

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

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 - 8ème 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



Déclaration de Maladie

N° P19-0030484

ND 28212

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ESSAMAD RAFIK Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ESSAMAD RAFIK 8037

Date de naissance :

Adresse : 06 6000 9674

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : MALADIE Longue Durée

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-030484

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>Pharmacie ACHOUR 61, Av des F.A.R. - Casablanca Tél: 0522 31 16 40 / 0522 31 43 89</p>	24.1.20	226,40

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

[illegible]

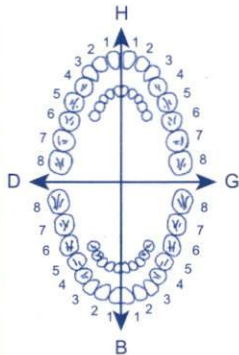
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div>CCEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div>
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>				
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <hr/> <p>D G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div>				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

PER:08 2023

LOT:19E002

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



6

118000

mc 061465

PRE de s

une

est conseillé de prendre le

le prise immédiatement au

ir rubrique 3: « COMMENT I

t, comprimé pelliculé sécable 2 q

ditions les plus favorables pour

nterrompre de plusieurs heures

et ne prendre une autre dose durant la même nuit.

Chez certains sujets, ce médicament peut provoquer des

réactions contraires à l'effet recherché : insomnie,

cauchemars, agitation, nervosité, euphorie ou irritabilité,

tension, modifications de la conscience, voire des

comportements potentiellement dangereux (agressivité

envers soi-même ou son entourage, ainsi que des troubles

du comportement et des actes automatiques tels que

somnambulisme, conduite automobile sans être

complètement réveillé avec absence de souvenir au

réveil). Si une ou plusieurs de ces réactions surviennent, Ce

contactez le plus rapidement possible votre médecin. Ce

médicament contient du lactose. Son utilisation est

déconseillée chez les patients présentant une intolérance

au galactose, un déficit en lactase de Lapp ou un

syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose

(maladies héréditaires rares). Les benzodiazépines et

produits apparentés doivent être utilisés avec prudence

chez le sujet âgé, en raison du risque de somnolence

et/ou de relâchement musculaire qui peuvent favoriser les

chutes, avec des conséquences souvent graves dans cette

population. **Utilisation chez les insuffisants hépatiques**

sévères N'utilisez pas STILNOX si vous avez une

insuffisance hépatique sévère car cela peut entraîner un

œdème du cerveau

précautions d'emploi Ce traitement

est à lui seul résoudre les difficultés

il convient de demander conseil à

indiquera les conduites pouvant

prise de ce médicament nécessite

é notamment en cas de maladie

volisme et d'insuffisance

il peut révéler un autre trouble,

ie. En cas de persistance ou

nie après une période courte de

le médecin. Ce médicament ne

chez le sujet présentant une

Stilnox

Tartrate de zolpidem

10mg

20 comprimés pelliculés sécables

PER:08 2023

LOT:19E002

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



6

118000

mc 061465

PRE de s

une

est conseillé de prendre le

le prise immédiatement au

ir rubrique 3: « COMMENT I

t, comprimé pelliculé sécable 2 q

ditions les plus favorables pour

nterrompre de plusieurs heures

et ne prendre une autre dose durant la même nuit.

Chez certains sujets, ce médicament peut provoquer des

réactions contraires à l'effet recherché : insomnie,

cauchemars, agitation, nervosité, euphorie ou irritabilité,

tension, modifications de la conscience, voire des

comportements potentiellement dangereux (agressivité

envers soi-même ou son entourage, ainsi que des troubles

du comportement et des actes automatiques tels que

somnambulisme, conduite automobile sans être

complètement réveillé avec absence de souvenir au

réveil). Si une ou plusieurs de ces réactions surviennent, **Ce**

contactez le plus rapidement possible votre médecin. **Ce**

médicament contient du lactose. Son utilisation est

déconseillée chez les patients présentant une intolérance

au galactose, un déficit en lactase de Lapp ou un

syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose

(maladies héréditaires rares). Les benzodiazépines et

produits apparentés doivent être utilisés avec prudence

chez le sujet âgé, en raison du risque de somnolence

et/ou de relâchement musculaire qui peuvent favoriser les

chutes, avec des conséquences souvent graves dans cette

population. **Utilisation chez les insuffisants hépatiques**

sévères N'utilisez pas STILNOX si vous avez une

Stilnox

Tartrate de zolpidem

10mg

20 comprimés pelliculés sécables



PER:08 2023

LOT:19E002

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



6

118000

mc 061465

PRE de s

une

est conseillé de prendre le

le prise immédiatement au

ir rubrique 3: « COMMENT I

t, comprimé pelliculé sécable 2 q

ditions les plus favorables pour

nterrompre de plusieurs heures

et ne prendre une autre dose durant la même nuit.

