

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'Indépendance
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
M23-012368

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05683 Société : R.A.N.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : RACHIDI RASHAN
 Date de naissance : 05.07.1960
 Adresse : 15 rue Saida ben Zouaim O. Elme
 Demeure Annexe
 Tél. : 0661 379261 Total des frais engagés : 147,84 € Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Nezha EL FIHRI
 Médecine Interne
 38, Boulevard Bir Anzaram
 Maârif - Casablanca
 Tél : 05 22 99 33 34 / 35
 091220640
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 04.01.2014
 Nom et prénom du malade : DRICOUCH KHADJA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Pleuro-pulmonaire chronique
 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 :

Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOLET ADHÉRENT

Déclaration

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
04.01.2024		5	500 DHS	Dr. Nezha El Meziane Médecine Bucco-Dentaire 38, Boulevard Bir Anzaf Madrif - Casablanca Tél : 05 22 99 33 34 35 091220640

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

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

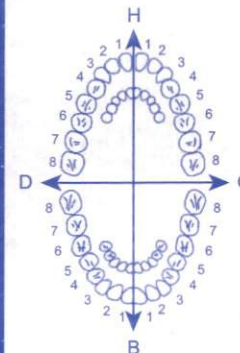
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca le: 04.01.2014 في الدار البيضاء.

M^{re} DRIONICH Khadija.

METHOTREXATE 12.5 mg injectable.

1 injection 8/c / par
semaine.

x 3 m^os-

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

DOCTEUR Nezha EL Fihri

Spécialiste en médecine interne

الدكتورة نزهة الفهري

متخصصة في الطب الباطني

Casablanca le: 04.01.2024 في الدار البيضاء

M^{me} DRICOWICH Khadija.METHOTREXATE 12.5 mg injectable1 injection 8/c / par
semaine.x 3 m^os-

Dr. Nezha EL Fihri
Médecine Interne
38, Boulevard Bir Anzarane
Maarif - Casablanca
Tel: 05 22 99 33 34 / 35
NO: 220640

Pharmacie Centrale Clichy
SELARL Pharmacie Gabrielle Pazuelo
7 place de la république
92110 Clichy
01.47.37.28.12
FINES: 922021365 - SIRET: 91757522400018

38 محج شارع بئر انزاران و زينة ابن سريج إقامة النور المعاريف الدار البيضاء
38 Angle Bd Bir Anzarane et Rue Ibnou Souraile Résidence Ennour Maarif Casablanca
Tel: 05 22 99 33 35 / 06 64 60 23 43 / Email: nelfihri@hotmail.com



PHARMACIE CENTRALE CLICHY
PAZUELO Gabrielle
7 Place F Mitterand
92110 CLICHY
France

N° SIREN : 977575224
N° TVA intracommunautaire : FR39977575224
Code NAF : 4773Z
N° téléphone : 01.47.37.28.12

DRIOUICH Khadija
92110 CLICHY LA GARENNE
France

Caisse : 01 Opérateur n° 5 AP
Client : DRIOUICH Khadija

Facture n° 288786 du 10/01/2024 - vente n° 124011000083 - FSE n° 470358

Code	Désignation	Qté	P.U.HT	Net HT (arrondi)	Taux TVA	Net TTC
34009 3012598 4	METHOTREXATE 12,5MG/0,25ML AC SER1	12	10,735	128,81	2,10	131,52
	HONORAIRE DE DISPENSATION	12	0,999	11,99	2,10	12,24
HDR	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	1	0,500	0,50	2,10	0,51
HDE	HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE	1	3,497	3,50	2,10	3,57

Quantité Produit : 12
Banque: LCL
IBAN: FR21 3000 2005 0800 0000 9593 Q66

Taux de TVA	Net HT	Montant TVA	Montant TTC
2,10	144,80	3,04	147,84
Totaux	144,80	3,04	147,84

Part principale		Part assuré	147,84
Part complémentaire			

Net à payer	147,84
-------------	--------

Membre d'une association agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté

Réglée en CARTE BANCAIRE, date d'échéance : 10/01/2024

Indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement en cas de paiement à une date ultérieure à celle figurant sur la facture : 40 €. Si les frais de recouvrement sont supérieurs à ce montant, une indemnisation complémentaire sera due, sur présentation des justificatifs.

Pharmacie Centrale Clichy
SELARL Pharmacie Gabrielle Pazuelo
7 place de la république
92110 Clichy
01.47.37.28.12
FINES : 922021365 - SIRET : 97757522400018

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

12,5 mg
0,25 mL

Méthotrexate

1 mL de solution contient 50 mg de méthotrexate (sous forme de méthotrexate disodique).
Chaque seringue préremplie de 0,25 mL contient 12,5 mg de méthotrexate.
Solution pour injection en seringue préremplie

A usage unique.

À utiliser une fois par semaine seulement le

.....

(inscrire en toutes lettres le jour de la semaine
où le produit doit être utilisé)



1 seringue préremplie



accord

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

12,5 mg
0,25 mL

Méthotrexate

1 mL de solution contient 50 mg de méthotrexate (sous forme de méthotrexate disodique).
Chaque seringue préremplie de 0,25 mL contient 12,5 mg de méthotrexate.
Solution pour injection en seringue préremplie

A usage unique.

À utiliser une fois par semaine seulement le

.....

