

## 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.

### 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.

N° W21-819904

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : <b>10 356</b>		Société : <b>RAT</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>ERRIAICHI RACHID</b>
Nom & Prénom : <b>ERRIAICHI RACHID</b>			
Date de naissance : <b>30 - 01 - 1965</b>			
Adresse : <b>LOT ZOURIR RUE 11 N 289 12 PR 10613 OULFA CAS</b>			
Tél. : <b>06 70 01 20 80</b>		Total des frais engagés : ..... Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-14-225/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :  Date de consultation : ..... Nom et prénom du malade : ..... Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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. <b>Dr. Rachid ZAFAD</b> <b>OPHTALMOLOGISTE</b> <b>532, Bd Panoramique - Casablanca</b> <b>Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (LG)</b> <b>Fax : 05 22 25 00 01</b> <b>1-10-2017</b> <b>AEFFI Ophtalmologiste</b> <b>532, Bd Panoramique - Casablanca</b> <b>Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (LG)</b> <b>Fax : 05 22 25 00 01</b> <b>1-10-2017</b> <b>ZAFAD Oc Rane</b>		

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) : 

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	
11/01/24	CS + R		400DH	INP : 11/01/24 Dr. Rachid ZAKI Cabinet médical - Casablanca 1 Bd Panoramique - Casablanca Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.) Fax : 05 22 23 00 01 - 09 13 53 19 00	
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		
CLINIQUE AL MADINA 552 Bd Panoramique Casablanca Fax : 05 22 23 00 01	11/01/24	Ec Price	5000DH		
	24 OCT		1200DH		
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	



## 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 ERRIAICHI**  
**OPHTHALMOLOGISTE**  
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° : **1275 / 2024** du **11/01/2024**

Nom patient	<b>ERRIAICHI RACHID</b>	Entrée	<b>11/01/2024</b>
	<b>PAYANT</b>	Sortie	<b>11/01/2024</b>

**ECHOGRAPHIE-EXTERNES**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
ECHOGRAPHIE-EXTERNES	1,00		<b>500,00</b>	<b>500,00</b>
			<i>Sous-Total</i>	<b>500,00</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>500,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

CINQ CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>500,00</b>

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA  
Caisse  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél.: 05 22 77 40 349 (L.G)  
Fax: 05 22 22 00 01

**CLINIQUE AL MADINA**

MULTIDISCIPLINAIRE

**F A C T U R E**N° : **1260 / 2024** du **11/01/2024**

Nom patient	<b>ERRIAICHI RACHID</b>	Entrée	<b>11/01/2024</b>
	<b>PAYANT</b>	Sortie	<b>11/01/2024</b>

**OCT**

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

OCT	1,00 OCT	1 200,00	1 200,00
<i>Sous-Total</i>			1 200,00
<b>Total Clinique</b>			<b>1 200,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>1 200,00</b>

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA  
CAISSE  
532 Bd Panoramique CASABLANCA  
Tel: 05 22 77 40 44  
Fax: 05 22 25 00 01 (L.G)

# 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
			<i>Sous-Total</i>	<i>400,00</i>
<b>Total Clinique</b>				<b>400,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENTS DIRHAMS

**Total** **400,00**

Compte bancaire : AWB 00778000033030000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

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



Le 11/01/2024

**COMPTE RENDU : OCT MACULAIRE**

Patient : ERRIAICHI Rachid

Médecin correspondant :

**Dr. Rachid ZAFAD**  
OPHTHALMOLOGISTE  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tel.: 05 22 77 77 40 à 49 (LG)  
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 µm

**Œil gauche:**

- Bonne dépression fovéolaire.
- Quelque logette kystique para fovéolaire
- Ligne IS-OS et l'épithélium pigmentaire continue.
- Epaisseur maculaire centrale : 242 µm



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 (L.G)  
Fax: 05 22 25 00 01 - 1*

Œil droit:

**- Echographie (B) :**

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

Œil gauche:

**- Echographie (B) :**

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

Patient: ERRIAICHI, RACHID  
Physician:  
Operator:  
Disease:

