

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal Ben Abdellah - Quartier de l'I
Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 15 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-452448

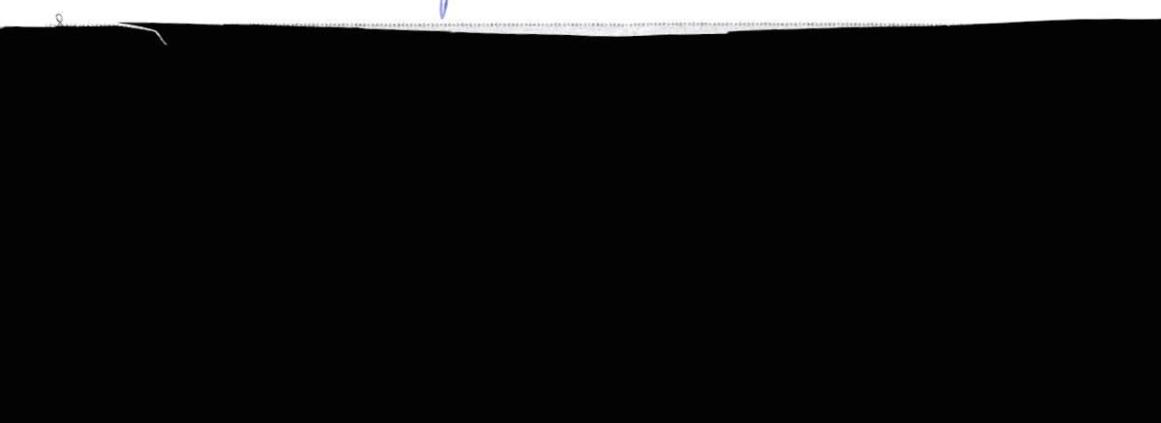
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	3495	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ESSALHI ABDELAZIZ			
Date de naissance : 14/10/31			
Adresse : HOSPITALITE AESSALHI 9 ROYAL AIR MAROC 300 Dhs			
Tél. :	0665 23 85 16	Total des frais engagés :	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. WINDY Maria Médecin de Sport Ministère de la Jeunesse et des Sports			
Date de consultation :	14/10/13	Age :	17 ans
Nom et prénom du malade :	ESSALHI ABDELAZIZ		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Contre grippe		
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 : 12F Le : 17/10/13

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 l'exécution des Actes
11/10/19	C G			<i>Dr. WINDY Maria Médecin de Sport Ministère de la Jeunesse et des Sports</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du dispensaire	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie de Bettana</i> Tél./Fax 05 37 80 64 49 4, Rue Doukkala, Bettana-Sale	17-10-19	300,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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	
		A M	P C	I M	I V

VOLET ADHERENT	
<p>* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.</p>	

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 : <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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 00000000 35533411	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	D 00000000			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



ORDONNANCE

Rabat le : ١٢/٠٩/١٤

الرباط في :

جـ ١٢٥٦٣

لـ مـ دـ مـ دـ مـ دـ

١٠٠x٣ يـ كـ لـ اـ كـ اـ كـ اـ

٣٠٠,٠٠ لـ ١ـ جـ سـ لـ لـ لـ

جـ لـ لـ



Dr. WINDY MARIA
Médicin de Sport
Ministère de la Jeunesse et des Sport

27

Jasmin 0.03 ملخ / 3 ملخ
 دروسيبرينون 3 ملخ
 إيتينيل إستاديول 0.03 ملخ

RESPECTER LA DOSE PRESCRITE

يجب التقيد بالمقاييس الموصوفة

Liste I
 Uniquement sur
 prescription médicale.

— 21 حبة مغلفة
 — يؤخذ عن طريق الفم

86357518



Jasmine®

0,03mg/3mg



Jasmine®

Fabricant:
 Bayer AG
 13353 Berlin, Allemagne

Titulaire-Exploitant:
 Bayer S.A., Tour Ivoire 1 - 3^e Etage
 Bd Sidi Mohamed Ben Abdellah
 Marina Casablanca

— 1 x 21 comp.
 pelliculés

— Voie orale

— 1 x 21 comp.
 pelliculés

— Voie orale

Jasmine®
 0,03mg/3mg



LOT : K102246
 EXP : 07.2024

Chaque comprimé pelliculé contient
 Drosperénone 3,00 mg
 Ethinylestradiol 0,03 mg
 Excipient à effet notoire:
 Lactose monohydraté
 A conserver à une température
 ne dépassant pas +25°C, dans
 l'emballage extérieur
 Tenir hors de la portée
 et de la vue des enfants
 Lire attentivement la
 notice avant utilisation

AMM N° 622 DMP/21/NCI_{R1}

Jasmine / 21 cps
 Drosperénone/Ethinylestradiol.

