,25 mL**

**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.



**1 seringue préremplie**

**CYTOTOXIQUE**

**0,25 mL = 12,5 mg méthotrexate**

**12,5 mg**  
**0,25 mL**

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

**12,5 mg**  
**0,25 mL**

**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.



**1 seringue préremplie**

**CYTOTOXIQUE**

**0,25 mL = 12,5 mg méthotrexate**

**12,5 mg**  
**0,25 mL**

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

**12,5 mg**  
**0,25 mL**

**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.



**1 seringue préremplie**

**CYTOTOXIQUE**

**0,25 mL = 12,5 mg méthotrexate**



**12,5 mg**  
**0,25 mL**

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

**12,5 mg**  
**0,25 mL**

**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.



**1 seringue préremplie**

**CYTOTOXIQUE**

**0,25 mL = 12,5 mg méthotrexate**

**12,5 mg**  
**0,25 mL**

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

**12,5 mg**  
**0,25 mL**

**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.



**1 seringue préremplie**

**CYTOTOXIQUE**

**0,25 mL = 12,5 mg méthotrexate**

**12,5 mg**  
**0,25 mL**

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

**12,5 mg**  
**0,25 mL**

**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.



**1 seringue préremplie**

**CYTOTOXIQUE**

**0,25 mL = 12,5 mg méthotrexate**