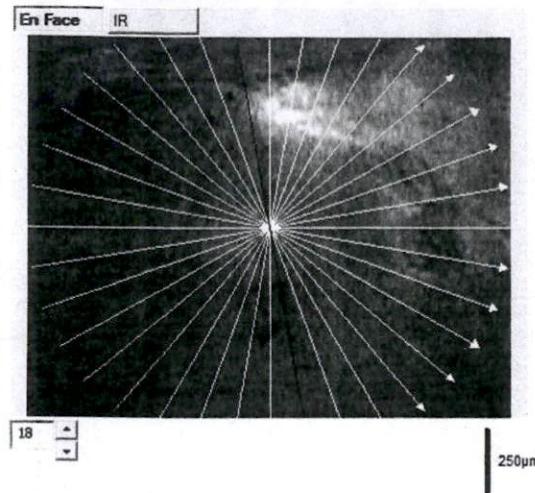
CLINIQUE AL MADINA

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

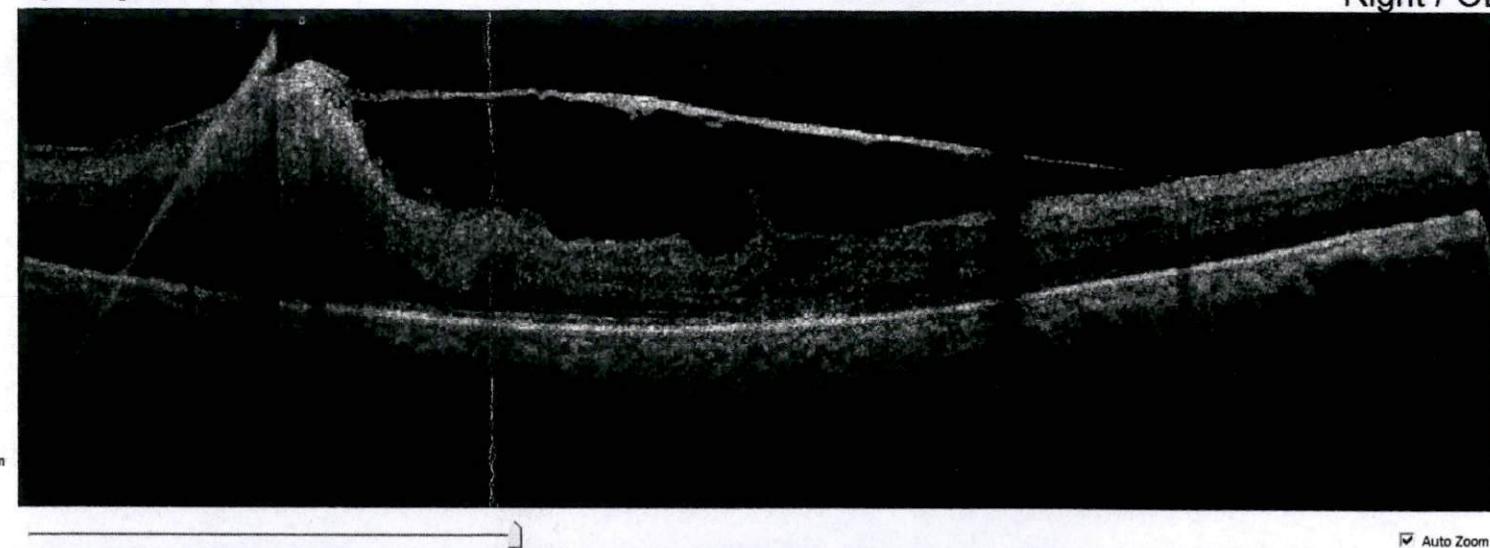
Scan 11/01/2024 09:27:48



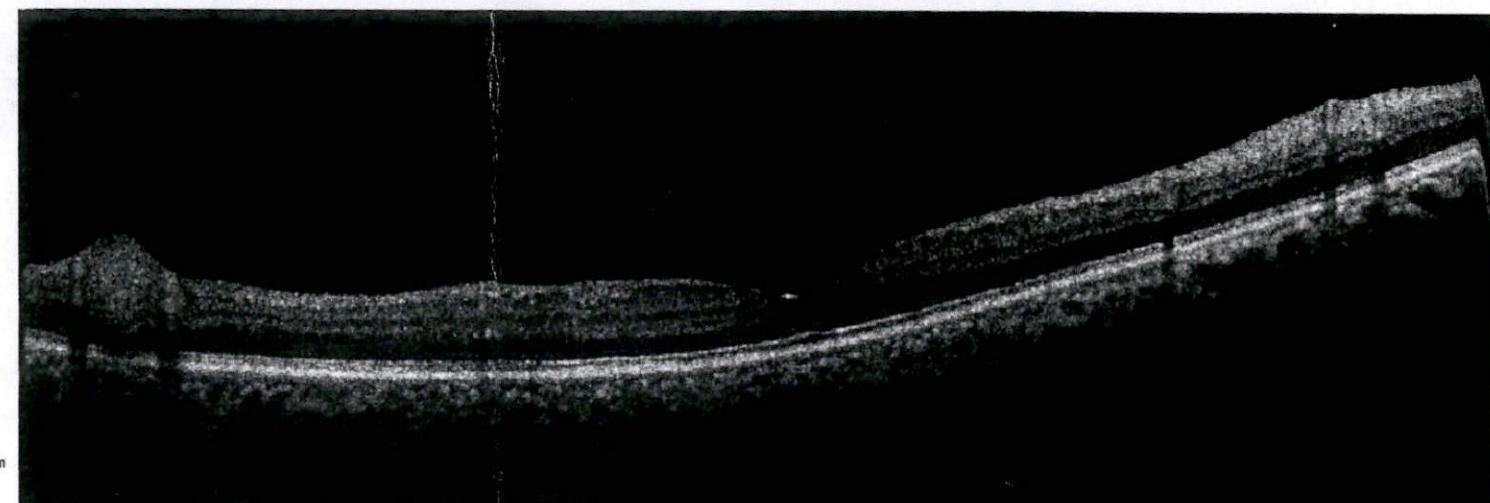
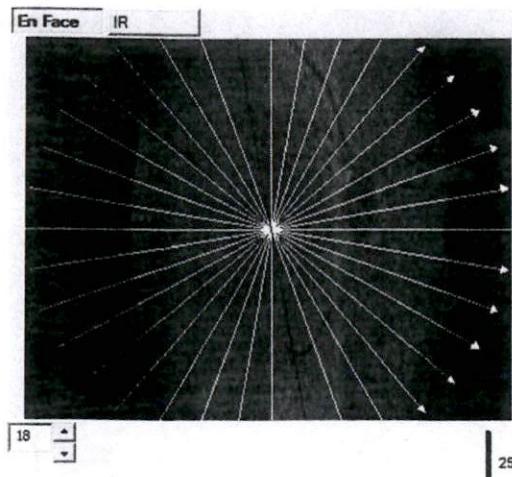
Signal Strength Index 55

10.00 Scan Size (mm)

Right / OD



Auto Zoom



Scan 22/10/2018 10:11:16

Signal Strength Index 1

10.00 Scan Size (mm)

Right / OD

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

Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:



