

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-819904

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10356 Société : RAF  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ERRIAICHI RACHID  
 Date de naissance : 30-01-1965  
 Adresse : LOT ZOURIR RUE M N289 APT 1  
OULEFA CAY  
 Tél. : 06 70 012080 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Rachid ZAFAD**  
Ophtalmologiste  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)  
Fax : 05 22 25 00 01 - 1

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : .....

Age : .....

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : .....

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) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

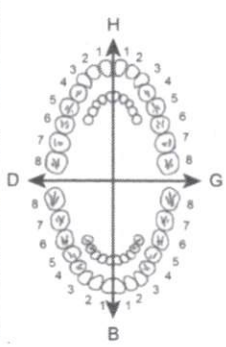
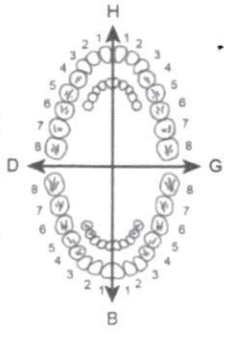


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/01/24	CS+FC		400DH	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Dr. Rachid ZAFI Ophtholmologiste 532 Bd Panoramique - Casablanca Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G) Fax: 05 22 25 00 01 - 09 55 54 15

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/01/24	Ec Ra	500DH
	24 OCT		1200DH

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]																
				MONTANTS DES SOINS [ ]																
				DEBUT D'EXECUTION [ ]																
				FIN D'EXECUTION [ ]																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DATE DU DEVIS [ ]  DATE DE L'EXECUTION [ ]																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																



## ORDONNANCE

11 janvier 2024

**Mr ERRIAICHI Rachid**

OCT maculaire

Echographie oculaire A + B

α

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

Dr. Rachid ZAFAD  
Ophtalmologiste  
532, Bd. Panoramique - Casablanca  
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)  
Fax: 05 22 25 00 01 - 1

# CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

## F A C T U R E

N° : 1275 / 2024 du 11/01/2024

Nom patient **ERRIAICHI RACHID**  
**PAYANT**

Entrée 11/01/2024

Sortie 11/01/2024

### ECHOGRAPHIE-EXTERNES

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
ECHOGRAPHIE-EXTERNES	1,00		500,00	500,00
			Sous-Total	500,00
Total Clinique				500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

Total 500,00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

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



## CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

## F A C T U R E

N° : 1260 / 2024 du 11/01/2024

Nom patient **ERRIAICHI RACHID**  
**PAYANT**

Entrée 11/01/2024

Sortie 11/01/2024

OCT

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
OCT	1,00	OCT	1 200,00	1 200,00
			Sous-Total	1 200,00
Total Clinique				1 200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Total 1 200,00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA  
CAISSE - CASABLANCA  
532, Bd Panoramique - CASABLANCA  
Tel : 05 22 77 77 40  
Fax : 05 22 25 00 01

# CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

## F A C T U R E

N° : 1241 / 2024 du 11/01/2024

Nom patient **ERRIAICHI RACHID**  
**PAYANT**

Entrée 11/01/2024

Sortie 11/01/2024

### CONSULTATION + FOND

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION + FOND D'OEIL	1,00		400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
Total Clinique				400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	400,00
QUATRE CENTS DIRHAMS		

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

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



Le 11/01/2024

**COMPTE RENDU : OCT MACULAIRE**

Patient : ERRIAICHI Rachid

Médecin correspondant :

**Dr. Rachid ZAFAD**  
Ophtalmologiste  
532, Bd. Panoramique - Casablanca  
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)  
Fax : 05 22 25 00 01

**Œil droit:**

- Entonnoir fovéolaire effacé
- Traction vitréo rétinienne
- Membrane
- Voile fibro vasculaire tractionnelle en temporal.
- Ligne IS-OS discontinue rétro fovéolaire
- Epaisseur maculaire centrale : 423  $\mu$ m

**Œil gauche:**

- Bonne dépression fovéolaire.
- Quelques logettes kystiques para fovéolaire
- Ligne IS-OS et l'épithélium pigmentaire continue.
- Epaisseur maculaire centrale : 242  $\mu$ m

