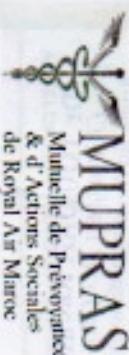


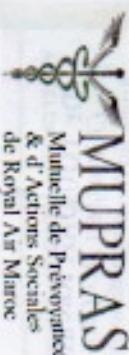
RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

N° W21-801209

163606



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

- Maladie**
- Dentaire**
- Optique**
- Autres**

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être clairement 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 radios peut être demandé par le médecin conseil de jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pti 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (cl)			
Matricule : 4305	Pensionné(e) <input checked="" type="checkbox"/> Actif	Société : RAN	
Nom & Prénom : ESS-SAFI SAKHL			
Date de naissance : 26/10/1963	LOT L'OCEAN VEN DAE BOAZA		
Adresse : Casablanca			
Tél : 0661130023 Total des frais engagés : DHS			
Cadre réservé au Médecin DR MOUSSA RACHID Chirurgien Dentiste CIN : 02/106/2023 Nom et prénom du malade : ESS-SAFI JAMAL Date de consultation : 02/106/2023 Cachet du médecin :			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : Dois pas plus de deux En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Dans le cas où la maladie aurait un caractère professionnel, communiquer les renseignements sous plafond 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 Signature de l'adhérente(e) : 2-A			

VOLET ADHÉRENT	
Adresses Mails utiles	
0 Réclamation : contact@mupras.com	
0 Prise en charge : pec@mupras.com	
0 Athéisme et changement de statut : athesism@mupras.com	
Déclaration de maladie N° W21-801209	
Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricole : Nom de l'adhérente(e) :	Total des frais engagés : Date de dépôt :

BELÈVE DES FRAIS ET HONORAIRES

La protection est, près du préteur la clé d'un traité, l'acte préposé qu'en introduit la nature des soins.

Important: Veiligheid en gezondheid zijn voorrangshouders en zijn de voorrangshouders van de trainingsvoerder en de trainee.

SOINS DENTAIRES	Dents Traînées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 84 914 105	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	144	cas + 64	3		
	13	cas + 64	3		

3845,00

D'EXÉCUTION

PROTHÉSES DENTAIRES	MASTICATEUR	COEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS
	H 28593412 214336682 00000000 00000000 G D 00000000 00000000 B 225233411 114323253	D 3.300,00	

NAME	
John Doe	
ADDRESS	
123 Main Street	
CITY	
New York City	
STATE	
New York	
ZIP CODE	
100-0000	
DATE OF BIRTH	
1955-07-14	
DATE OF EXECUTION	
1995-07-14	

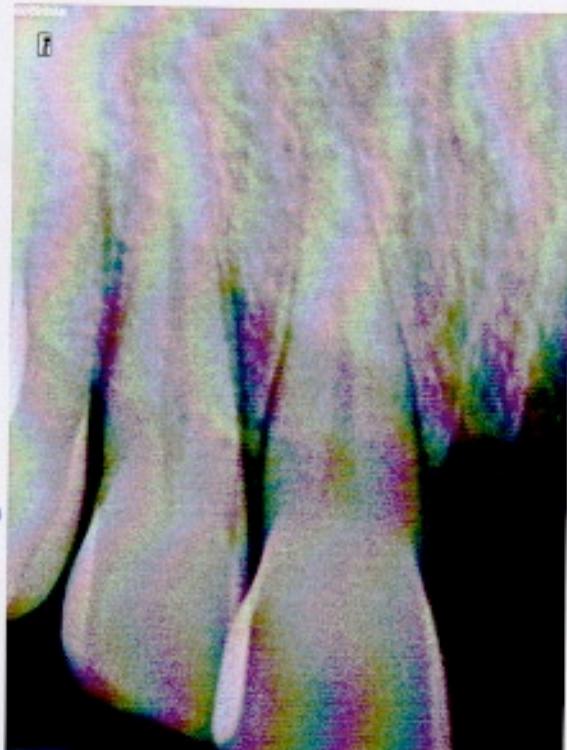
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
Dr TOUJAS RATHFORTH le docteur
Chirurgien Dentiste
Angèle Bd Alsace Lorraine et Rue
d'Acémont 34 - 69360 Villeurbanne
Tél : 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89

DE L'ÉVE DES EBAINS ET HONORÉ BAEF

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

VIOLET ADHERENT

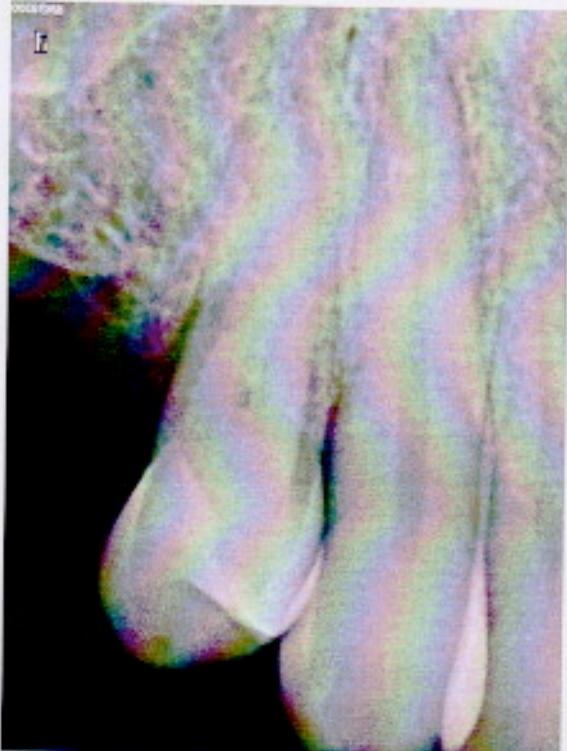
que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



Dr TOUIJAR Rachid
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Alsina et Avenue d'Azemmour n°6 - Casablanca
Tél : 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89

Dr TOUIJAR Rachid
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Abdellatif et Rte
d' Accouhoor n°6 - Casablanca
Tél : 0522 90 98 55/0522 91 50 89





Dr TOUIJAR Rachid
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Abderrahmane et Rte
d' Azemmour 10 - Casablanca
Tel: 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89