

# 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

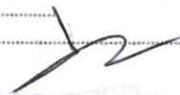
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

# Déclaration de Maladie

N° W21-802219



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 16-0	Société : RAM (171275)		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : LOUDGHIRI Abdellah			
Date de naissance : 21-3-1948			
Adresse : Lot CITANTIMAR, IMPASSE Rue 1, N° 24, LASA BLANCA			
Tél. 0661 31 80 94 Total des frais engagés : 10.456,80 Dhs			
<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px;"> <b>Cadre réservé au Médecin</b>            Cachet du médecin : MUPRAS 6 AOUT 2013            Date de consultation : 8/8/2023            Nom et prénom du malade : LOUDGHIRI Abdellah            Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant            Nature de la maladie : cancre            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.         </div>			
Dr. KOUTANI Abdellatif Chirurgien Urologue Polyclinique Ryad Annakhal Hay Ryad - Rabat INPE : 11 111821			
Age: 1948 <input type="checkbox"/> Enfant			

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 : 8/8/2023  
 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
8/8/23	CS		G	INP : <u>11111111111111111111</u> Pr. KOUTAÏD <u>Abdelatif</u> Chirurgien <u>Hépatologue</u> Polyclinique <u>Ryad Annakhi</u> Hay Ryad - Rabat INPE : 101111821

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICALS

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]																
				MONTANTS DES SOINS [ ]																
				DEBUT D'EXECUTION [ ]																
				FIN D'EXECUTION [ ]																
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]															
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B			G	00000000	11433553	35533411			MONTANTS DES SOINS [ ]
		H	25533412	21433552																
		D	00000000	00000000																
		B																		
		G	00000000	11433553																
35533411																				
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS [ ]																	
			DATE DE L'EXECUTION [ ]																	
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																				



exp : 03/2025  
Lot N° : 94065  
PPV : 10411DH 00

Rabat, le : 8-8-13

Mr. Longfellow Mr. Lowell

Лоуренс,

1/ Alnoretum 200 gr

15, 849113

21 entomol. long

long |

Pharmacie du Mail Central  
Dr. KHALID IDER  
Bât. 17, Lot. 4, Secteur 9, Hay Riad  
Rabat, Tél.: 0527 71 61 82  
INPE : 1024101  
ICE : 00129210

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

10456,80

ملاقى شارع النخيل والطريق الدائري 5 ، حي الرياض - الرياط

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](mailto:contact@pira.ma)

Site web: [www.pira.ma](http://www.pira.ma)

# Cortancyl® 20 mg

Prednisone

Comprimé sécable

SANOFI

**Veuillez lire attentivement 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, interrogez votre médecin ou 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 vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

## 1. QU'EST-CE QUE CORTANCYL 20 mg, comprimé sécable ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique - code ATC : H02AB07

GLUCOCORTICOÏDES - USAGE SYSTEMIQUE

(H. Hormones systémiques non sexuelles).

### Indications thérapeutiques

Ce médicament est un corticoïde (également appelé anti-inflammatoire stéroïdien).

Ce médicament est réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 6 ans et de plus de 20 kg.

Ce médicament est utilisé dans de nombreuses maladies, où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire. Son action est utile dans le traitement de nombreuses affections inflammatoires ou allergiques.

À fortes doses, ce médicament diminue les réactions immunitaires et est donc également utilisé pour prévenir ou traiter le rejet de greffes d'organes.

## 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE CORTANCYL 20 mg, comprimé sécable ?

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

### Ne prenez jamais CORTANCYL 20 mg, comprimé sécable :

- Si vous êtes allergique à la prednisone ou à l'un des autres composants contenus dans CORTANCYL 20 mg, comprimé sécable, mentionnés à la rubrique 6.
- Si vous avez une infection.

• Si vous souffrez actuellement d'une maladie virale (hépatite virale, varicelle) ou qui peut réapparaître (herpès, zona).

• Si vous avez des problèmes de santé qui pourraient empêcher l'absorption de ce médicament. Si vous n'êtes pas traité pour ces problèmes, contactez votre médecin.

• Si vous êtes enceinte ou si vous êtes allaitante. Si vous êtes enceinte, contactez votre médecin.

• Chez l'enfant, contactez votre médecin avant de faire avaler de la pilule.

**Avertissement** : Ce médicament peut entraîner une surveillance médicale.

Avant le traitement, prévenez votre médecin.

• Si vous avez des maladies de cœur, de la circulation sanguine ou des vaisseaux.

• Si vous avez des maladies de la thyroïde, de la glande surrénale ou de la glande pituitaire.

• Si vous avez une maladie de la peau (éczéma, psoriasis, etc.) ou une maladie de la glande thyroïde.

• Si vous avez une maladie de la glande thyroïde ou une maladie de la glande pituitaire.

• Si vous avez une maladie de la glande thyroïde ou une maladie de la glande pituitaire.

• Si vous avez une maladie de la glande thyroïde ou une maladie de la glande pituitaire.

• Si vous avez une maladie de la glande thyroïde ou une maladie de la glande pituitaire.

• Si vous avez une maladie de la glande thyroïde ou une maladie de la glande pituitaire.

• Si vous avez une maladie de la glande thyroïde ou une maladie de la glande pituitaire.

• Si vous avez une maladie de la glande thyroïde ou une maladie de la glande pituitaire.

• Si vous avez une maladie de la glande thyroïde ou une maladie de la glande pituitaire.

• Si vous avez une maladie de la glande thyroïde ou une maladie de la glande pituitaire.

• Si vous avez une maladie de la glande thyroïde ou une maladie de la glande pituitaire.

• Si vous avez une maladie de la glande thyroïde ou une maladie de la glande pituitaire.

• Si vous avez une maladie de la glande thyroïde ou une maladie de la glande pituitaire.

• Si vous avez une maladie de la glande thyroïde ou une maladie de la glande pituitaire.

• Si vous avez une maladie de la glande thyroïde ou une maladie de la glande pituitaire.

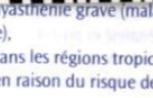
• Si vous avez une maladie de la glande thyroïde ou une maladie de la glande pituitaire.

CORTANCYL 20 MG

CP SEC B20

6 118000 060680

45,80





# 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 15/08/2023

FACTURE N°516738

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		

Pharmacie du Mail Central  
Dr. KHALID DER  
Illet 17, Lot. 4, Secteur 9, Hay Riad  
Rabat - Tel: 05 37 71 67 82  
INPE : 102041019  
ICE : 001292180000003

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.