(inscrire en toutes lettres le jour de la semaine
où le produit doit être utilisé)



1 seringue préremplie



accord

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

12,5 mg
0,25 mL

Méthotrexate

1 mL de solution contient 50 mg de méthotrexate (sous forme de méthotrexate disodique).
Chaque seringue préremplie de 0,25 mL contient 12,5 mg de méthotrexate.
Solution pour injection en seringue préremplie

A usage unique.

À utiliser une fois par semaine seulement le

.....

(inscrire en toutes lettres le jour de la semaine
où le produit doit être utilisé)



1 seringue préremplie



accord

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

12,5 mg
0,25 mL

Méthotrexate

1 mL de solution contient 50 mg de méthotrexate (sous forme de méthotrexate disodique).
Chaque seringue préremplie de 0,25 mL contient 12,5 mg de méthotrexate.
Solution pour injection en seringue préremplie

A usage unique.

À utiliser une fois par semaine seulement le

.....

(inscrire en toutes lettres le jour de la semaine
où le produit doit être utilisé)



1 seringue préremplie



accord

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

12,5 mg
0,25 mL

Méthotrexate

1 mL de solution contient 50 mg de méthotrexate (sous forme de méthotrexate disodique).
Chaque seringue préremplie de 0,25 mL contient 12,5 mg de méthotrexate.
Solution pour injection en seringue préremplie

A usage unique.

À utiliser une fois par semaine seulement le

.....

(inscrire en toutes lettres le jour de la semaine
où le produit doit être utilisé)



1 seringue préremplie



accord

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

12,5 mg
0,25 mL

Méthotrexate

1 mL de solution contient 50 mg de méthotrexate (sous forme de méthotrexate disodique).
Chaque seringue préremplie de 0,25 mL contient 12,5 mg de méthotrexate.
Solution pour injection en seringue préremplie

A usage unique.

À utiliser une fois par semaine seulement le

.....

(inscrire en toutes lettres le jour de la semaine
où le produit doit être utilisé)



1 seringue préremplie



accord

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

12,5 mg
0,25 mL

Méthotrexate

1 mL de solution contient 50 mg de méthotrexate (sous forme de méthotrexate disodique).
Chaque seringue préremplie de 0,25 mL contient 12,5 mg de méthotrexate.
Solution pour injection en seringue préremplie

A usage unique.

À utiliser une fois par semaine seulement le

.....

(inscrire en toutes lettres le jour de la semaine
où le produit doit être utilisé)



1 seringue préremplie



accord

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

12,5 mg
0,25 mL

Méthotrexate

1 mL de solution contient 50 mg de méthotrexate (sous forme de méthotrexate disodique).
Chaque seringue préremplie de 0,25 mL contient 12,5 mg de méthotrexate.
Solution pour injection en seringue préremplie

A usage unique.

À utiliser une fois par semaine seulement le

.....

(inscrire en toutes lettres le jour de la semaine
où le produit doit être utilisé)



1 seringue préremplie



accord

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

12,5 mg
0,25 mL

Méthotrexate

1 mL de solution contient 50 mg de méthotrexate (sous forme de méthotrexate disodique).
Chaque seringue préremplie de 0,25 mL contient 12,5 mg de méthotrexate.
Solution pour injection en seringue préremplie

A usage unique.

À utiliser une fois par semaine seulement le

.....

(inscrire en toutes lettres le jour de la semaine
où le produit doit être utilisé)



1 seringue préremplie



accord

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

12,5 mg
0,25 mL

Méthotrexate

1 mL de solution contient 50 mg de méthotrexate (sous forme de méthotrexate disodique).
Chaque seringue préremplie de 0,25 mL contient 12,5 mg de méthotrexate.
Solution pour injection en seringue préremplie

A usage unique.

À utiliser une fois par semaine seulement le

.....

(inscrire en toutes lettres le jour de la semaine
où le produit doit être utilisé)



1 seringue préremplie



accord

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

12,5 mg
0,25 mL

Méthotrexate

1 mL de solution contient 50 mg de méthotrexate (sous forme de méthotrexate disodique).
Chaque seringue préremplie de 0,25 mL contient 12,5 mg de méthotrexate.
Solution pour injection en seringue préremplie

A usage unique.

À utiliser une fois par semaine seulement le
.....
(inscrire en toutes lettres le jour de la semaine
où le produit doit être utilisé)



1 seringue préremplie

accord



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

12,5 mg
0,25 mL

Méthotrexate

1 mL de solution contient 50 mg de méthotrexate (sous forme de méthotrexate disodique).
Chaque seringue préremplie de 0,25 mL contient 12,5 mg de méthotrexate.
Solution pour injection en seringue préremplie

A usage unique.

À utiliser une fois par semaine seulement le

.....

(inscrire en toutes lettres le jour de la semaine
où le produit doit être utilisé)



1 seringue préremplie



accord

CARTE BANCAIRE
LCL

A00000000031010

TW Visa Card

LE 10/01/24 A 16:10:18

PHARMACIE GABRIE

92110

CLICHY

2147287 97757522400018

30002

#####5674

0B3FAA4D51CA44FD

001 000006 111 C @

NO AUTO: 823516

MONTANT :

147,84 EUR

DEBIT

TICKET CLIENT

A CONSERVER

MERCI AU REVOIR M1525585