

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.

Reéducation :

- 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.

MUPRAS (Centre Alali Ben Abdellah - 6^e étage Angle Rue Mohamed V et Rue Alali Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (00) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com)



Déclaration de Maladie

ND
33132
N° W19-593690

Corrigees

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	3291	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin	CLINIQUE TIFAOUTE Dr. BEN MAHFOUD Jawad OPHTHALMOLOGISTE Bd. Cheikh Saïdi N° 133 Talborjt Agadir Tél: 05 28 38 35 04 - 05 28 82 75 04	
Cachet du médecin :	Dr. BEN MAHFOUD Jawad OPHTHALMOLOGISTE Bd. Cheikh Saïdi N° 133 Talborjt Agadir Tél: 05 28 38 35 04 - 05 28 82 75 04	
Date de consultation :	29/06/2011	
Nom et prénom du malade :	AATAL NOUNAOUI, 70 ans	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Cataracte gauche	
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W19-593690

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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
29.05.2021	Cataracte	0.10	10.050,-	INP : 05105563166 CLINIQUE TIFADOUR Dr. BEN MAHESUD Jawed QUE TID OPHTHALMOLOGIST 133 Talbors Agadir - X - Tafraout 22°N 32°E 27°W 38°E 04°W 05°E 0528 82 75 94 83 05 28 84 71

EXECUTION DES ORDONNANCES

BON DE SOINS		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHOTOS

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

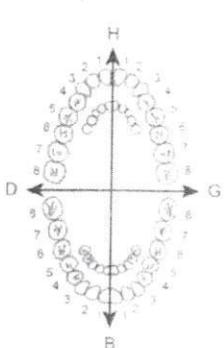
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et l'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	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"/>

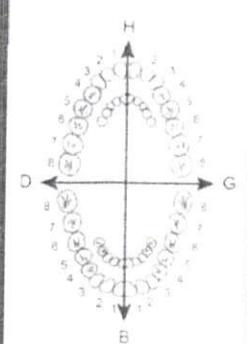


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35633411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHEZ BIEN PARTICIPEZ AU TIRAGE AU SORT

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
DE EXECUÇÃO

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Cabinet de Consultations &
d'Explorations Cardio-vasculaires

Docteur CHAMI Mohammed
CARDIOLOGUE

Spécialiste diplômé de la Faculté de
Médecine de Bruxelles



عيادة تشخيص و استئصال
أمراض القلب والشرايين
دكتور محمد الشامي

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين

مجاز بكلية الطب بيروكسيل

Casablanca, le...

19/04/2021

N° Rais Naval

109,00

D. stress



14/1

Sur

Abuse

109,00



Lot:

DLC:

P.P.C : 109,00 DH

DS11/20
11/2023



CLINIQUE TIFAOUTE**NOTE D'HONORAIRES**

Le : 01/07/2021

Références

5 238 / 210701154042014005
PAYANT

Entrée / Sortie : 29/06/2021 - 29/06/2021

Le Dr. IFKHAREN BRAHIM

présente à Mr AATAR MOHAMED

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
1 200,00 Dhs

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

CLINIQUE TIFAOUTE
Dr. Brahim IFKHAREN
Médecin Spécialiste en
Anesthésie Reanimation

Cachet et signature



CLINIQUE TIFAOUTE

NOTE D'HONORAIRES

Le : 01/07/2021

Références

5 238 / 210701154031014004

PAYANT

Entrée / Sortie : 29/06/2021 - 29/06/2021

Le Dr. BEN MAHFOUD JAWAD

présente à Mr AATAR MOHAMED

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
3 900,00 Dhs

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

*CLINIQUE TIFAOUTE
Dr. BEN MAHFOUD Jawad
OPHTALMOLOGISTE
Bd. Cheikh Saad N° 133 Talborjt Agadir
Tél: 05 28 38 38 04 - 05 28 82 75 04*

Cachet et signature

CLINIQUE TIFAOUTE

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : **AATAR MOHAMED**

Chambre : **NA**

Médecin traitant **BEN MAHFOUD JAWAD**

Prise en charge **PAYANT**

Date entrée **29/06/2021**

Date sortie **29/06/2021**

*CLINIQUE TIFAOUTE
Bd. Cheikh Saadi N° 133
Extension -X- Tallit - Agadir
Tel: 05 28 38 04 - 05 28 82 75 04
Fax: 05 28 84 184*

Le caissier

L'infirmier

Le major

LAAYOUNE (SAHARA), le 11/06/2021
RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE
N° 1700729

Agence : 170 LAAYOUNE 6 NOVEMBRE

Réf.Op. : 1709921162271226

Nous vous prions de trouver ci-joint un relevé d'identité bancaire établi à la suite de votre demande.

Code	Code Ville	Numéro de Compte	Clé RIB
021	430	0000170001113675	10

Titulaire du

MR AATAR MOHAMED

Adresse du

LOT EL HOUDA
BC 1 N°64

86150 INEZGANE AIT MELLOUL

Crédit du Maroc :
Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital 1 035 848 200 Dhs
Siège social : 48-58, boulevard Mohammed V - Casablanca - B.P. : 13 579
Tél. : +212 (0) 522 47 70 00 - Fax : +212 (0) 522 27 71 27
Agrément : 2348-94 - R.C. : 28 717 - I.F. : 01085466
Patente : 33103720 - C.N.S.S. : 1928079

مصرف المغرب :
شركة مساهمة ذات مجلس الإدارة الجماعية و ذات مجلس الرقابة
لسماتها 200 1035 848 درهم - المقر الرئيسي: 48-58، شارع محمد الخامس - الدار البيضاء
ص.ب. : 13 579 - الهاتف: +212 (0) 522 47 70 00 - الفاكس: +212 (0) 522 27 71 27
رقم الوكالة : 28 717 - س.ت. : 2348 - 94 - رقم التعريف الجبائي : 01085466
طوبية التجارة : 33103720 - ص.و.ه.ج: 1928079

LAAYOUNE (SAHARA), le 11/06/2021
RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE
N°

Agence: 170 LAAYOUNE 6 NOVEMBRE

Ref.Op.: 1709921162271226

Nous vous prions de trouver ci-joint un relevé d'identité bancaire établi à la suite de votre demande.

