

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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-815743

17 92 97

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1600 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : LOUDGHIRI Abdellah

Date de naissance : 21/3/1948

Adresse : CHANTIMAR, IMPASSE Rue 1, N° 24 CASABLANCA

Tél. : 0661310004 Total des frais engagés : 10411,= Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. KOUTANI Abdellatif
Chirurgien Urologue
Polyclinique Ryad Annakhil
Hay Ryad - Rabat
INPE : 10111881

Date de consultation :

11/10/2023

Nom et prénom du malade :

LOUDGHIRI Abdellah

Age : 1948

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

ADK Insulte

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 : RABAT

Le : 11/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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 attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 11/10/2023 | CS | | 9 | INP : <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Pr. KOUTANI Abdelilah
Chirurgien Dentiste
Polyclinique Ryad Annakhil
Hay Ryad - Rabat
INPE : 101111821

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| Pharmacie du Mail Central Lot. 17 Lot. 4, 3, 2, 1 Rabat - Tél. : 00129210000003 INPE : 1020000003 | 11/10/2023 | 10411,00 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

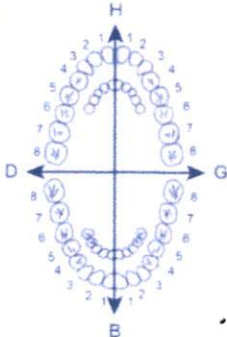
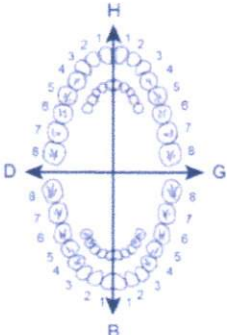
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------|-------------|---|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|--|---|
|  | | | | 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  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | H | | H | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | | D | | G | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | | B | | | 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"/> |
| | H | | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE DU MAIL CENTRAL

ILOT 17 LOT 4 SECT 9 HAY RIAD RABAT

ICE :001292180000003
INPE:102041019

R.C :71554 Patente:25564198
T.V.A :IF 93011797 C.N.S.S:2923028
Banque:BPRIAD181810212113124507000141
Tél :+212537716782

Le 11/10/2023

FACTURE N°528506

N° ICE :

MR LOUDGHIRI ABDELLAH

N° IF : 93011797

ICE N° :

| Qté | Désignation | PPV, Unitaire | Total BRUT | Dont TVA | % Taux |
|---|----------------------------|---------------|------------|------------------|--------|
| 1 | ABIRATERONE GT 250MG/120CP | 10 411,00 | 10 411,00 | | |
| <div>Pharmacie du Mail Central Ilot. 17 Dr. KHALID IDER Rabat - Lot. 4, Secteur 9 Hay Riad INPE : 102041019 ICE : 001292180000003</div> | | | | | |
| TOTAL T.T.C : | | | | 10 411,00 | |

| | | | | |
|--------------|---------------|-----------|----------------|---------|
| Nbr Articles | TVA 7% Base : | Montant : | TVA 20% Base : | Montant |
|--------------|---------------|-----------|----------------|---------|

Arrêté la présente facture à la somme de :
Dix Mille Quatre Cent Onze Dirhams.

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Dénomination du médicament

ABIRATERONE GT* 250 mg, comprimé en boîte de 120
Acétate d'abiraterone

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Que contient cette notice :

1. Qu'est-ce que ABIRATERONE GT* et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre ABIRATERONE GT* ?
3. Comment prendre ABIRATERONE GT* ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver ABIRATERONE GT* ?
6. Informations supplémentaires

1. QU'EST-CE QUE ABIRATERONE GT* ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

ABIRATERONE GT* contient un médicament appelé acétate d'abiraterone. Il est utilisé chez les hommes adultes pour traiter le cancer de la prostate qui s'est disséminé dans d'autres parties du corps. ABIRATERONE GT* arrête la production de testostérone par votre corps, ce qui peut ralentir la croissance du cancer de la prostate. Lors de votre traitement par ce médicament, votre médecin vous prescrira également un autre médicament appelé prednisone ou prednisolone. Cela permettra de réduire vos risques de développer une pression artérielle élevée, d'accumuler une quantité excessive d'eau dans votre corps (rétention hydrique), ou de présenter des taux réduits d'un composant chimique appelé potassium dans votre sang.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE ABIRATERONE GT* ?

Ne prenez jamais ABIRATERONE GT* :

- si vous êtes allergique à l'acétate d'abiraterone ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament (mentionnés dans la rubrique 6).
- si vous êtes une femme, surtout si vous êtes enceinte. ABIRATERONE GT* ne doit être utilisé que chez les patients de sexe masculin.
- si vous avez une lésion sévère du foie.