Patient: ERRIAICHI, RACHID  
Physician:  
Operator:  
Disease:

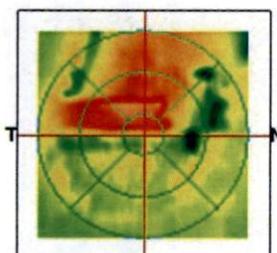
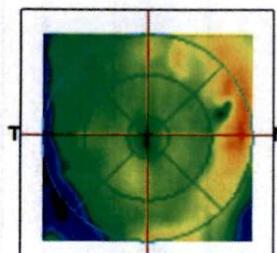
CLINIQUE AL MADINA

Gender: Male  
ID:

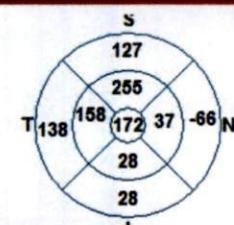
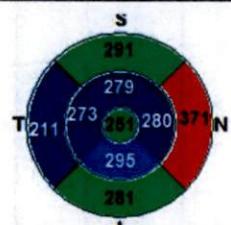
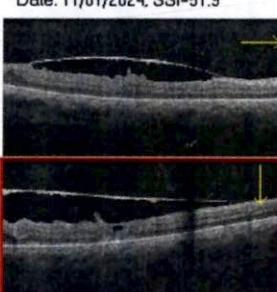
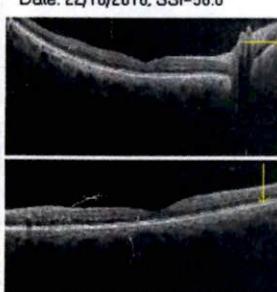
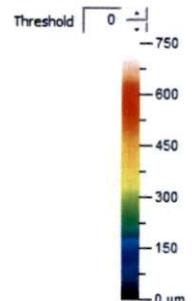
Exam Date: 11/01/2024  
DOB(age): 30/01/1965 (58)  
Ethnicity: Caucasian  
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