Code	Code Ville	Numéro de Compte	Clé RIB
021	430	0000170001113675	10

Titulaire du

MR AATAR MOHAMED

Adresse du

LOT EL HOUDA
BC 1 N°64

86150 INEZGANE AIT MELLOUL

Crédit du Maroc :
Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital 1 035 848 200 Dhs
Siège social : 48-58, boulevard Mohammed V - Casablanca - B.P. : 13 579
Tél. : +212 (0) 522 47 70 00 - Fax : +212 (0) 522 27 71 27
Agrément : 2348-94 - R.C. : 28 717 - I.F. : 01085466
Patente : 33103720 - C.N.S.S. : 1928079

مصرف المغرب :
شركة مساهمة ذات مجلس الإدارة الجماعية و ذات مجلس الرقابة
لسماتها 200 1035 848 درهم - المقر الرئيسي: 48-58، شارع محمد الخامس - الدار البيضاء
ص.ب. : 13 579 - الهاتف: +212 (0) 522 47 70 00 - الفاكس: +212 (0) 522 27 71 27
رقم الوكالة : 28 717 - س.ت. : 2348 - 94 - رقم التعريف الجبائي : 01085466
طوبية التجارة : 33103720 - ص.و.ه.ج: 1928079



FACTURE

N° 5 238 / 2021 du 01/07/2021

Nom patient	AATAR MOHAMED	Entrée 29/06/2021	Sortie 29/06/2021
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
BLOC OPERATOIRE	130,00	K	25,00	3 250,00
CHAMBRE	1,00	CH	400,00	400,00
			Sous-Total	3 650,00
PHARMACIE	130,00	PH	10,00	1 300,00
			Sous-Total	1 300,00
Total Frais Clinique				4 950,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. BEN MAHFOUD JAWAD (ophtalmologiste)	130,00	K	30,00	3 900,00
DR. IFKHAREN BRAHIM (anesthesie)	40,00	K	30,00	1 200,00
			Sous-Total	5 100,00
Total prestations externes				5 100,00

Total général 10 050,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DIX MILLE CINQUANTE DIRHAMS

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	10 050,00	10 050,00	0,00

Ref Chq : 210 8155962/

CLINIQUE TIFAOUTE
 Bd. Cheikh Saadi N° 133
 Extension -X- Talborjt - Agadir
 Tél. 05 28 38 38 04 - 05 28 82 75 04
 Fax. 05 28 84 71 84

COMPTE RENDU OPERATOIRE

PATIENT : Mr. AATAR MOHAMED

Chirurgien : DR BEN MAHFOUD JAWAD

Type d'anesthésie : ANESTHÉSIE LOCALE

Date d'intervention : 29/06/2021

Acte : phaco émulsification oeil Droit avec mise en place d'un implant intra-oculaire.

- Badigeonnage à la bétadine.
- Mise en place du blépharostat.
- Lavage des culs de sac conjonctivaux à la bétadine ophtalmique.
- Incision cornéenne tunnelisée à 11h au couteau 2.8+ voie de service à 2h au couteau 15 degré.
- Injection du visqueux dans la chambre antérieure.
- Capsulo rhéxis à la pince.
- Hydro dissection + mobilisation du noyau.
- Phakoémulsification du noyau.
- Irrigation-aspiration des masses.
- Injection de visqueux dans le sac capsulaire.
- Mise en place d'un implant pliable 20 dioptries, dans le sac capsulaire.
- Lavage du visqueux.
- Injection de 0.1 cc de Céfuroxime en intracamérule.
- Hydrosuture.
- Traitement local+pansement.

CLINIQUE TIFAOUTE
Dr. BEN MAHFOUD Jawad
OPHTALMOLOGISTE
 Bd. Cheikh Saadi N° 133 - Extension -X- Talborjt Agadir
 Tél: 05 28 38 38 04 - 05 28 82 75 04

CLINIQUE TIFAOUTE

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 29/06/2021 Heure 07:52

Nom et Prénom du patient Mr AATAR MOHAMED Age ou Date Naissance 71 - 01/01/1951

N° Cin du patient ou du tuteur SH6050

Adresse lot el houda bc 1 nr 64 ait melloul

Téléphone 06 58 13 19 26

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant BEN MAHFOUD JAWAD Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0

Motif d'hospitalisation CATARACTE ASS

Affiliation à une couverture maladie NON

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT

Nom et prénom du signataire :

CLINIQUE TIFAOUTE
Bd. Cheikh Saadi N° 133
Extension -X- Talborjt - Agadir
Tél: 05 28 38 38 04 - 05 28 82 75 04
Fax: 05 28 84 71 84
E-mail: clinique.tifout@gmail.com

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 29/06/2021 Heure

Durée d'hospitalisation (jours) 0

CLINIQUE TIFAOUTE
Bd. Cheikh Saadi N° 133
Extension -X- Talborjt - Agadir
Tél: 05 28 38 38 04 - 05 28 82 75 04
Signature 05 28 84 71 84
E-mail: clinique.tifout@gmail.com

Nom et prénom du signataire