**Dr. Rachid ZAFAD**  
Ophtalmologiste  
532, Bd. Panoramique - Casablanca  
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)  
Fax : 05 22 25 00 01

**CLINIQUE AL MADINA**  
RC 2000000096  
532, Bd. Panoramique - Casablanca  
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)  
Fax : 05 22 25 00 01





Casa-le, 11/01/2024

**COMPTE RENDU : ECHOGRAPHIE OCULAIRE**

Patient : ERRIAICHI Rachid

Médecin correspondant:

**Dr. Rachid ZAFAD**  
Ophtalmologiste  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (LG)  
Fax : 05 22 25 00 01 - 1

**Œil droit:**

**- Echographie (B) :**

- Globe : Contour et morphologie réguliers.
- Cristallin: Pseudophaque
- Vitré : Hémorragie intra vitrénne minime +voile fibro vasculaire
- Rétine : A plat par tout.

**Œil gauche:**

**- Echographie (B) :**

- Globe : Contour et morphologie régulier.
- Cristallin: Hyperéchogène.
- Vitré : Clair.
- Rétine : A plat par tout.

**Rachid ZAFAD**  
Ophtalmologiste  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (LG)  
Fax : 05 22 25 00 01 - 1

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



Patient: ERRIAICHI, RACHID  
Physician:  
Operator:  
Disease:

CLINIQUE AL MADINA

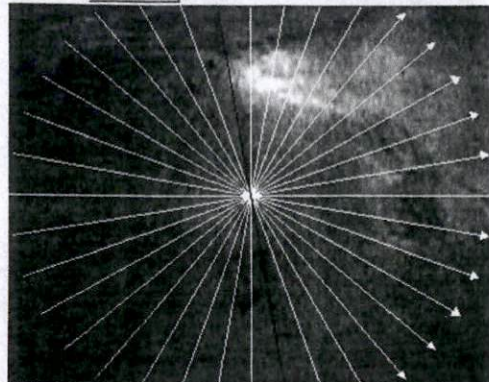
Gender: Male  
ID:

Exam Date: 11/01/2024  
DOB(age): 30/01/1965 (58)  
Ethnicity: Caucasian  
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

