

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

Béclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhésion@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.

**MURAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horlog
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (1/2) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.muras24.com**



Déclaration de Maladie

Nº W21-623943

69026

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		RAON	
Matricule : 867	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	Veuve
Nom & Prénom : LAMDAHIRT LALLA ZAHRA		Date de naissance : 1942	
Adresse : 44 Rte ALMAHdia, Angle B ^e MACoub ALMANSOUR Beaufeuil		Total des frais engagés : 1308,70	
Tél. : 0660976387	Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-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 pionconfidential 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 :		
à l'adhérent(e) : 	2021	

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 : *Montreal* le *12/01/2022*

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 :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie SENHAJA HEALTH Dr. SENHAJI ABDELHAMID 98-100 Rue Capitaine LOUBEI KHALIL Hay Mohammadi - CASABLANCA Tél : 0522 62.38.14	05/03/21	130.81.70

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

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

Dr Alami Mohamed
Professeur en Cardiologie
264 Bd Ghandi.
Residence Jawhara
Casablanca 20200

ORDONNANCE

05/03/2021

LAMDAGHRI LALLA ZAHRA

629,00 x 2

XARELTO 20

1cp 1J

50,70
CARDENSIEL 2,5

1cp 1J

XARELTO 20 mg ○
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V : 629,00 DH
Bayer S.A.

6 118001 090808

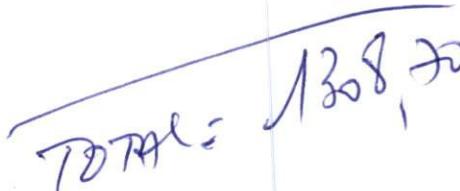
XARELTO 20 mg ○
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V : 629,00 DH
Bayer S.A.

6 118001 090808


6 118001 100859

Corr 
Cardensiel 2,5mg B30
PPV: 50,70 DH

Dr. ALAMI M
Professeur en Cardiologie
264, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél. 0522 390112; Urgences 061157806


TOTAL: 138,70



Pharmacie SENHAJA HEALTH
Dr. SENHAJA AP DELHAMID
98-100, Rue Capitaine LOUBEI KHALILI
Hay Mohammadi - CASABLANCA
Tél. 0522 623814



PHARMACIE SENHAJA HEALTH

Abdelhamid SENHAJI - Docteur en Pharmacie

Casablanca Le : 05/03/2021

Client(e) : LAMDAGHRI LALLA ZAHRA

FACTURE N° : 9419

Qte	Désignation	PPV / Unité	Total Brût
2	XARELTO 20 MG BT 28 CP	629,00	1 258,00
1	CARDENSIEL 2,5 MG BT 30 CP	50,70	50,70
3		TOTAL NET	1 308,70

Arrête la Présente Facture à la Somme de :

MILLE TROIS CENT HUIT DIRHAMS ET SOIXANTE-DIX CENTIMES.