

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 canaux, 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 canaux.

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W21-638866

Day cadmal

108505

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : *1167*

Matricule : *1167* Société : *RAT*

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : *ESSAMALI Mohamed*

Date de naissance : *30 juin 1950*

Adresse : *Resid. Yasmine 1188 APT B 11 WIFAK - TEJARA.*

Tél. : *0661134122* Total des frais engagés : *1349,00 dh* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *28/3/53*

Nom et prénom du malade : *BOUALILA Fadma*

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : *Verhige*

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 : *Rabat* Le : *27/01/2022*

Signature de l'adhérent(e) : *AM*

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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
21/05/2022		-	30000	DR: NOM 680 R
27/05/2022	AU UNIS		40000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>37 - HALIMA HALIMA</p> <p>9 - SITE MA MOUSSA - SALE</p> <p>Tel : 05 37 88 45 60</p>	27/01/2022	243,00

[illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

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"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433532</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433533</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433532	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433533	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433532																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433533																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Bordila
 PADOA

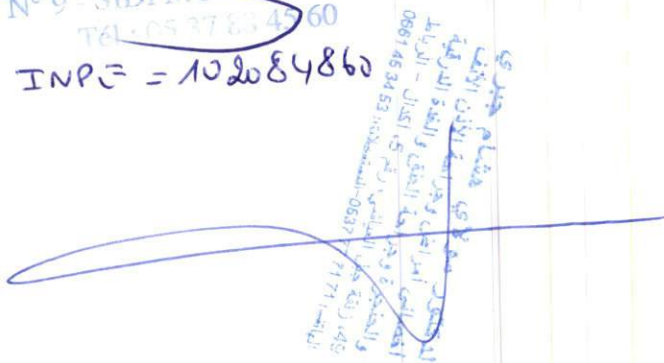
27.01 2022 -

249,00

Nitazé 4G Ullia boost

PHARMACIE SEMLA
 37, Immb HALIMA I
 N° 9 - SIDI MOUSSA - SALÉ
 Tél : 05 37 83 45 60
 INPC = 102084860

Loup / Jou



49, زنقة جبل العياشي - شقة رقم 5 الطابق الثاني - أكدال - الرباط
 هاتف العيادة : 05 37 77 71 71 المستعجلات : 06 61 45 34 53

Rue Jbel Ayachi Appt N°5 - 2ème Etage Agdal - Rabat ,49
 Tél : 05 37 77 71 71 Urgence : 06 61 45 34 53

- $\Delta \ln A_{\text{uphs}} = \ln P_k$
- core voltage lit changed post
interest
- $\Delta \ln y : q^A \text{ rise} > \underline{\underline{\text{rooms}}} (\frac{1}{2} \text{ jump})$
- debt of his crises together

FORMAT ÉCO



ST478GMMIA

N°DA20181807728DMP/20UCAv1

Ce complément alimentaire
n'est pas un médicament

Distribué au Maroc par PHARMASHOP
112 bd Moulay Idriss 1er Quartier des
Hôpitaux 20100 CASABLANCA - MAROC
ppc - 249 Dh

20

AMPOULES

+10

OFFERTES

249,84

VITALITÉ 4G

COUP DE FOUET NATUREL⁽¹⁾

Le 27/01/2022

NOTE D'HONORAIRE

Pour consultation spécialisée ORL : 400DH

Audiogramme : 400DH

Bénéficiaire : Mme BOUALILA FADMA

Montant : 800.00 DH

Huit cent dirhams

49, زنقة جبل العياشي - شقة رقم 5 الطابق الثاني - أكدال - الرباط
هاتف العيادة : 05 37 77 71 71 المستعجلات : 06 61 45 34 53

Rue Jbel Ayachi Appt N°5 - 2ème Etage Agdal - Rabat ,49
Tél : 05 37 77 71 71 Urgence : 06 61 45 34 53

Boualila Bassa 21/02/2022

Parure d'oply
 VPPB CBH gel

(+) neurose

Akroin le jess = VNS e Akroin
 complète

21/01/2022

COMPTE RENDU DE VIDEONYSTAGMOSCOPIE

Nom et prénom

Boualila LAONAT

Résumé clinique :

VPPB C. N. L. gauche -

EXAMEN NEUROLOGIQUE

Examen des interactions vestibulo-spinales

Romberg

Fukuda

Marche aveugle

Poussée

Examen de l'oculomotricité

Saccades

Poursuite

Vergence

Recherche du nystagmus du regard excentré

Cover test

Examen des interactions vestibulo-oculaires

Nystagmus spontané

Nystagmus après Head shaking test

Test d'Halmagyi

Nystagmus positionnels

Supine

Roulis droit

Roulis gauche

Dix et Hallpike droit

Dix et Hallpike gauche

Test de valsalva

Test d'hyperventilation

49, زنقة جبل العياشي - شقة رقم 5 الطابق الثاني - أكدال - الرباط

هاتف العيادة : 05 37 77 71 71 المستعجلات : 06 61 45 34 53

27/01/2022

COMPTE RENDU DE VIDEONYSTAGMOSCOPIE

Nom et prénom

Boualila Fardine

Résumé clinique :

VPPB CP gauche

EXAMEN NEUROLOGIQUE

HTA sans III

Examen des interactions vestibulo-spinales

Romberg

(-)

Fukuda

→ DefA ≈ 20° gauche

Marche aveugle

(-)

Poussée

(-)

Examen de l'oculomotricité

Saccades

Poursuite

Vergence

Recherche du nystagmus du regard excentré

Cover test

/ RAS

Examen des interactions vestibulo-oculaires

Nystagmus spontané

Nystagmus après Head shaking test

± Saccade gauche.

