

## 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 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 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-801589

☒ **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 : 21/31 1948  
 Adresse : LOT CHANTIMAR - IMPASSE Rue 1 - N° 24  
 CASABLANCA  
 Tél. : 06 61 31 00 04 Total des frais engagés : 10.456,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. KOUTANI Abdellah  
Chirurgien Urologue  
Polyclinique Ryad Amal  
Hay Ryad - Rabat  
INPE : 101111221

Date de consultation : 1/6, 2023  
 Nom et prénom du malade : LOUDGHIRI Abdellah Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Adhénocarcinome de la prostate

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 : RAMBAT Le : 1/6 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
1/6/2023				INP : Pr. KOUTANI Abdelhak Chirurgien Urologue Polyclinique Ryad Annakhil Hay Ryad - Rabat INPE : 101111521

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Mail Central Lot 17, Lot 4, Secteur 9 Hay Riad Rabat - Tél.: 05 37 71 67 83 INPE : 0012921800000000	01/06/2023	12456,80

### 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	

### 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 canalaires, 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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Rabat, le : 10-6-23

Dr. Koutani Abdelatif

10411,00

1/ Abirineau GT - 200

45,80 x

2/ Catayl 10g

10g

Pharmacie du Mail Central  
Dr. KHALID IDER Riad  
Ilot. 17, Lot. 4, Sector 9, Hay 82  
Rabat - tél.: 06 37 71 67 82  
INPE : 102041019  
ICE : 001292480000003

x 1/2

10456,80

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



ملتقى شارع النخيل والطريق الدائري S، حي الرياض - الرباط

Angle Avenue Nakhil et Rocate 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<sup>®</sup> 250mg**

120 comprimés ☒



6 118000 420422 >

exp : 01/2025  
Lot N°: 94026  
PPV : 10411DH 00

# 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 20)

### Classe pharmaco-thérapeutique

GLUCOCORTICOÏDE - USAGE

(H : Hormones non sexuelles)

## DANS QUELS CAS UTILISER

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certains cas d'inflammation anti-inflammatoire.

## ATTENTION !

Dans quel cas ne pas utiliser

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE utilisé :

- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, 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 MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN

## Mises en garde spéciales

Ce médicament doit être pris sous surveillance médicale.

AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de

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



Cortancyl® 20mg

20 Comprimés



6 118000 060680





# 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 09/06/2023

**FACTURE N°503881**

N° ICE :

**MR LOUDGHIRI ABDELLAH**

N° IF : 93011797

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		
<b>Pharmacie du Mail Central</b> <b>Dr. KHALID IDER</b> Ilot. 17, Lot. 4, Secteur 9, Hay Riad Rabat, Tél. 06 37 71 67 82 INPE : 102041019 ICE : 001292180000003					
<b>TOTAL T.T.C :</b>				<b>10 456,80</b>	

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.**