

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0042160

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1084

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAH RACH Fatima

Date de naissance : 06/02/50

Adresse : 2 rue Ain Asserdoum - CIL

Tél. 06 61 26 73 45

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 personnelle

Fait à :

Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CLINIQUE AL MADINA 552, Bd Panoramique Casablanca Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.) Fax: 05 22 25 00 01 EL KETTANASSI Radiologue	09/10/83	250	300 Dh

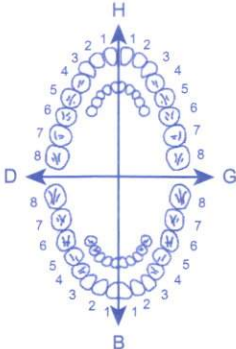
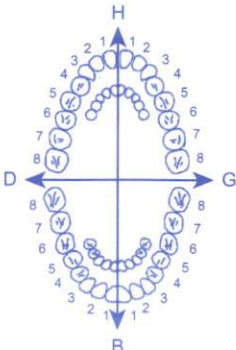
[illegible]

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> </div>			Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

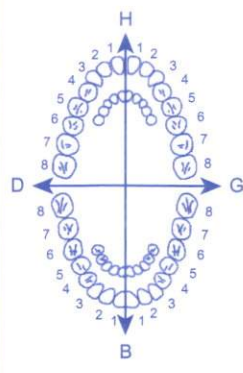
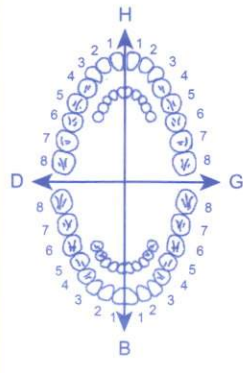
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					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				
	<div><div><div>H</div><div>25533412 00000000</div><div>D</div></div><div><div>H</div><div>21433552 00000000</div><div>G</div></div></div> <div><div>00000000 35533411</div><div>B</div></div>					
	<div>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX		<input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS		<input type="text"/>
				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

ID: 997678
Name: LAHRACH FATIHA
Sex/DB: Female /
Physician:
Comment:

Date: 09/Oct/2023 13:14:43
Surgeon: Common

R (OD)	Axial: mm Phakic	Ref:1.3496
	ACD: mm	
	Lens: mm	Immersion
K1[D/mm]:	/	@
K2[D/mm]:	/	@ CYL:
Avg K:	/	KAI: KRI:
WTW:	mm	Pupil: mm
Pachy:	µm	
Target Ref:		KI: 1.3375
SRK/T	SRK/T	
ZEISS	ALCON	
CT LUCIA 601P	SA60AT	
A-Const: 119.20	A-Const: 118.40	
IOL	REF(D)	IOL REF(D)
Power		Power
SRK/T	SRK/T	
LUCIDIS 108	BIOTECH VISION	
LUCIDIS	EYECRYL PLUS 600	
A-Const: 118.15	A-Const: 118.40	
IOL	REF(D)	IOL REF(D)
Power		Power

L (OS)	Axial: 25.23mm Phakic	Ref:1.3496
	ACD: 3.68mm SD:0.00	No.1
	Lens: 4.36mm SNR:217	Immersion
		
K1[D/mm]:	41.87 / 8.06 @ 82°	Φ2.5mm /No.1
K2[D/mm]:	42.94 / 7.86 @ 172°	CYL: -1.07
Avg K:	42.40 / 7.96	KAI: 7.90@215 A KRI: 1.40 A
WTW:	11.88mm	Pupil: 5.05mm
Pachy:	562µm	
Target Ref:		0.00 D KI: 1.3375
SRK/T	SRK/T	
ZEISS	ALCON	
CT LUCIA 601P	SA60AT	
A-Const: 119.20	A-Const: 118.40	
IOL	REF(D)	IOL REF(D)
15.50	1.15	14.50 1.36
16.00	0.83	15.00 1.03
16.50	0.51	15.50 0.70
17.00	0.18	16.00 0.36
17.50	-0.15	16.50 0.02
18.00	-0.49	17.00 -0.33
18.50	-0.83	17.50 -0.68
19.00	-1.17	18.00 -1.04
19.50	-1.52	18.50 -1.40
Power	17.27	Power 16.52
SRK/T	SRK/T	
LUCIDIS 108	BIOTECH VISION	
LUCIDIS	EYECRYL PLUS 600	
A-Const: 118.15	A-Const: 118.40	
IOL	REF(D)	IOL REF(D)
14.50	1.23	14.50 1.36
15.00	0.89	15.00 1.03
15.50	0.55	15.50 0.70
16.00	0.21	16.00 0.36
16.50	-0.14	16.50 0.02
17.00	-0.49	17.00 -0.33
17.50	-0.85	17.50 -0.68
18.00	-1.21	18.00 -1.04
18.50	-1.58	18.50 -1.40
Power	16.30	Power 16.52