## Radial Lines Comparison Report

Scan 11/01/2024 09:27:48

En Face IR



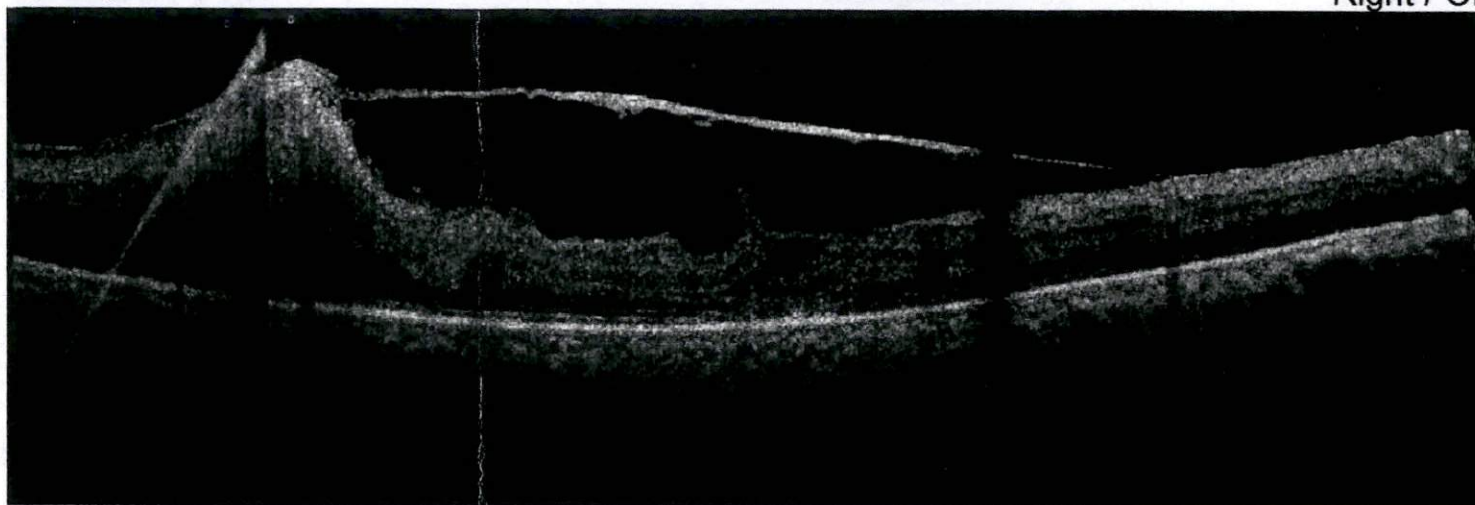
250µm

Signal Strength Index

55

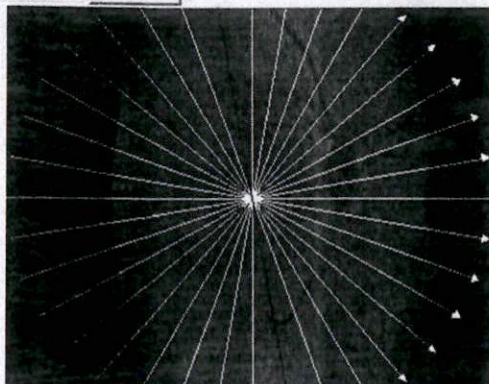
10.00 Scan Size (mm)

Right / OD



Auto Zoom

En Face IR



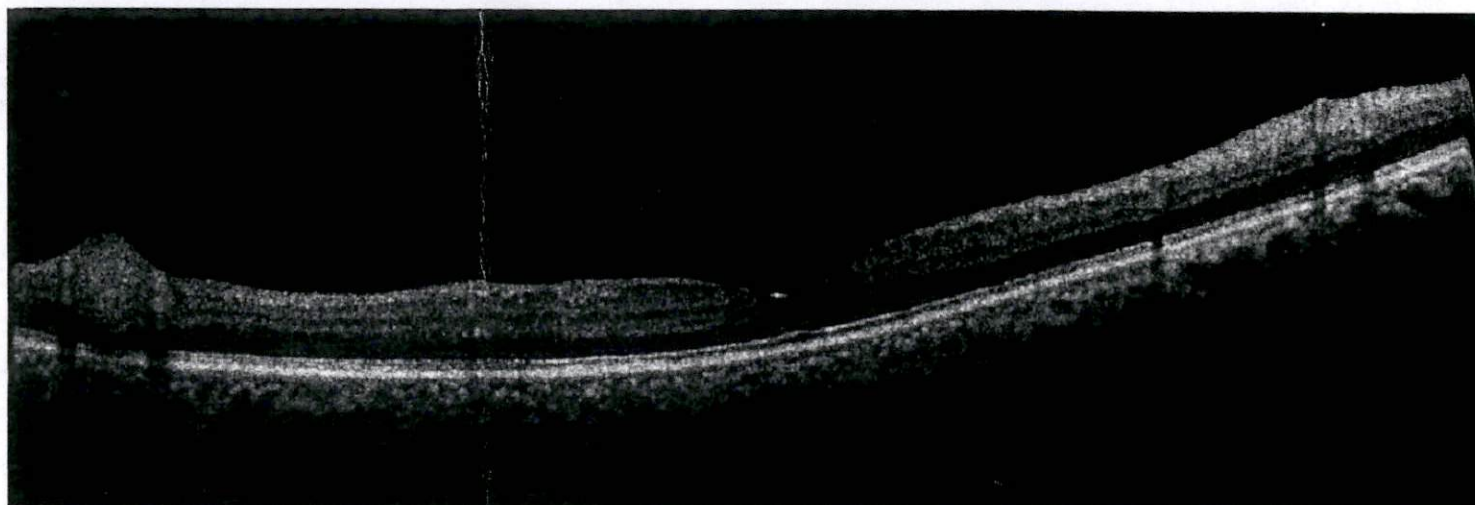
250µm

Signal Strength Index

1

10.00 Scan Size (mm)

Right / OD



Scan 22/10/2018 10:11:16

Report Date: jeudi 11/01/2024 09:29:57

Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution



Patient: ERRIAICHI, RACHID  
 Physician:  
 Operator:  
 Disease:

CLINIQUE AL MADINA

Gender: Male  
 ID:

Exam Date: 11/01/2024  
 DOB(age): 30/01/1965 (58)  
 Ethnicity: Caucasian  
 Algorithm Ver: A2018,1,0,33

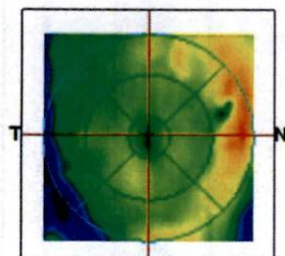
## Retina Map Change Analysis

### Full Retina Thickness Map

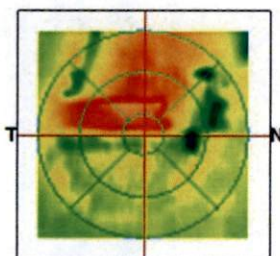
Right / OD

☒ ETDRS Change

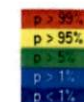
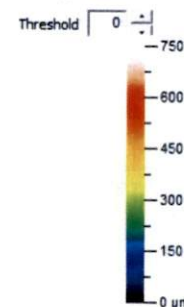
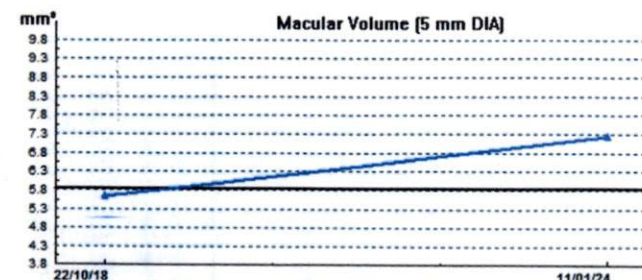
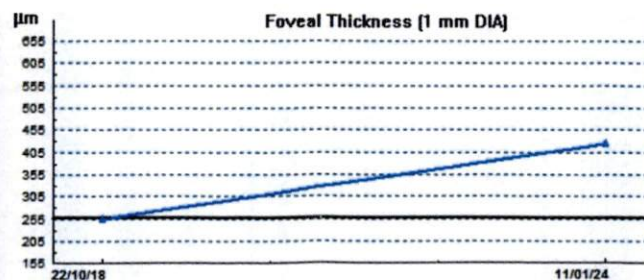
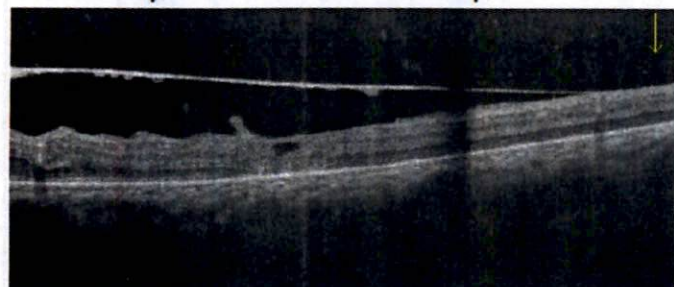
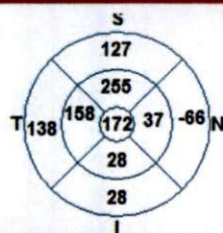
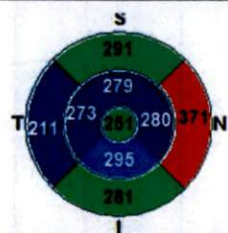
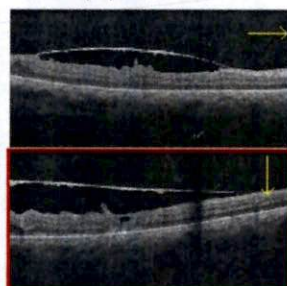
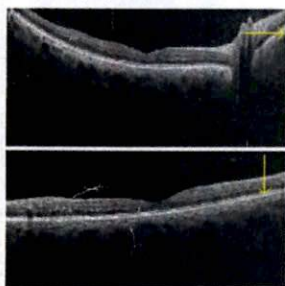
☐ RPE Elevation