P.P.V. : 100,00 DH
 Bayer S.A.



86357518

6 118001 090327

يحتوي كل قرص مغلف على :
 دروسيبرينون 3 ملخ
 إيتينيل إستاديول 0.03 ملخ
 يبحظ في درجة حرارة لا تتجاوز
 25 درجة مئوية في العبوة الأصلية
 سواع ذو تأثير معروف : لكتوز
 يجب حفظ الدواء بعيداً
 عن متناول الأطفال
 راجع النشرة جيداً قبل الاستعمال

Bayer

27

Jasmin 0.03 ملخ / 3 ملخ
 دروسيبرينون 3 ملخ
 إيتينيل إستاديول 0.03 ملخ

RESPECTER LA DOSE PRESCRITE

يجب التقيد بالمقاييس الموصوفة

Liste I
 Uniquement sur
 prescription médicale.

— 21 حبة مغلفة
 — يؤخذ عن طريق الفم

86357518



Jasmine®

0,03mg/3mg



Jasmine®

Fabricant:
 Bayer AG
 13353 Berlin, Allemagne

Titulaire-Exploitant:
 Bayer S.A., Tour Ivoire 1 - 3^e Etage
 Bd Sidi Mohamed Ben Abdellah
 Marina Casablanca

— 1 x 21 comp.
 pelliculés

— Voie orale

— 1 x 21 comp.
 pelliculés

— Voie orale

Jasmine®
 0,03mg/3mg



LOT : K102246
 EXP : 07.2024

Chaque comprimé pelliculé contient
 Drosopirénone 3,00 mg
 Ethinylestradiol 0,03 mg
 Excipient à effet notoire:
 Lactose monohydraté
 A conserver à une température
 ne dépassant pas +25°C, dans
 l'emballage extérieur
 Tenir hors de la portée
 et de la vue des enfants
 Lire attentivement la
 notice avant utilisation

AMM N° 622 DMP/21/NCI_{R1}

Jasmine / 21 cps
 Drosopirénone/Ethinylestradiol.

P.P.V. : 100,00 DH
 Bayer S.A.



86357518

6 118001 090327

يحتوي كل قرص مغلف على :
 دروسيبرينون 3 ملخ
 إيتينيل إستاديول 0.03 ملخ
 يبحظ في درجة حرارة لا تتجاوز
 25 درجة مئوية في العبوة الأصلية
 سواع ذو تأثير معروف : لكتوز
 يجب حفظ الدواء بعيداً
 عن متناول الأطفال
 راجع النشرة جيداً قبل الاستعمال

Bayer

27

Jasmin 0.03 ملخ / 3 ملخ
 دروسيبرينون 3 ملخ
 إيتينيل إستاديول 0.03 ملخ

RESPECTER LA DOSE PRESCRITE

يجب التقيد بالمقاييس الموصوفة

Liste I
 Uniquement sur
 prescription médicale.

— 21 حبة مغلفة
 — يؤخذ عن طريق الفم

86357518



Jasmine®

0,03mg/3mg



Jasmine®

Fabricant:
 Bayer AG
 13353 Berlin, Allemagne

Titulaire-Exploitant:
 Bayer S.A., Tour Ivoire 1 - 3^e Etage
 Bd Sidi Mohamed Ben Abdellah
 Marina Casablanca

— 1 x 21 comp.
 pelliculés

— Voie orale

— 1 x 21 comp.
 pelliculés

— Voie orale

Jasmine®
 0,03mg/3mg



LOT : K102246
 EXP : 07.2024

Chaque comprimé pelliculé contient
 Drosperénone 3,00 mg
 Ethinylestradiol 0,03 mg
 Excipient à effet notoire:
 Lactose monohydraté
 A conserver à une température
 ne dépassant pas +25°C, dans
 l'emballage extérieur
 Tenir hors de la portée
 et de la vue des enfants
 Lire attentivement la
 notice avant utilisation

AMM N° 622 DMP/21/NCI_{R1}

Jasmine / 21 cps
 Drosperénone/Ethinylestradiol.

P.P.V. : 100,00 DH
 Bayer S.A.



86357518

6 118001 090327

يحتوي كل قرص مغلف على :
 دروسيبرينون 3 ملخ
 إيتينيل إستاديول 0.03 ملخ
 يبحظ في درجة حرارة لا تتجاوز
 25 درجة مئوية في العبوة الأصلية
 سواع ذو تأثير معروف : لكتوز
 يجب حفظ الدواء بعيداً
 عن متناول الأطفال
 راجع النشرة جيداً قبل الاستعمال

Bayer