Test d'Halmagyi

(-)

Nystagmus positionnels

Supine

Vertical inferieur ±

Roulis droit

(-)

Roulis gauche

(-)

Dix et Hallpike droit

(-)

Dix et Hallpike gauche

(-)

Test de valsalva

(-)

Test d'hyperventilation

/

49, زنقة جبل العياشي - شقة رقم 5 الطابق الثاني - أكداال - الرباط

هاتف العيادة : 05 37 77 71 71 المستعجلات : 06 61 45 34 53

Rue Jbel Ayachi Appt N°5 - 2ème Etage Agdal - Rabat ,49

Tél : 05 37 77 71 71 Urgence : 06 61 45 34 53

جبري مولاي هشام
أذن أنف حنجرة
Otorhinolaryngologiste
Diplômé de la Faculté
de Médecine de Rabat
06 61 45 34 53
05 37 77 71 71



ORL

hicham Jabri

56 JBAL ALAYACHI ,ap 8 RABAT ,
AGDAL, MAROC

0661453453

BOUALILA FADMA

Identité

20220127105725

Date de Naissance

01/01/1953

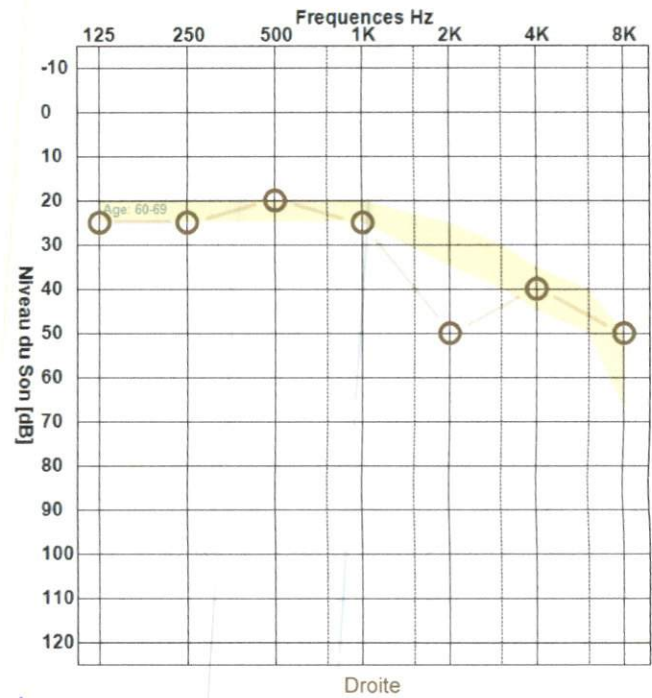
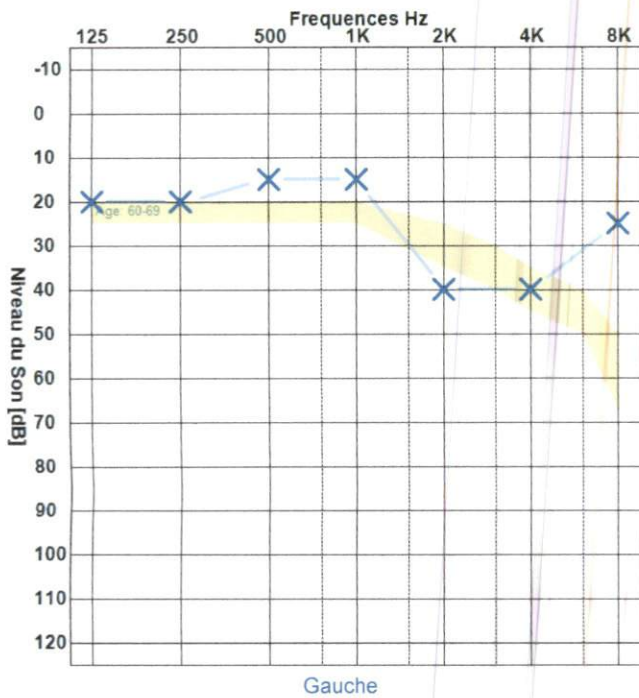
Age

69

Société

27/01/2022 11:22

	125	250	500	750	1K	1.5K	2K	3K	4K	6K	8K
CA GAUCHE	20	20	15		15		40		40		25
CA DROITE	25	25	20		25		50		40		50



↔ W ↔

Notes:

NAS
A refuser de 300

Handwritten notes in Arabic script, likely a signature or additional information.

Legend	L	R
AC	X	O
AC - Masked	□	△
BC]	[
BC - Masked	>	<
MCL	M	M
UCL	U	U
AC - Mask Level	—	—
BC - Mask Level	┌	┐