

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : **05683**

Société : **R.A.M.**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RACHIDI FRISSON

Date de naissance :

05.07.1960

Adresse :

15 Rue Sarrat Ben Jannain 9 Palmer

Residence :

Residence Annasse

Tél. :

0661 377261 Total des frais engagés : **147,84 €** Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation :

04.07.2014

Nom et prénom du malade :

DR LOUCH KHADJA Age :

Lien de parenté :

Lui-même **Conjoint** **Enfant**

Nature de la maladie :

Afekhan

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 : **04/07/2014**

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
04/01/2014	5	500 DHS		Dr. Nezha BIRABARAN Médecine Interniste 38, Boulevard Bir Anzarane Marrakech - Casablanca Tél : 05 22 99 33 34 35 091220640

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 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			Coefficient des travaux			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000				
D		00000000 35533411	00000000 11433553				
B							
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS			
				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: 04/01/2024 الدار البيضاء، في:

Mme DIONICHE Khadija.METHOTREXATE 12.5 mg injectable.1 injection 8% par
Semaine.

x 3 mois-

Dr. Nezha EL FIHRI
Médecine Interne
38, Boulevard Bir Anzarane
Maârif - Casablanca
Tél : 05 22 99 33 34 / 35
001 220640

DOCTEUR Nezha EL FIHRI
Spécialiste en médecine Interne

الدكتورة نرفة الفهري
متخصصة في الطب الباطني

Casablanca le: 04.01.2024 في الدار البيضاء.

Mme DRIOMICH Khadifa.

METHOTREXATE 12.5 mg injectable.

1 injection 8/10 par
Semaine.

× 3 mois-

Dr. Nezha EL FIHRI
Médecine Interne
38, Boulevard Bir Anzarane
Maârif - Casablanca
Tél: 05 22 99 33 35 / 37
05 22 64 00 40

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

38 مجن شارع بدار زان و زنقة ابن سريج اقامة الور المغاريف الدار البيضاء
38 Angle Bd Bir Anzarane et Rue Ibnou Souraïde Résidence Ennour Maârif Casablanca
Tél: 05 22 99 33 35 / 06 64 60 23 43 / Email: nelefihri@hotmail.com



PHARMACIE CENTRALE CLICHY
PAZUELO Gabrielle
7 Place F Mitterrand
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
FINESS : 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)

PC: 03400930125984
SN: KYV8JES996RX
LOT: G2201801
EXP: 06/2025



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)

PC: 03400930125984
SN: KYV8JES996RX
LOT: G2201801
EXP: 06/2025



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)

PC: 03400930125984
SN: KYV8JES996RX
LOT: G2201801
EXP: 06/2025



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)

PC: 03400930125984
SN: KYV8JES996RX
LOT: G2201801
EXP: 06/2025



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)

PC: 03400930125984
SN: KYV8JES996RX
LOT: G2201801
EXP: 06/2025



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)

PC: 03400930125984
SN: KYV8JES996RX
LOT: G2201801
EXP: 06/2025



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)

PC: 03400930125984
SN: KYV8JES996RX
LOT: G2201801
EXP: 06/2025



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)

PC: 03400930125984
SN: KYV8JES996RX
LOT: G2201801
EXP: 06/2025



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)

PC: 03400930125984
SN: KYV8JES996RX
LOT: G2201801
EXP: 06/2025



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)

PC: 03400930125984
SN: KYV8JES996RX
LOT: G2201801
EXP: 06/2025



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)

PC: 03400930125984
SN: KYV8JES996RX
LOT: G2201801
EXP: 06/2025



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)

PC: 03400930125984
SN: KYV8JES996RX
LOT: G2201801
EXP: 06/2025



1 seringue préremplie

accord

CARTE BANCAIRE

LCL

A0000000031010

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