Ne prenez pas ce médicament si l'un des cas suivants vous concerne. En cas de doute, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre ce médicament.

Faites attention avec ABIRATERONE GT*

Adressez-vous à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre ce médicament :

- Si vous avez des troubles du foie ;
- Si on vous a dit que vous aviez une pression artérielle élevée ou une insuffisance cardiaque ou un faible taux sanguin de potassium (un faible taux sanguin de potassium peut augmenter le risque de troubles du rythme cardiaque) ;
- Si vous avez eu d'autres problèmes cardiaques ou vasculaires ;
- Si vous avez un rythme cardiaque rapide ou irrégulier ;
- Si vous êtes essoufflé ;
- Si vous avez pris du poids rapidement ;
- Si vous avez un gonflement des pieds, des chevilles ou des jambes ;
- Si vous avez pris comme traitement du cancer de la prostate, un médicament appelé kétoconazole ;
- Au sujet de la nécessité de prendre ce médicament avec de la prednisone ou de la prednisolone ;
- Au sujet des effets possibles sur vos os ;
- Si vous avez une glycémie (taux de sucre dans le sang) élevée.

Informez votre médecin si on vous a dit que vous aviez une maladie cardiaque ou vasculaire, y compris des troubles du rythme cardiaque (arythmie), ou si vous recevez des

ABIRATERONE GT* contient du lactose et du sodium

- ABIRATERONE GT* contient du lactose (un type de sucre). Si vous avez été informé par votre médecin que vous avez une intolérance à certains sucres, contactez votre médecin avant de prendre ce médicament.
- Ce médicament contient de sodium. Ceci est à prendre en compte chez les patients contrôlant leur apport alimentaire en sodium.

3. COMMENT PRENDRE ABIRATERONE GT* ?

Veuillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin.



LOT : 94075

EXP : 04/2025

PPV : 10 411 DH 00

peut devoir être modifiée en cas de survenue d'un effet indésirable médical. Votre médecin vous préviendra si vous devez changer la dose de prednisone ou de prednisolone que vous prenez. N'arrêtez pas de prendre la prednisone ou la prednisolone à moins que votre médecin ne vous le demande. Votre médecin peut également vous prescrire d'autres médicaments pendant votre traitement par ABIRATERONE GT* et la prednisone ou la prednisolone.

Si vous avez pris plus de ABIRATERONE GT* que vous n'auriez dû :

Si vous avez pris plus que vous n'auriez dû, prévenez immédiatement votre médecin ou allez immédiatement à l'hôpital.

Si vous oubliez de prendre ABIRATERONE GT* :

- Si vous oubliez de prendre ABIRATERONE GT* ou la prednisone ou la prednisolone, prenez votre dose habituelle le jour suivant.

- Si vous oubliez de prendre ABIRATERONE GT* ou la prednisone ou la prednisolone durant plus d'un jour, contactez votre médecin sans délai.

Si vous arrêtez de prendre ABIRATERONE GT*

N'arrêtez pas de prendre ABIRATERONE GT* ou la prednisone ou la prednisolone, à moins que votre médecin ne vous l'ait dit.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Arrêtez de prendre ABIRATERONE GT* et consultez immédiatement votre médecin si vous ressentez l'un des effets suivants :

- Faiblesse musculaire, contractions musculaires ou forts battements du cœur (palpitations). Ces derniers peuvent être le signe d'un faible taux de potassium dans votre sang.

Les autres effets indésirables incluent :

Très fréquents (peuvent affecter plus d'1 personne sur 10) :

Rétention d'eau dans vos jambes ou vos pieds, faible taux sanguin de potassium, pression artérielle élevée, infection des voies urinaires, diarrhée.

Fréquents (peuvent affecter jusqu'à 1 personne sur 10) :

Taux élevés de graisses dans votre sang, augmentation des résultats des tests de la fonction hépatique, douleur thoracique, troubles du rythme cardiaque, insuffisance cardiaque, rythme cardiaque rapide, infections, chutes.



Rabat, le : 11/05/20

M. le docteur Abdellatif

104M,00

Abdellatif G. 200

up /

x /

Pharmacie du Mail Central
Lot. 17, Dr. KHALID DER
Rabat - Tél.: 55 37 71 67 82
INPE : 102044019
ICE : 001292180000003

Pr. KOUTANI Abdellatif
Chirurgien Urologue
Polyclinique Ryad Annakhil
Hay Ryad - Rabat
INPE : 101111821

ملتقى شارع النخيل والطريق الدائري S، حي الرياض - الرباط

Angle Avenue Nakhil et Roudade S, Hay Riad - Rabat

Tél: +212 537 542 000 - Fax: +212 5 37 56 46 47 - Email: contact@pira.ma

Site web: www.pira.ma