Chez certains sujets, ce médicament peut provoquer des

réactions contraires à l'effet recherché : insomnie,

cauchemars, agitation, nervosité, euphorie ou irritabilité,

tension, modifications de la conscience, voire des

comportements potentiellement dangereux (agressivité

envers soi-même ou son entourage, ainsi que des troubles

du comportement et des actes automatiques tels que

somnambulisme, conduite automobile sans être

complètement réveillé avec absence de souvenir au

réveil). Si une ou plusieurs de ces réactions surviennent, **Ce**

contactez le plus rapidement possible votre médecin. **Ce**

médicament contient du lactose. Son utilisation est

déconseillée chez les patients présentant une intolérance

au galactose, un déficit en lactase de Lapp ou un

syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose

(maladies héréditaires rares). Les benzodiazépines et

produits apparentés doivent être utilisés avec prudence

chez le sujet âgé, en raison du risque de somnolence

et/ou de relâchement musculaire qui peuvent favoriser les

chutes, avec des conséquences souvent graves dans cette

population. **Utilisation chez les insuffisants hépatiques**

sévères N'utilisez pas STILNOX si vous avez une

insuffisance hépatique sévère car cela peut entraîner un

œdème du cerveau

cautions d'emploi Ce traitement

est à lui seul résoudre les difficultés

il convient de demander conseil à

indiquera les conduites pouvant

prise de ce médicament nécessite

é notamment en cas de maladie

volisme et d'insuffisance

il peut révéler un autre trouble,

ie. En cas de persistance ou

nie après une période courte de

le médecin. Ce médicament ne

chez le sujet présentant une

Stilnox

Tartrate de zolpidem

10mg

20 comprimés pelliculés sécables

PER:08 2023

LOT:19E002

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



6

118000

mc 061465

PRE de s

une

est conseillé de prendre le

le prise immédiatement au

ir rubrique 3: « COMMENT I

t, comprimé pelliculé sécable 2 q

ditions les plus favorables pour

nterrompre de plusieurs heures

et ne prendre une autre dose durant la même nuit.

Chez certains sujets, ce médicament peut provoquer des

réactions contraires à l'effet recherché : insomnie,

cauchemars, agitation, nervosité, euphorie ou irritabilité,

tension, modifications de la conscience, voire des

comportements potentiellement dangereux (agressivité

envers soi-même ou son entourage, ainsi que des troubles

du comportement et des actes automatiques tels que

somnambulisme, conduite automobile sans être

complètement réveillé avec absence de souvenir au

réveil). Si une ou plusieurs de ces réactions surviennent, **Ce**

contactez le plus rapidement possible votre médecin. **Ce**

médicament contient du lactose. Son utilisation est

déconseillée chez les patients présentant une intolérance

au galactose, un déficit en lactase de Lapp ou un

syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose

(maladies héréditaires rares). Les benzodiazépines et

produits apparentés doivent être utilisés avec prudence

chez le sujet âgé, en raison du risque de somnolence

et/ou de relâchement musculaire qui peuvent favoriser les

chutes, avec des conséquences souvent graves dans cette

population. **Utilisation chez les insuffisants hépatiques**

sévères N'utilisez pas STILNOX si vous avez une

insuffisance hépatique sévère car cela peut entraîner un

œdème du cerveau

cautions d'emploi Ce traitement

est à lui seul résoudre les difficultés

il convient de demander conseil à

indiquera les conduites pouvant

prise de ce médicament nécessite

é notamment en cas de maladie

volisme et d'insuffisance

il peut révéler un autre trouble,

ie. En cas de persistance ou

nie après une période courte de

le médecin. Ce médicament ne

chez le sujet présentant une

Stilnox

Tartrate de zolpidem

10mg

20 comprimés pelliculés sécables