

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° W21-802219

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1600 Société : RAM 171775

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LOUDGHIRI Abdellah

Date de naissance : 21-3-1948

Adresse : LOT CHANTIMAR, IMPASSE Rue 1, n° 24, CASABLANCA

Tél. : 06 31 31 00 04 Total des frais engagés : 10456,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. KOUTANI Abdellatif
Chirurgien Urologue
Polyclinique Ryad Annakhil
Hay Ryad - Rabat
INPE : 10111821

Date de consultation : 8/8/2023

Nom et prénom du malade : LOUDGHIRI Abdellah Age : 1948

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : cancer Le test

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 : 8/8/2023

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 8/8/23 | CS | | 9 | INP : [] [] [] [] [] [] [] [] Pr. KOUTAM Koutam Chirurgien / Odontologue Polyclinique Ryad Annakhil Hay Ryad - Rabat INPE : 10111821 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Pharmacie du Mail Central Pt. 17, Lot. 4, Secteur 9 Hay Riad Rabat - Tél.: 05 37 71 67 82 INPE : 102041019 CE : 001292180000003 | 15/08/23 | 10456,80 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

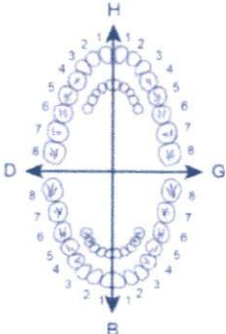
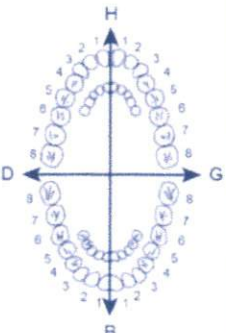
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 | INP : [] [] [] [] [] [] [] [] | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------------|-------------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---|
|  | | | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION [] | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION [] |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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

Rabat, le : 8-8-13

Dr. Koutani Abdellatif

10456,80

1/ Abiradum 200 gr

45,80 4 gmg

2/ entanul 10mg

10mg

Sm

Pharmacie du Mail Central
Dr. KHALID IDER
Ilot. 17, Lot. 7, Secteur 9, Hay Riad
Rabat - Tél.: 0537 71 67 82
ICE INPE : 10211016782
ICE : 0012921000003

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

10456,80

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

Cortancyl® 20 mg

Prednisone

Comprimé sécable

SANOFI

Veillez 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

GLUCOCORTICOIDES - 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 mortels ou graves, vous n'êtes pas traité pour...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

CORTANCYL 20MG
CP SEC B20



6 118000 060680

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

- Si vous êtes...

45,80



Adressez-vous à votre médecin avant de prendre CORTANCYL 20 mg, comprimé sécable si vous souffrez de :

- Sclérodémie (également connue sous le nom de sclérose systémique, un trouble auto-immun), car des doses journalières de 15 mg ou plus peuvent augmenter le risque de développer une complication grave appelée crise rénale



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 15/08/2023

FACTURE N°516738

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 | | |
| <div>Pharmacie du Mail Central Dr. KHALID IDER Ilot 17, Lot. 4, Secteur 9, Hay Riad Rabat - Tél : +212 537 71 67 82 INPE : 102041019 ICE : 001292180000003</div> | | | | | |
| 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.