

# 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.

**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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 072019

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4798 Société : 171633  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre  
 Nom & Prénom : Seddikoui Cherifa  
 Date de naissance : 27/07/1992  
 Adresse : 17 avenue Hassan Elghur Casablanca  
 Tél. : 06 61 57 2467 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Docteur Salihia ABDOL N  
 Médecin Généraliste  
 N°538, Madinat Arrahmân 2 - Etg. 1  
 Tél : 06.43.57.19.54  
 Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 15/08/2023  
 Nom et prénom du malade : SEDDIKIOUI CHERIFA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Diabète  
 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 : Casablanca Le : 15/08/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



## 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, parodontologie 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Alail Ben Abdelhak - 1<sup>er</sup> étage Angle Rue Mohamed El Fassi et Rue Alail Ben Abdelhak - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (RG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-769778

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : \_\_\_\_\_ Société : \_\_\_\_\_

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : \_\_\_\_\_

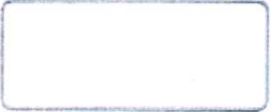
Nom & Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

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° W21-769778

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 : \_\_\_\_\_



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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de T... 01 JUL. 2023 31 Avenue de Metz - 54320 MAAS Tél. : 03 83 35 50 47	23/06/23	35€10

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
		AM	PC	IM	IV	

**VOLET ADHERENT**

\* 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 canalaire, 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 H 25503412 / 21433552 00000000 / 00000000 D 00000000 / 00000000 25503411 / 11433552 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, Nécessaire à la prothèse			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  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		

DR SALIHA ABDOUN

Médecine Générale  
Ecographie Générale-ECG  
Suivi de grossesse  
Diabète et Hypertension



الدكتورة صالحة عبدون  
الطب العام  
الفحص بالصدى تخطيط القلب  
تتبع الحمل  
السكري و الضغط الدموي

## Ordonnance Médicale

Casablanca Le 23 - 06 - 2023 في الدار البيضاء

SEDDIQUIOUI CHERIFA

SITAGLIPTINE 100 mg

1cp lj pelt 3 mois

Docteur Saliha ABDOUN  
Médecin Généraliste

N° 538, Madinat Arrahma 2 - Etg. 1  
Tél : 06.43.57.19.54

538 مدينة الرحمة ، النواصر ، الطابق الأول ، الدار البيضاء

538, Madinat Arrahma, Nouaceur, Etg 1, Casablanca

GSM 06 43 57 19 54 - E-mail : abdoun.saliha@hotmail.fr



sarl PHARMACIE DU TRIANON  
au capital social de 200000 euros  
. MME BLANCHET  
31-45, ROUTE DE METZ  
54320 MAXEVILLE  
FRANCE  
Tel: 0383355047  
N° SIRET : 51865870300021 - N° SIREN : 518658703  
TVA Intracommunautaire : FR91518658703  
RCS : RCS NANCY 518 658 703 - Ville de greffe : nancy  
Code NAF/APE: 4773Z

Page 1 / 1

# FACTURE

N°4149/374370

Du 23/06/2023

Date de l'échéance 24/06/2023

SEDDIQUIOUI CHERIFA  
31 avenue de metz  
54320 MAXEVILLE  
FRANCE

Prescripteur : MEDECIN Etranger  
N° AM : 541999991  
Opérateur: MJ G

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
SITAGLIPTINE 100MG BGR CPR 30 3400930239087 N° Ordonnancier : 521202 N° Lots : STC2212	PH4	0	3	9,128	2,10%	27,39
Honor. dispens. HD4	HD4	0	3	0,999	2,10%	3,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50
Honor. dispens. HDE	HDE	0	1	3,500	2,10%	3,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
34,38	2,1% (4)	0,72	35,10
<b>Total HT</b>		<b>Total TVA</b>	<b>Total TTC</b>
34,38		0,72	35,10

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	35,10

Mode(s) de règlement	
Espèces	35,10

Reste dû	0,00
----------	------

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

(u) indique les quantités unitaires

(\*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

413617/00

# SITAGLIPTINE BGR® 100 mg

**TITULAIRE/EXPLOITANT : Laboratoires Biogaran**  
15, boulevard Charles de Gaulle - 92707 Colombes Cedex  
Pas de précautions particulières de conservation.  
Médicament autorisé n° 34009 302 390 8 7

**30**   
COMPRIMÉS  
PÉLICULÉS

## SITAGLIPTINE BGR® 100 mg



**CE MÉDICAMENT  
+ GROSSESSE  
= DANGER**

**Ne pas utiliser chez la femme  
enceinte, sauf en l'absence  
d'alternative thérapeutique**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

LISTE I. UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



PLAQUETTE VIDE  
+ ETUI  
+ NOTICE



PLAQUETTE  
NON VIDE  
+ PHARMACIE

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS

**30**   
COMPRIMÉS  
PÉLICULÉS

2

## SITAGLIPTINE BGR® 100 mg

**COMPOSITION :** Sitagliptine..... 100 mg  
(sous forme de chlorhydrate de sitagliptine monohydraté)  
Pour un comprimé pelliculé.

**MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :**  
Voie orale. Lire la notice avant utilisation.



**30**   
COMPRIMÉS  
PÉLICULÉS



PC: 03400930239087  
SN: 95530184652592  
LOT: STC2301A  
EXP: 02 2026

**BIOGARAN**

## SITAGLIPTINE BGR® 100 mg

**30**   
COMPRIMÉS  
PÉLICULÉS

VOIE ORALE

NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR	EN <b>1</b> SEULE PRISE	<b>4</b> DURÉE	 <b>ADULTE</b>
------------------------------------	----------------------------------	-------------------	--

413617/00

# SITAGLIPTINE BGR® 100 mg

**TITULAIRE/EXPLOITANT : Laboratoires Biogaran**  
15, boulevard Charles de Gaulle - 92707 Colombes Cedex  
Pas de précautions particulières de conservation.  
Médicament autorisé n° 34009 302 390 8 7

**30**   
COMPRIMÉS  
PÉLICULÉS

## SITAGLIPTINE BGR® 100 mg



**CE MÉDICAMENT  
+ GROSSESSE  
= DANGER**

**Ne pas utiliser chez la femme  
enceinte, sauf en l'absence  
d'alternative thérapeutique**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

LISTE I. UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



PLAQUETTE VIDE  
+ ETUI  
+ NOTICE



PLAQUETTE  
NON VIDE  
+ PHARMACIE

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS

**30**   
COMPRIMÉS  
PÉLICULÉS

2

## SITAGLIPTINE BGR® 100 mg

**COMPOSITION :** Sitagliptine..... 100 mg  
(sous forme de chlorhydrate de sitagliptine monohydraté)  
Pour un comprimé pelliculé.

**MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :**  
Voie orale. Lire la notice avant utilisation.



**30**   
COMPRIMÉS  
PÉLICULÉS



PC: 03400930239087  
SN: 95530184652592  
LOT: STC2301A  
EXP: 02 2026

**BIOGARAN**

## SITAGLIPTINE BGR® 100 mg

**30**   
COMPRIMÉS  
PÉLICULÉS

VOIE ORALE

NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR	EN <b>1</b> SEULE PRISE	<b>4</b> DURÉE	 <b>ADULTE</b>
------------------------------------	----------------------------------	-------------------	--



413617/00

# SITAGLIPTINE BGR® 100 mg

**TITULAIRE/EXPLOITANT : Laboratoires Biogaran**  
15, boulevard Charles de Gaulle - 92707 Colombes Cedex  
Pas de précautions particulières de conservation.  
Médicament autorisé n° 34009 302 390 8 7

**30**   
COMPRIMÉS  
PÉLICULÉS

## SITAGLIPTINE BGR® 100 mg



**CE MÉDICAMENT  
+ GROSSESSE  
= DANGER**

**Ne pas utiliser chez la femme  
enceinte, sauf en l'absence  
d'alternative thérapeutique**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

LISTE I. UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



PLAQUETTE VIDE  
+ ETUI  
+ NOTICE



PLAQUETTE  
NON VIDE 

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS

**30**   
COMPRIMÉS  
PÉLICULÉS

2

## SITAGLIPTINE BGR® 100 mg

**COMPOSITION :** Sitagliptine..... 100 mg  
(sous forme de chlorhydrate de sitagliptine monohydraté)  
Pour un comprimé pelliculé.

**MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :**  
Voie orale. Lire la notice avant utilisation.

**30**   
COMPRIMÉS  
PÉLICULÉS



## SITAGLIPTINE BGR® 100 mg

**30**   
COMPRIMÉS  
PÉLICULÉS



PC: 03400930239087  
SN: 95530184652592  
LOT: STC2301A  
EXP: 02 2026

**BIOGARAN**

VOIE ORALE

NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR	EN <b>1</b> SEULE PRISE	 DURÉE	 <b>ADULTE</b>
------------------------------------	----------------------------------	--	--