Date: 22/10/2018, SSI=58.0



Date: 11/01/2024, SSI=51.9



Report Date: jeudi 11/01/2024 09:33:05

Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution





Patient: ERRIAICHI, RACHID  
Physician:  
Operator:  
Disease:

CLINIQUE AL MADINA

Gender: Male  
ID:

Exam Date: 11/01/2024  
DOB(age): 30/01/1965 (58)  
Ethnicity: Caucasian  
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

## Radial Lines Comparison Report

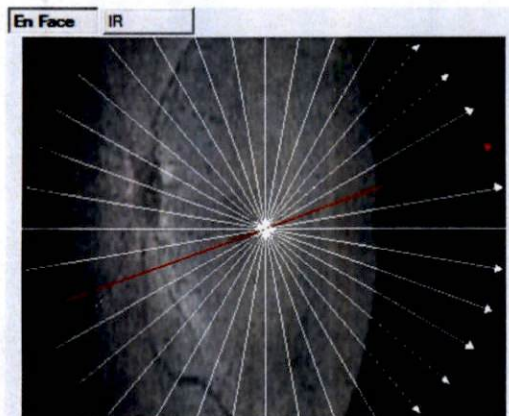
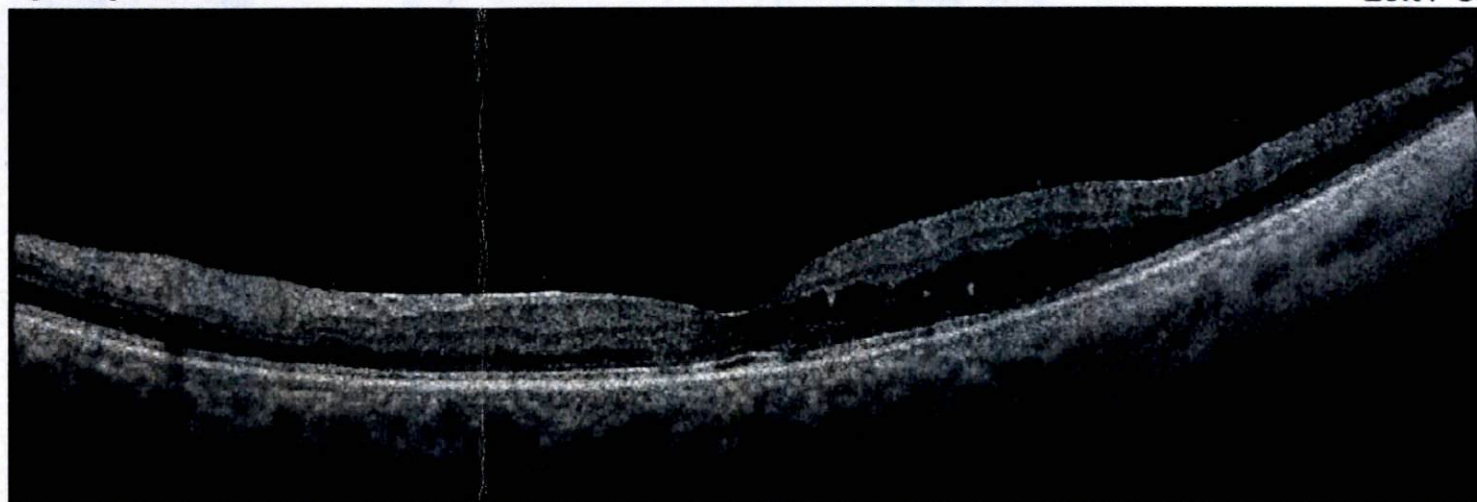
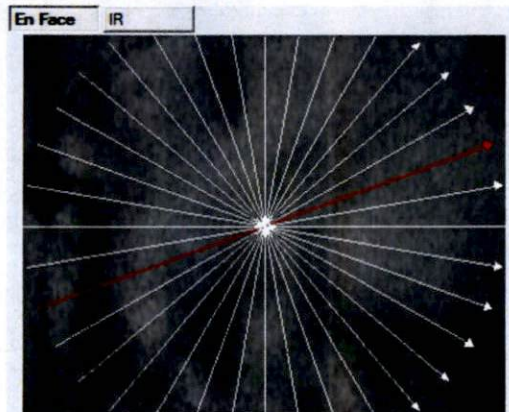
Scan 11/01/2024 09:28:51