ETDRS Change

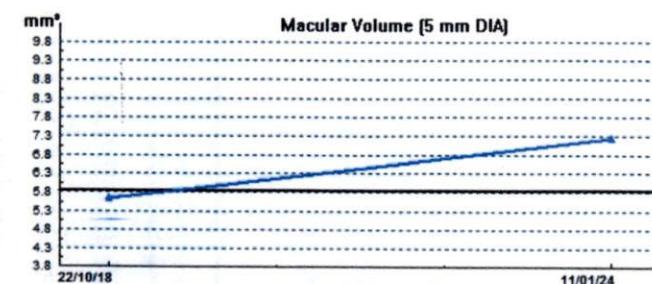
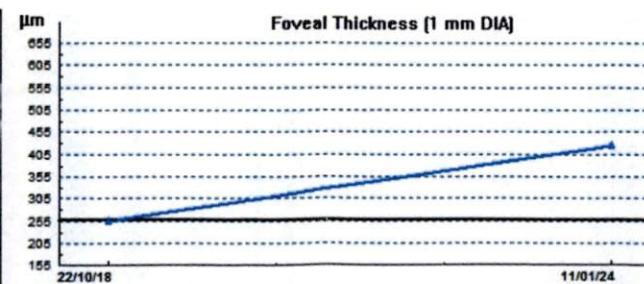
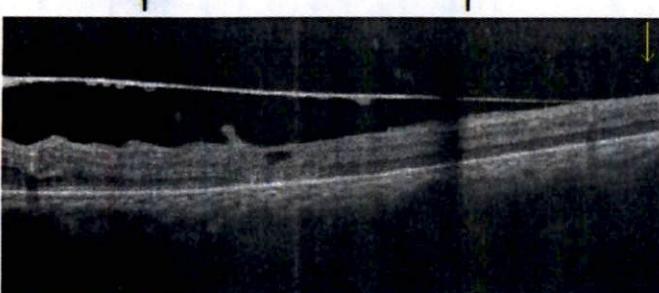
RPE Elevation



