

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4798 Société : 171693  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : SEDDIKIOUT CHERIFA  
Date de naissance : 27/07/1943  
Adresse : 18 avenue Hassan II  
Casablanca  
Tél. : 06.61.57.24.02 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Docteur Saliha ABDOU  
Médecin Généraliste  
N°538, Madinat Arrahim 2 Etg.1  
Tél : 06.43.57.19.54  
Date de consultation : 15/08/2023  
Nom et prénom du malade : SEDDIKIOUT 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.  
15 AOUT 2023  
MUPRAS  
ACCIDENT  
Le : 15/08/2023  
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  
Signature de l'adhérent(e) : SEDDIKIOUT CHERIFA

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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 Fazil et Rue Alali Ben Abdellah - Quartier de l'Hôpital Casablanca 20000 - Tel : 05 22 70 45 45 (0) - Fax : 05 22 22 78 12 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-769778

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Autorisation CNPD N° : A-1-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : 	
Date de consultation : _____ / _____ / _____	
Nom et prénom du malade : _____ Age : _____	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie      N° W21-769778

Rémplissez 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 : \_\_\_\_\_

**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
				INP : <input type="text"/>

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de l'Ordonnance	23/06/23	35€10

01 JUIL. 2023  
35, avenue de Metz - 54320 MAXÉVILLE  
Tél. : 03 83 35 50 47

**ANALYSES - RADIographies**

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

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHÉRENT

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

**RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser le dent traité. L'acte praticien 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'EXÉCUTION	<input type="text"/>
FIN D'EXÉCUTION	<input type="text"/>

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS D'ODF SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
DATE DE L'EXÉCUTION	<input type="text"/>

**ODF PROTHÈSES DENTAIRES**

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
H	26630410	21433650	
D	00000000	00000000	
	00000000	00000000	
	26630411	11433650	
B			

[Création, remont, adjonction]  
fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la prothèse

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION			

DR SALIHA ABDOUN  
Médecine Générale  
Ecographie Générale-ECG  
Suivi de grossesse  
Diabète et Hypertension



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

### Ordonnance Médicale

الدار البيضاء في 23-06-2023  
Casablanca Le 23-06-2023

SEDDIQUIOUI CHERIFA

SITAGLIPTINE 100 mg

1cp jz pdt 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	PH4	0	3	9,128	2,10%	27,39
N° Ordonnancier : 521202						
N° Lots : STC2212						
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>
<b>34,38</b>		<b>0,72</b>	<b>35,10</b>

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

# SITAGLIPTINE BGR® 100 mg

413617/00

**TITULAIRE / EXPLOITANT :** Laboratoires Biogaran  
15, boulevard Charles de Gaulle - 92700 Colombes Cedex  
Pas de précautions particulières de conservation.  
Médicament autorisé n° 34009 302 390 8 7

**30**  
COMPRIMÉS  
PELICULÉS

# 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 PRÉSCRITES**

**LISTE I. UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE**



**PLAQUETTE VIDE  
+ ETU  
+ NOTICE**

**PLAQUETTE NON VIDE  
BAC À LA FIN  
PHARMACIE**

**TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS**

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  
PELICULÉS



# SITAGLIPTINE BGR® 100 mg

**30**  
COMPRIMÉS  
PELICULÉS

**VOIE ORALE**

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

**ADULTE**



EXPIRATION : 02/2024  
LOT : 101515  
N° : 955330  
PC : 0340093032827

**BIOGARAN**

# SITAGLIPTINE BGR® 100 mg

413617/00

**TITULAIRE / EXPLOITANT :** Laboratoires Biogaran  
15, boulevard Charles de Gaulle - 92700 Colombes Cedex  
Pas de précautions particulières de conservation.  
Médicament autorisé n° 34009 302 390 8 7

**30**  
COMPRIMÉS  
PELICULÉS

# 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 PRÉSCRITES**

**LISTE I. UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE**



**PLAQUETTE VIDE  
+ ETU  
+ NOTICE**

**PLAQUETTE NON VIDE  
BAC À LA FIN  
PHARMACIE**

**TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS**

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  
PELICULÉS



# SITAGLIPTINE BGR® 100 mg

**30**  
COMPRIMÉS  
PELICULÉS

**VOIE ORALE**

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

**ADULTE**



EXPIRATION : 02/2024  
LOT : 101515  
N° : 955330  
PC : 0340093032827

**BIOGARAN**

# SITAGLIPTINE BGR® 100 mg

413617/00

**TITULAIRE / EXPLOITANT :** Laboratoires Biogaran  
15, boulevard Charles de Gaulle - 92700 Colombes Cedex  
Pas de précautions particulières de conservation.  
Médicament autorisé n° 34009 302 390 8 7

**30**  
COMPRIMÉS  
PELICULÉS

# 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 PRÉSCRITES**

**LISTE I. UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE**



**PLAQUETTE VIDE  
+ ETU  
+ NOTICE**

**PLAQUETTE NON VIDE  
BAC À LA FIN  
PHARMACIE**

**TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS**

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  
PELICULÉS



# SITAGLIPTINE BGR® 100 mg

**30**  
COMPRIMÉS  
PELICULÉS

**VOIE ORALE**

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

**ADULTE**



EXPIRATION : 02/2024  
LOT : 101515  
N° : 955330  
PC : 03400930342827

**BIOGARAN**