

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 canaux, 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 canaux.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

## 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



186523

Déclaration de Maladie

M23- N° 0030698

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1600 Société : R A M  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : LOUDAHIRI Abdellah  
Date de naissance : 21 - 3 - 1948  
Adresse : LOT CHANTIMAR - IMPASSE Rue 1 - N° 24  
CASABLANCA  
Tél. : 06 61 31 00 04 Total des frais engagés : 10.904,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. KOUTANI Abdellatif  
Chirurgien Urologue  
Polyclinique Ryad Annakh  
Hay Ryad - Rabat  
N° 101111821

Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : LOUDAHIRI Abdellah Age : 1948  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Hémorroïdes & Inté  
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 : RABAT ACCUEIL Le : 12 / 12 / 2023  
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 attestant le Paiement des Actes
18/11/2023	C8		300,00DH	Pr. KOUTANI Abdelatif Chirurgien Urologue Polyclinique Badr Hay Ryad - Rabat INPE : 101111821

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

18/11/23

10664,40

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

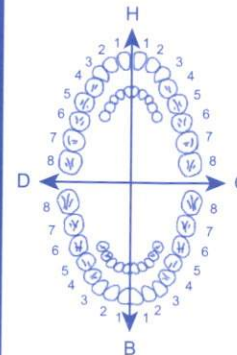
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# 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 00000000

35533411 11433553

G

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

NOM DU PATIENT : M. LOUDGHIRI ABDELLAH DATE DE NAISSANCE : 21/03/1948		
Reçu		
N°:246022		
Paielement du 12/12/2023 08h29		
Type	consultation	
Montant	300,00 Dh	
Type de paiement	Espèce	

POLYCLINIQUE INTERNATIONALE  
RIAD ANNAKHIL  
Secteur 11, Bp 14 Annakhil  
Hay Riad - Rabat  
Tél : +212 537 542 000  
E-mail : contact@pitr.ma  
(31)

Visa Caisse  
(10)



# 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 12/12/2023

**FACTURE N°541403**

N° ICE :

N° IF : 93011797

**MR LOUDGHIRI ABDELLAH**

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	ABIRATERONE GT 250MG/120CP	10 411,00	10 411,00		
1	CORTANCYL CO 20MG	45,80	45,80		
1	FLOTRAL CO 10MG 30U LP	147,60	147,60	9,66	7,00
<div>Pharmacie du Mail Central Dr. KHALID IDER Ilot. 17, Lot. 4, Secteur 9, Hay Riad Rabat - Tél. : +212 5 37 71 67 82 INPE : 102041019 ICE : 001292180000003</div>					

**TOTAL T.T.C :**

**10 604,40**

Nbr Articles	TVA 7% Base :	147,60	Montant :	9,66	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	--------	-----------	------	----------------	---------

**Arrêté la présente facture à la somme de :  
Dix Mille Six Cent Quatre Dirhams et 40 centimes.**





Rabat, le : 2-12-22

11 bou Sphar Abdellatif

11 F.60

11 F.60 LL1-

11/10

10/11/10

21 Shurtem 2000

45.80 11/10

31 Contre 1000

1060/11/10 11/10



Pharmacie du Mall Central  
Ilot. 17 Dr. KHALID IDER  
Rabat - Tél : 37 71 67 82  
INPE : 102041019 82  
ICE : 001292180000003

11/10

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

ملتقى شارع النخيل والطريق الدائري S، حي الرياض - الرباط

Angle Avenue Nakhil et Rocade 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

## NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Dénomination du médicament

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

Veillez 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.

## 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\* ?



exp : 09/2026  
Lot N° : 94217  
PPV : 10411DH00

## Que contient cette notice :

1. Qu'est-ce que ABIRATERONE GT\* et dans quel cas est 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

prednisone ou prednisolone. Prendre la prednisone ou la prednisolone en suivant exactement les indications de votre médecin.

- Vous devez prendre la prednisone ou la prednisolone tous les jours pendant votre traitement par ABIRATERONE GT\*.

- La dose de prednisone ou de prednisolone que vous prenez peut devoir être modifiée en cas de survenue d'une urgence médicale. Votre médecin vous prévendra 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 ÉVENTUELS ?

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

# FLOTAL® 10 mg

(Afluzosine), Comprimés à libération prolongée

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Elle contient des informations importantes sur votre traitement.
  - Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin.
  - Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même si les symptômes sont identiques, car cela pourrait lui être nocif.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau.

## Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE FLOTAL®, comprimés à libération prolongée ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE FLOTAL®, comprimés à libération prolongée ?
3. COMMENT PRENDRE FLOTAL®, comprimés à libération prolongée ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER FLOTAL®, comprimés à libération prolongée ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

## 1. QU'EST-CE QUE FLOTAL®, comprimés à libération prolongée ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

FLOTAL® contient de l'afluzosine qui appartient à la classe des alphabloquants. Ces médicaments agissent sur le système génito-urinaire et hormones sexuelles.

FLOTAL® est indiqué dans le :

- Traitement des symptômes fonctionnels de l'hypertrophie bénigne de la prostate.
- Traitement adjuvant au sondage vésical dans la rétention aiguë d'urine liée à l'hypertrophie bénigne de la prostate.

## 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE FLOTAL®, comprimés à libération prolongée ?

Ne prenez jamais FLOTAL®, comprimés à libération prolongée dans les cas suivants :

- Hypersensibilité à l'afluzosine et/ou à l'un des autres composants.
- Hypotension orthostatique.
- Insuffisance hépatique.
- Insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 30 ml/min).
- Si vous prenez certains médicaments utilisés dans le traitement du VIH (par exemple : inhibiteur de protéases associé au ritonavir ou au cobicistat), ou utilisés dans le traitement de l'hépatite C (par exemple le télaprévir ou le bocoprevir), ou utilisés dans le traitement de certaines infections fongiques (par exemple kétoconazole, itraconazole, posaconazole), ou utilisés dans certaines autres infections (par exemple : clarithromycine, amphotéricine B, rifampicine).

Traitement adjuvant au sondage vésical dans la rétention aiguë d'urine liée à l'hypertrophie bénigne de la prostate.

## Mode d'administration

Voie orale.

Le comprimé doit être avalé immédiatement après le repas. Les comprimés ne doivent pas être broyés ou broyés en poudre. Ces actions peuvent conduire à une libération et à une absorption inappropriée du médicament et, en conséquence, à des effets indésirables pouvant être précoces.

## Durée de traitement

SE CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DU MEDECIN.

Si vous avez pris plus de FLOTAL®, comprimés à libération prolongée que vous n'auriez dû :

Consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

En cas de surdosage, le malade sera hospitalisé et maintenu en position allongée. Un traitement classique de l'hypotension sera institué.

Du fait de sa fixation protéique élevée, l'afluzosine est difficilement dialysable.

Si vous oubliez de prendre FLOTAL®, comprimés à libération prolongée :

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre.

## 4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, FLOTAL®, comprimés à libération prolongée est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

### Fréquentement :

- Etourdissements, sensations vertigineuses, malaise, maux de tête;
- Troubles digestifs à type de nausées, douleurs dans le ventre;
- Sensation de fatigue.

### Peu fréquemment :

- Vertiges, somnolence, syncope, chute;
- Douleurs articulaires;
- Chute de cheveux;

FLOTAL® 10 mg  
30 comprimés à libération Prolongée  
Voie orale



6 118001 300150

PPV: 147 DH 60