Right / OD



p > 99%  
p > 95%  
p > 5%  
p > 1%  
p < 1%



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

Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

OPTOVUE

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

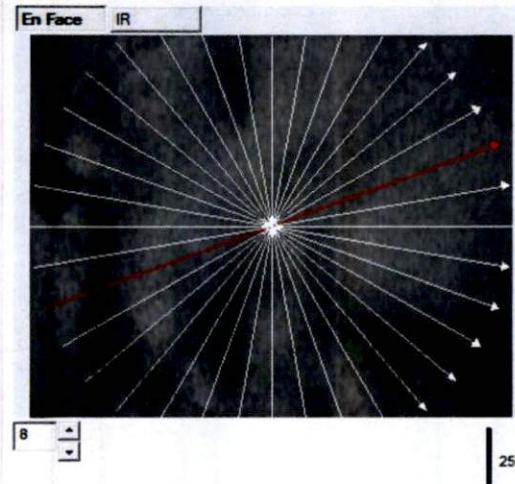
Scan 11/01/2024 09:28:51

Signal Strength Index

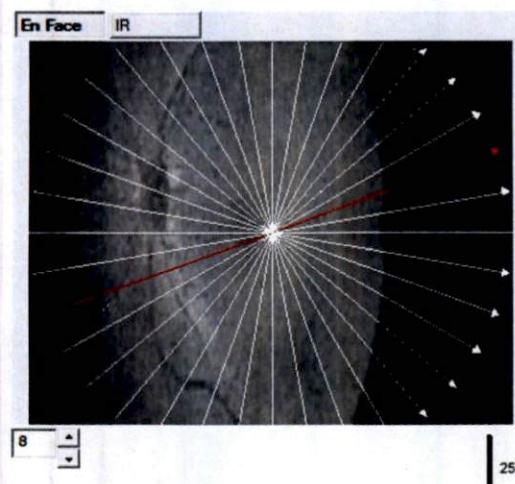
47

10.00 Scan Size (mm)

Left / OS



Auto Zoom



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

OPTOVUE

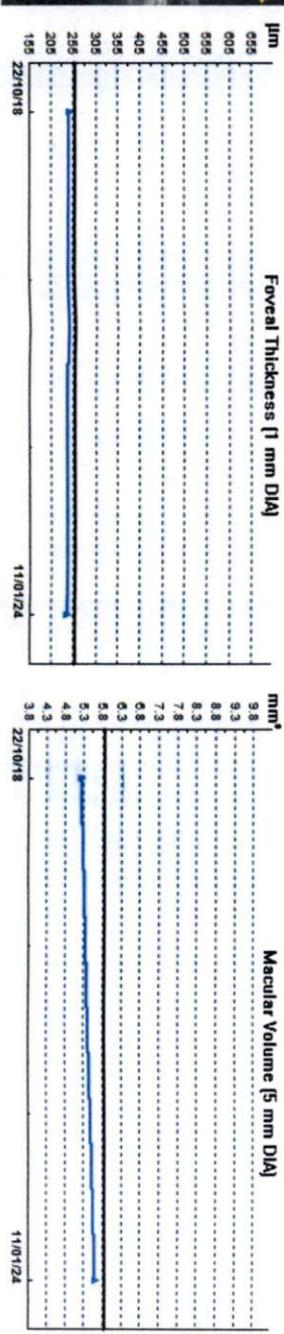
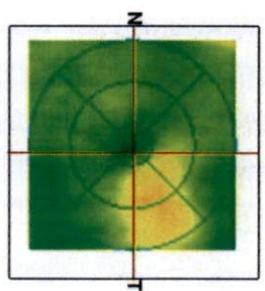
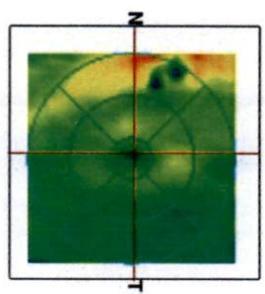
Patient: ERRIAICHI, RACHID  
Physician:  
Operator:  
Disease:

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



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

Software Version: 2018.1.0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution



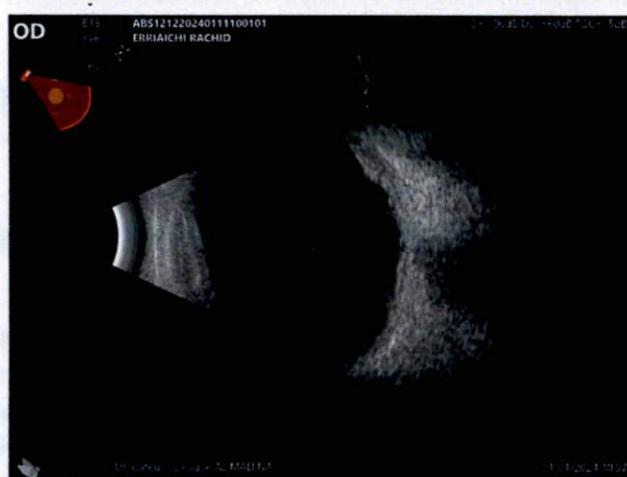
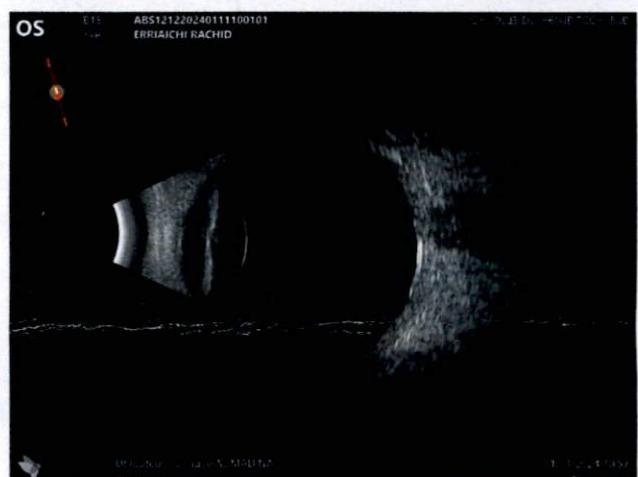
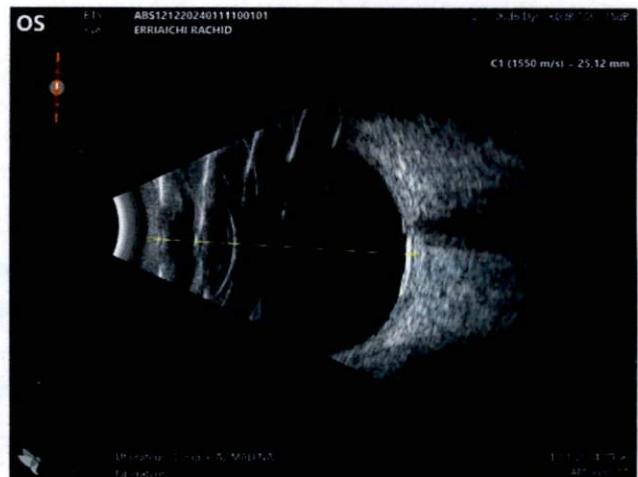
Tél. :