CLINIQUE AL MADINA
MULTIDISCIPLINAIRE

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2310181137383120 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
E2306405	LAHRACH FATIHA	18/10/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		1 860,00
MUPRAS	Total payé	1 860,00
MILLE HUIT CENT SOIXANTE DIRHAMS		

Reçu établi par : M.SOUMIA

CLINIQUE AL MADINA
CAISSE
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax : 05 22 23 00 01



ORDONNANCE

09 octobre 2023

Mme LAHRACH FATIHA

Consultation pré anesthésique
Biométrie oculaire

CLINIQUE AL MADINA
CAISSE
532, Bd. Panoramique - Casablanca
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
Fax : 05 22 25 00 01

D^r EL KETTANI Asmaa
Ophtalmologiste
Casablanca

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 27255 / 2023 du 09/10/2023

Nom patient **LAHRACH FATIHA**
PAYANT

Entrée 09/10/2023
Sortie 09/10/2023

CPA

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00		150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
Total Clinique				150,00

DR. HANZAZ AMINE (reanimateur)	1,00		150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
Total Autres prestations				150,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

Dr. HANZAZ AMINE
Anesthésie Réanimation

CLINIQUE AL MADINA
CAISSE
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 01

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 27257 / 2023 du 09/10/2023

Nom patient **LAHRACH FATIHA**
PAYANT

Entrée 09/10/2023

Sortie 09/10/2023

BIOMETRIE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
BIOMETRIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
CAISSE
532 Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 & 49 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 01



ORDONNANCE

18 octobre 2023

Mme LAHRACH FATIHA

293,50
1/ PHYLARM

1 lavage oculaire 2 fois par jour, dans l'œil gauche

45,00
2460x02
2/ CILOXAN collyre

1 goutte 4 fois par jour, dans l'œil gauche, pendant 15 jours

58,00x02
3/ FRAKIDEX collyre

1 goutte 4 fois par jour, dans l'œil gauche, pendant 1 Mois

31,00
4/ INDOCOLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans l'œil gauche, pendant 1 Mois

51,40
5/ RONDELLES oculaires adhesives

1 pansement 4 fois / jour

6/ SPECTRUM 250mg/10cp

1 cp le matin, 1 cp le soir

صيدلية سيال
Pharmacie S.I.L
BENBRAHIM Touria
Bd. Ibn Sina - Casablanca
Tél. : 05 22 36 18 68

Dr EL KETTANI Asmaa
Ophtalmologiste
Casablanca

CLINIQUE AL MADINA
PEC
532 Bd Panoramique Casablanca
Tél 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax 05 22 25 00 01

6 118001 070176

CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml
A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ
Laboratoires Sothema
PPV : 45,90 DHS

Remboursable RMC
406434

FRAKIDEX
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM N°218/16 DMP/21/NRQ

LOT/ رقم النعقة H9351
FAB/ تاريخ الإنتاج 03-2023
EXP/ تاريخ الانتهاء 02-2025

6118001270118 PPV : 24,60 DHS

66672

LOT/ رقم النعقة H9351
FAB/ تاريخ الإنتاج 03-2023
EXP/ تاريخ الانتهاء 02-2025

1P/21/NRQ

6118001270118 PPV : 24,60 DHS

66672

INDOCOLLYRE 0,1% ☐ LOT/ رقم النعقة H9589
Collyre 5ml FAB/ تاريخ الإنتاج 03-2023
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء 08-2024
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM

6118001270088 PPV : 58,00 DHS

66671

INDOCOLLYRE 0,1% ☐ LOT/ رقم النعقة H9590
Collyre 5ml FAB/ تاريخ الإنتاج 03-2023
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء 08-2024
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM

6118001270088 PPV : 58,00 DHS

66671

LOT 221578
EXP 10/2025
PPV 51.40DH