

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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-818019

**199647**

Autres

Optique

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **11646**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Pensionnée(e)

Autre :

Maladie

**FATIMA**

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél : **0662608063**

Dhs

- 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 séie.
  - 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.

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)	
Matricule : <b>11646</b>	Société : <b>RAM</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Pensionnée(e)
Nom & Prénom : <b>FATIMA</b>	
Date de naissance :	
Adresse :	
Tél : <b>0662608063</b>	
Dhs	
Total des frais engagés : <b>ASSAFA</b>	
Cachet du médecin : <b>Dr. MOURAD ASSAF</b>	
Cachet du médécin : <b>Dr. Chaitourig Dababat</b>	
Date de consultation : <b>14/10/21</b>	
Nom et prénom du malade : <b>TOUSSA BILAL TAITI</b>	
Lien de parenté : <b>Lui-même</b>	
Lien de parenté : <b>Conjoint</b>	
Nature de la maladie : <b>ALZHEIMER</b>	
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 : <b>Assaf</b>	
Signature de l'adhérent(e) :	

- VOLET ADHÉRENT
- Adresses Mails utiles : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com) [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com) [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@mupras.com)
- O Récclamation  
O Prise en charge  
O Adhésion et Changement de statut

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ou réclamation.

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.

N° W21-818019

VOLET ADHÉRENT

Matricule : **11646**  
Nom de l'adhérent(e) :

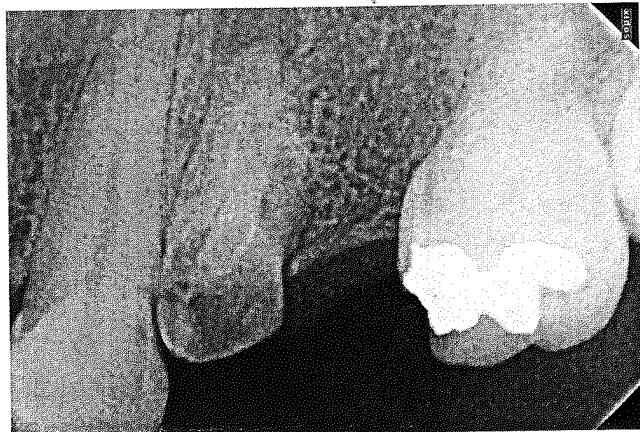
**Dr Mourad ASSAFA**

M. S. Sumanbir

DR. M. G. T. and ASSOCIATES  
Charterholders  
300 Queen Street, Suite 1000  
Toronto, Ontario  
M5V 1J4  
416 367-0311 • 416 367-0312  
Fax: 416 367-0313

DR. M. C. DUNN  
DUNN & CO.  
174 BOSTON,  
Mass., U. S. A.

Bina Bir  
ESTIHA



Date du cliché : 14/03/2024

**Localisation :**

Commentaire : 23 24 25 26

radio avant bridge sur 4ccm 23 24 25 26

4 25 26  
Dr. Mouloud ASSAKA  
Chirurgien Dentiste  
90. Oum Errabbi, Rés Ferdous GH  
Imm 76 Appt 1 Casablanca  
tel: 05 22 90 11 11

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
.....	.....	.....	.....	INP : ..... .....

### EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
.....	.....	.....

### ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Cœfficients	Montant des Honoraires
.....	.....	.....	.....

### AUXILIAIRES MÉDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
.....	.....	.....	.....

SOINS DENTAIRES	Dents Tratées	Nature des Soins	Cœfficient	INP : ..... .....
.....	.....	.....	.....	.....

COEFFICIENT DES TRAVAUX	DEBUT D'EXÉCUTION	FIN D'EXÉCUTION
.....	.....	.....

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

COEFFICIENT DES TRAVAUX	INP : ..... .....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

10/4/20

INP : ..... .....	DATE DU DEVIS	DATE DU POURVOU
.....	.....	.....

8000

INP : ..... .....	DATE DU DEVIS	DATE DU POURVOU
.....	.....	.....

14/03/24

VOLET ADHÉRENT

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins Importante : Veuillez renvoyer les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaires, ainsi que le bilan de l'ODF

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins Importante : Veuillez renvoyer les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaires, ainsi que le bilan de l'ODF

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

INP : ..... .....	DATE DU DEVIS	DATE DU POURVOU
.....	.....	.....

14/03/24

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

INP : ..... .....	DATE DU DEVIS	DATE DU POURVOU
.....	.....	.....

14/03/24

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

INP : ..... .....	DATE DU DEVIS	DATE DU POURVOU
.....	.....	.....

14/03/24

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

INP : ..... .....	DATE DU DEVIS	DATE DU POURVOU
.....	.....	.....

14/03/24

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

INP : ..... .....	DATE DU DEVIS	DATE DU POURVOU
.....	.....	.....

14/03/24

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

INP : ..... .....	DATE DU DEVIS	DATE DU POURVOU
.....	.....	.....

14/03/24

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

INP : ..... .....	DATE DU DEVIS	DATE DU POURVOU
.....	.....	.....

14/03/24

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

INP : ..... .....	DATE DU DEVIS	DATE DU POURVOU
.....	.....	.....

14/03/24

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

INP : ..... .....	DATE DU DEVIS	DATE DU POURVOU
.....	.....	.....

14/03/24

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

INP : ..... .....	DATE DU DEVIS	DATE DU POURVOU
.....	.....	.....

14/03/24

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

INP : ..... .....	DATE DU DEVIS	DATE DU POURVOU
.....	.....	.....

14/03/24

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

INP : ..... .....	DATE DU DEVIS	DATE DU POURVOU
.....	.....	.....

14/03/24

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

INP : ..... .....	DATE DU DEVIS	DATE DU POURVOU
.....	.....	.....

14/03/24

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

INP : ..... .....	DATE DU DEVIS	DATE DU POURVOU
.....	.....	.....

14/03/24

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

INP : ..... .....	DATE DU DEVIS	DATE DU POURVOU
.....	.....	.....

14/03/24

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

INP : ..... .....	DATE DU DEVIS	DATE DU POURVOU
.....	.....	.....

14/03/24

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

INP : ..... .....	DATE DU DEVIS	DATE DU POURVOU
.....	.....	.....

14/03/24

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

INP : ..... .....	DATE DU DEVIS	DATE DU POURVOU
.....	.....	.....

14/03/24

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

INP : ..... .....	DATE DU DEVIS	DATE DU POURVOU
.....	.....	.....

14/03/24

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

INP : ..... .....	DATE DU DEVIS	DATE DU POURVOU
.....	.....	.....

14/03/24

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

INP : ..... .....	DATE DU DEVIS	DATE DU POURVOU
.....	.....	.....</td