Signal Strength Index

47

10.00 Scan Size (mm)

Left / OS



Scan 22/10/2018 10:13:13

Signal Strength Index

14

10.00 Scan Size (mm)

Left / OS

Report Date: jeudi 11/01/2024 09:32:48

Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution



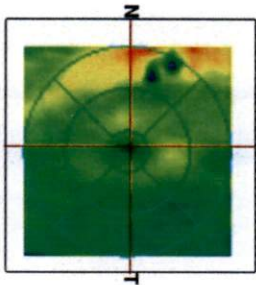


Patient: ERR/ACHIL, RACHID  
Physician:  
Operator:  
Disease:

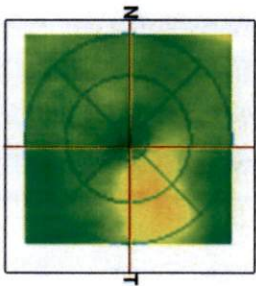
CLINIQUE AL MADINA  
Gender: Male  
ID:

Exam Date: 11/01/2024  
DOB(age): 30/01/1965 (58)  
Ethnicity: Caucasian  
Algorithm Ver: A2018, 1.0.33

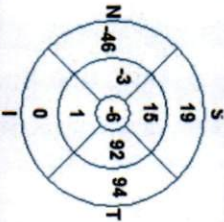
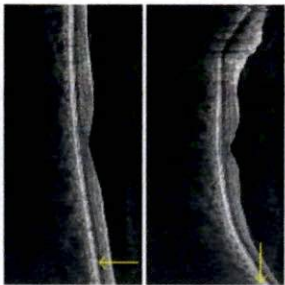
☒ ETDRS Change  
☐ RPE Elevation



Date: 22/10/2018, SSI=62.2



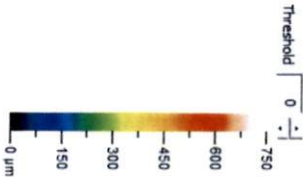
Date: 11/01/2024, SSI=46.2



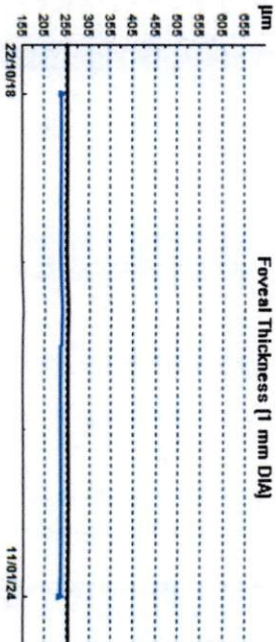
## Retina Map Change Analysis

### Full Retina Thickness Map

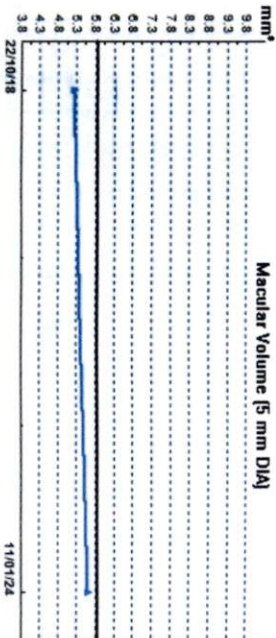
Left / OS



Foveal Thickness (1 mm DIA)



Macular Volume (5 mm DIA)



Report Date: Jeudi 11/01/2024 09:30:17

Software Version: 2018,1.0.33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution



Tél. :

Fax :

E-mail :