Fax :

E-mail :

N° d'Identification : ABS121220240111100101  
 Patient : ERRIAICHI RACHID  
 Adresse :

Date de Naissance :  
 Sexe : -  
 Tél. :



## Commentaires

## Commentaires

RV: 1.1.2\_1.1.3\_1.1.2

CID/CN: CLINIQUE AL MADINA  
CAdd: BOULEVARD PANORAMIQUE

ID: 654322346788

Name: ERRIAICHI RACHID

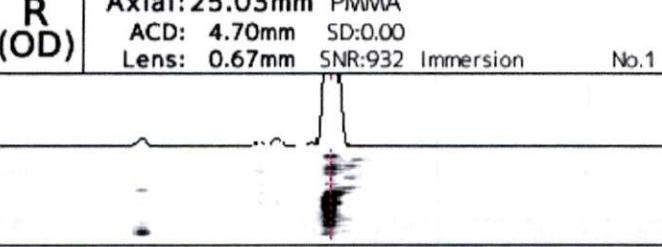
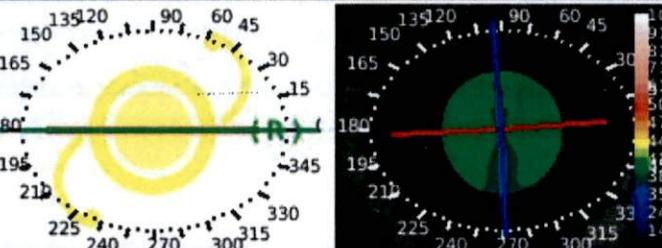
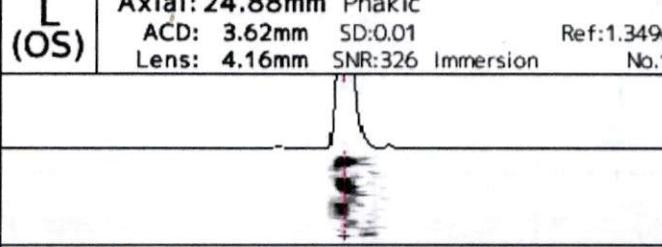
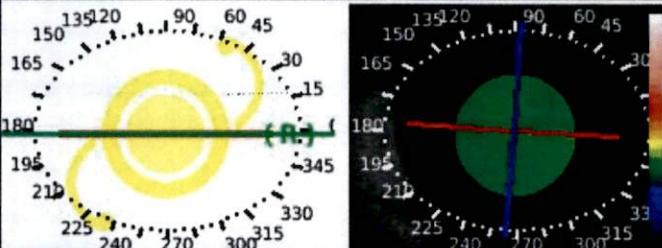
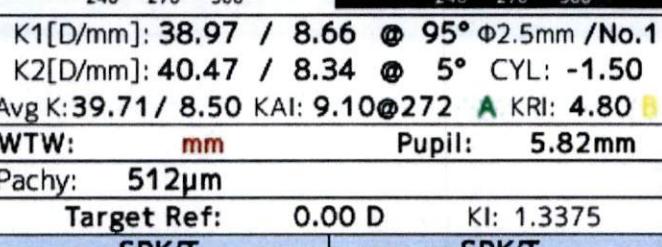
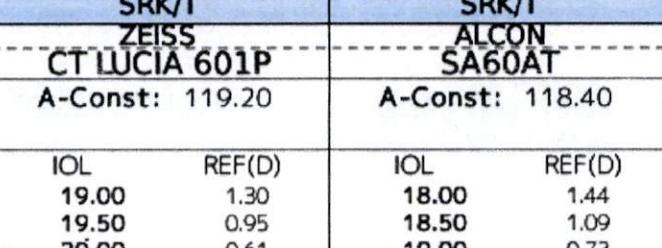
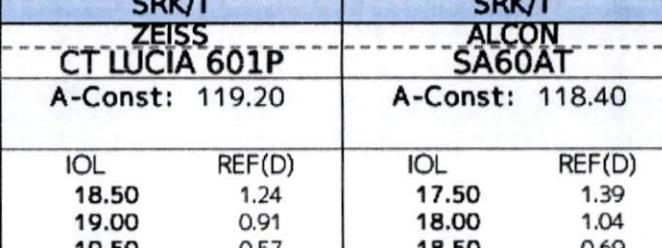
Sex/DB: Male / 30/Jan/1965

