

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0042160

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1084 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAH RACH Fatiha

Date de naissance : 06/02/50

Adresse : 2 rue Ain Asserdouen - CIL

Tél. 06 61 267345

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : Affection oculaire 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 personnelles.

Fait à : .....

Le : .....

Signature de l'adhérent(e) :

## 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.

### 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
09/10/2013	(CPA) 300 DH			Dr. HANZI AMINE Anesthésie, Réanimation CLINIQUE AL MADINA

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
J.L. Pharmacie C.I. BENBRAHIM Touria 3d. Ibn Sina - Casablanca Tél. : 05 22 38 18 68	18/10/2013	293,50

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LINIQUE AL MADINA 552, Bd Panoramique Casablanca Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.) Fax : 05 22 25 00 00	09/10/2013	B.i.u	300 DH

### AUXILIAIRES MEDICAUX

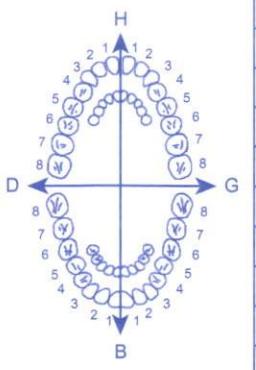
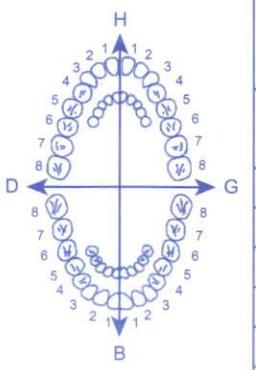
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 00000000 35533411	G	21433552 00000000 00000000 11433553
	D		B	
	G			
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
				Montants des Soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

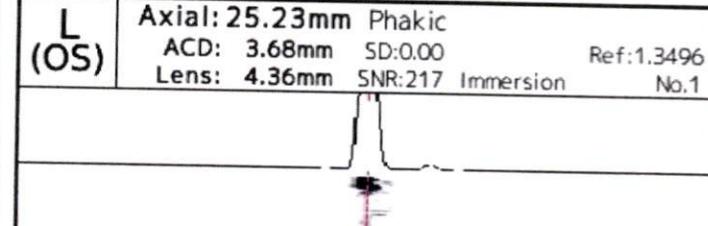
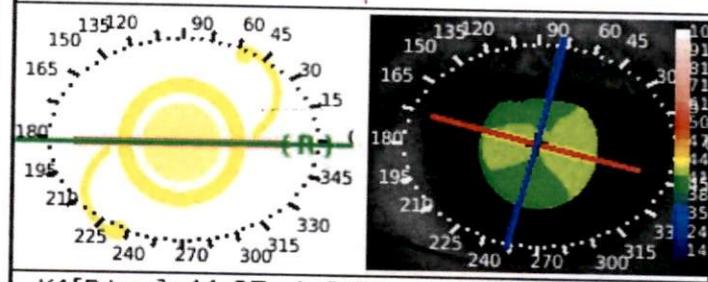
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**CID/CN:** CLINIQUE AL MADINA  
**CAdd:** BOULEVARD . PANORAMIQUE  
**ID:** 997678  
**Name:** LAHRACH FATIHA  
**Sex/DB:** Female /  
**Physician:**  
**Comment:**

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

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

L (OS)	Axial: 25.23mm Phakic ACD: 3.68mm SD:0.00 Lens: 4.36mm SNR:217 Immersion	Ref:1.3496 No.1	
			
	K1[D/mm]: 41.87 / 8.06 @ 82° Ø2.5mm / 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: 562 $\mu\text{m}$			
Target Ref: 0.00 D	KI: 1.3375		
SRK/T ZEISS CT LUCIA 601P	SRK/T ALCON 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
<b>17.50</b>	<b>-0.15</b>	<b>16.50</b>	<b>0.02</b>
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 LUCIDIS 108 LUCIDIS	SRK/T BIOTECH VISION 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
<b>16.50</b>	<b>-0.14</b>	<b>16.50</b>	<b>0.02</b>
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 25 00 01



## ORDONNANCE

09 octobre 2023

Mme LAHRACH FATIHA

Consultation pré anesthésique  
Biométrie oculaire

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

DSE KFTAN AL ASMAQ  
Ophthalmologie  
Casablanca

# CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

## F A C T U R E

N° : **27255 / 2023** du **09/10/2023**

Nom patient **LAHRACH FATIHA** Entrée **09/10/2023**  
**PAYANT** Sortie **09/10/2023**

CPA

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

<b>FRAIS CLINIQUE</b>	CPA	1,00	<b>150,00</b>	<b>150,00</b>
				<i>Sous-Total</i> <b>150,00</b>
				<b>150,00</b>

<b>DR. HANZAZ AMINE (reanimateur)</b>	CPA	1,00	<b>150,00</b>	<b>150,00</b>
				<i>Sous-Total</i> <b>150,00</b>
				<b>150,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>300,00</b>

Compte bancaire : AWB 00778000033030000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

DT. HANZAZ AMINE  
Anesthésie Réanimation

CLINIQUE AL MADINA  
532 Bd Panoramique Caisse 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 Entrée 09/10/2023  
PAYANT 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 :

TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

Compte bancaire : AWB 00778000033030000022736 , AGENCE MECQUE- CASA





## ORDONNANCE

293,50

18 octobre 2023

Mme LAHRACH FATIHA

1/ PHYLARM

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

2/ CILOXAN collyre

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

3/ FRAKIDEX collyre

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

4/ INDOCOLLYRE

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

5/ RONDELLES oculaires adhesives

1 pansement 4 fois / jour

6/ SPECTRUM 250mg/10cp

1 cp le matin, 1 cp le soir

J.L.  
Pharmacie O.I.L  
BENBRAHIM Touria  
Bd Ibn Sina - Casablanca  
Tél : 05 22 36 18 68

Dr EL KETTANI Asmaa  
Ophtalmologiste  
Casablanca

**CLINIQUE AL MADINA**  
532 Bd Panoramique PEC Casablanca  
Tel 05 22 77 77 40 à 49 Fax 05 22 25 00 01



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

LOT/ رقم اللقمة H9351  
FAB/ تاريخ الإنتاج 03-2023  
EXP/ تاريخ الإنتهاء 02-2025

PPV : 24,60 DHS

LOT/ رقم اللقمة H9351  
FAB/ تاريخ الإنتاج 03-2023  
EXP/ تاريخ الإنتهاء 02-2025

IP/21/NRQ

66672

PPV : 24,60 DHS

INDOCOLLYRE 0,1%  
Collyre 5ml  
ZENITH PHARMA  
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM

LOT/ رقم اللقمة H9589  
FAB/ تاريخ الإنتاج 03-2023  
EXP/ تاريخ الإنتهاء 08-2024

PPV : 58,00 DHS

INDOCOLLYRE 0,1%  
Collyre 5ml  
ZENITH PHARMA  
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM

LOT/ رقم اللقمة H9590  
FAB/ تاريخ الإنتاج 03-2023  
EXP/ تاريخ الإنتهاء 08-2024

PPV : 58,00 DHS

LOT 221578  
EXP 10/2025  
PPV 51.40DH