

# 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.

N° W21-801589

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 1600

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LOUDGHTIRI

LOUDGHTIRI ABDELLAH

Date de naissance : 21/11/1948

Adresse : LOT CHANTIMAR - IMPASSE Rue 1 - N° 24

Tél. : 06 61 31 00 02

Total des frais engagés : 10.456,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. KOUTANT Abdellah  
Chirurgien Urologue  
Polyclinique Ryad Annabki  
Hay Ryad - Rabat  
INPE : 10111183

Date de consultation : 1/6/2023

Nom et prénom du malade : LOUDGHTIRI Abdellah Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Adenomy

Le 16/06/2023

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 : RAM

Le : 16/06/2023

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
1/6/2023			50	INP : Dr. KOUATANI Abdellah Chirurgien Urologue Polyclinique Ryad Annakir Hay Ryad - Rabat N° : 101111521

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **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
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Rabat, le : 1 - 6 - 23

Mr. Lahceni Abellatif

10411,00

1/ Abri station GT - 200

449 10  
15,80 x

2/ Carton 10,00

10,00

10456,80

Pharmacie du Mail Central  
Dr. KHALID IDER  
N°17, Lot 4, Bât. 9, Hay Riad  
Rabat - 102041019  
INPE: 102480000003  
ICE: 00129248000003

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



ملاقى 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

Abiratérone GT 250mg

120 comprimés



exp : 01/2025  
Lot N°: 94026  
PPV :

# Cortancyl® 20 mg

Prednisone

Comprimé sécable

sanofi aventis

## IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### Composition

Prednisone ..... 20 mg

Excipients : amidon de maïs, lactose, talc, stéarate de magnésium pour un comprimé sécable.

### Forme pharmaceutique

Comprimé sécable (boîte de

### Classe pharmaco-thérapeutique

GLUCOCORTICOIDE - USAGE

(H : Hormones non sexuelles)

### DANS QUELS CAS UTILISER

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certains états anti-inflammatoire.

### ATTENTION !

#### Dans quel cas ne pas utiliser

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE

- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, varicelle, zona),
- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,
- antécédent d'allergie à l'un des composants.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE CONSULTER VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN

### Mises en garde spéciales

Ce médicament doit être pris sous surveillance

### AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vac

atif, de maladies du colon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment

45,80



Cortancyl® 20mg

20 Comprimés



6 118000 060680

OTRE

diges-



# PHARMACIE DU MAIL CENTRAL

ILLOT 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 09/06/2023

**FACTURE N°503881**

N° ICE :

N° IF : 93011797

**MR LOUDGHIRI ABDELLAH**

**ICE N° :**

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	CORTANCYL CO 20MG	45,80	45,80		
1	ABIRATERONE GT 250MG/120CP	10 411,00	10 411,00		
	<i>Pharmacie du Mail Central Dr. KHALID IDER Ilot. 17, Lot. 4 Secteur 9 Hay Riad Rabat Tel: 06 37 71 67 82 INPE : 102041019 ICE : 001292180000003</i>				

**TOTAL T.T.C :**

**10 456,80**

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

*Arrêté la présente facture à la somme de :  
Dix Mille Quatre Cent Cinquante Six Dirhams et 80 centimes.*