Physician:

Comment:

Date: 11/Jan/2024 10:56:23

Surgeon: Common

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 B WTW: mm Pupil: 5.82mm Pachy: 512µm Target Ref: 0.00 D KI: 1.3375 SRK/T ZEISS CT LUCIA 601P A-Const: 119.20 IOL REF(D) 19.00 1.30 19.50 0.95 20.00 0.61 20.50 0.26 21.00 -0.10 21.50 -0.46 22.00 -0.82 22.50 -1.19 23.00 -1.56 Power 20.86 SRK/T LUCIDIS 108 A-Const: 118.15 IOL REF(D) 17.50 1.63 18.00 1.27 18.50 0.91 19.00 0.55 19.50 0.18 20.00 -0.19 20.50 -0.57 21.00 -0.95 21.50 -1.33 Power 19.75
L (OS)	Axial: 24.88mm Phakic ACD: 3.62mm SD:0.01 Lens: 4.16mm SNR:326 Immersion Ref:1.3496 No.1	
	  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 ZEISS CT LUCIA 601P A-Const: 119.20 IOL REF(D) 18.50 1.24 19.00 0.91 19.50 0.57 20.00 0.22 20.50 -0.13 21.00 -0.48 21.50 -0.84 22.00 -1.20 22.50 -1.56 Power 20.32 SRK/T LUCIDIS 108 A-Const: 118.15 IOL REF(D) 17.00 1.57 17.50 1.23 18.00 0.87 18.50 0.51 19.00 0.15 19.50 -0.21 20.00 -0.59 20.50 -0.96 21.00 -1.34 Power 19.21	
	  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 B WTW: mm Pupil: 5.82mm Pachy: 512µm Target Ref: 0.00 D KI: 1.3375 SRK/T ZEISS CT LUCIA 601P A-Const: 119.20 IOL REF(D) 19.00 1.30 19.50 0.95 20.00 0.61 20.50 0.26 21.00 -0.10 21.50 -0.46 22.00 -0.82 22.50 -1.19 23.00 -1.56 Power 20.86 SRK/T LUCIDIS 108 A-Const: 118.15 IOL REF(D) 17.50 1.63 18.00 1.27 18.50 0.91 19.00 0.55 19.50 0.18 20.00 -0.19 20.50 -0.57 21.00 -0.95 21.50 -1.33 Power 19.75	
	  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 ZEISS CT LUCIA 601P A-Const: 119.20 IOL REF(D) 18.50 1.24 19.00 0.91 19.50 0.57 20.00 0.22 20.50 -0.13 21.00 -0.48 21.50 -0.84 22.00 -1.20 22.50 -1.56 Power 20.32 SRK/T LUCIDIS 108 A-Const: 118.15 IOL REF(D) 17.00 1.57 17.50 1.23 18.00 0.87 18.50 0.51 19.00 0.15 19.50 -0.21 20.00 -0.59 20.50 -0.96 21.00 -1.34 Power 19.21	