N° d'Identification : ABS121220240111100101

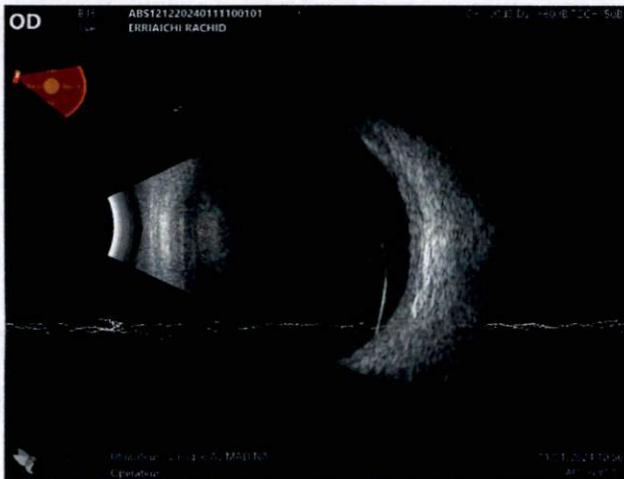
Date de Naissance :

Patient : **ERRIAICHI RACHID**

Sexe : -

Adresse :

Tél. :



Commentaires

Commentaires

RV: 1.1.2\_1.1.3\_1.1.2



R (OD)	Axial: 25.03mm PMMA			
	ACD: 4.70mm		SD: 0.00	
	Lens: 0.67mm		SNR: 932 Immersion No.1	
K1[D/mm]: 38.97 / 8.66 @ 95° Ø2.5mm /No.1				
K2[D/mm]: 40.47 / 8.34 @ 5° CYL: -1.50				
Avg K: 39.71 / 8.50 KAI: 9.10@272 A KRI: 4.80				
WTW: mm		Pupil: 5.82mm		
Pachy: 512µm				
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)	
19.00	1.30	18.00	1.44	
19.50	0.95	18.50	1.09	
20.00	0.61	19.00	0.73	
20.50	0.26	19.50	0.37	
21.00	-0.10	20.00	0.00	
21.50	-0.46	20.50	-0.37	
22.00	-0.82	21.00	-0.74	
22.50	-1.19	21.50	-1.12	
23.00	-1.56	22.00	-1.51	
Power	20.86	Power	20.00	
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)	
17.50	1.63	18.00	1.44	
18.00	1.27	18.50	1.09	
18.50	0.91	19.00	0.73	
19.00	0.55	19.50	0.37	
19.50	0.18	20.00	0.00	
20.00	-0.19	20.50	-0.37	
20.50	-0.57	21.00	-0.74	
21.00	-0.95	21.50	-1.12	
21.50	-1.33	22.00	-1.51	
Power	19.75	Power	20.00	

L (OS)	Axial: 24.88mm Phakic			Ref: 1.3496
	ACD: 3.62mm	SD: 0.01		No.1
	Lens: 4.16mm	SNR: 326	Immersion	
K1[D/mm]: 40.32 / 8.37 @ 65° Ø2.5mm /No.1				
K2[D/mm]: 40.96 / 8.24 @ 155° CYL: -0.64				
Avg K: 40.66 / 8.30 KAI: 6.50 @ 256 A KRI: 2.70 A				
WTW: 12.63mm		Pupil: 6.86mm		
Pachy: 504µm				
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)	
18.50	1.24	17.50	1.39	
19.00	0.91	18.00	1.04	
19.50	0.57	18.50	0.69	
20.00	0.22	19.00	0.33	
20.50	-0.13	19.50	-0.03	
21.00	-0.48	20.00	-0.39	
21.50	-0.84	20.50	-0.76	
22.00	-1.20	21.00	-1.13	
22.50	-1.56	21.50	-1.51	
Power	20.32	Power	19.46	
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)	
17.00	1.57	17.50	1.39	
17.50	1.23	18.00	1.04	
18.00	0.87	18.50	0.69	
18.50	0.51	19.00	0.33	
19.00	0.15	19.50	-0.03	
19.50	-0.21	20.00	-0.39	
20.00	-0.59	20.50	-0.76	
20.50	-0.96	21.00	-1.13	
21.00	-1.34	21.50	-1.51	
Power	19.21	Power	19.46	