

## 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, parodontologie 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Alahouy Abdelhak - 16, rue St-Joseph Agade - Rue Mohamed V - et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Espérance - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.ma](http://www.mupras.ma)



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-593690

*Courrier*

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

**CLINIQUE TIFAOUTE**  
**Dr. BEN MAHFOUD Jawad**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
Bd. Cheikh Saadi n° 133 Talbort Agadir  
Tél: 05 28 38 35 34 - 05 28 82 75 04

Cachet du médecin :

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) :

### VOLET ADHERENT

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 :

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
29.02.2021	cataracte		10.050.00	INP : 081.63.166 CLINIQUE TIFAOUTI DR. BEN MAHMOUD JAWAD OPHTALMOLOGISTE 133 Talbourgha Tunis Tél : 05 28 82 75 04

**CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE TIRAOUTE**  
**DR. BEN MAHMOUD Jawad**  
**OPHTHALMOLOGISTE**  
 Bd. Cheikh Sadoun 133 Agadir  
 Agadir - X - Taro - Agadir  
 05 28 38 38 04 - 05 28 82 75 04  
 05 28 38 38 04 - 05 28 82 75 04  
 Email: cliniquetiraoute@gmail.com

[illegible][illegible][illegible]

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

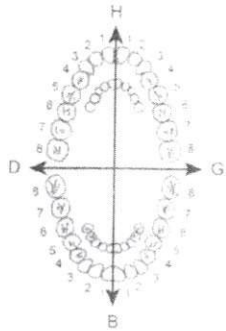
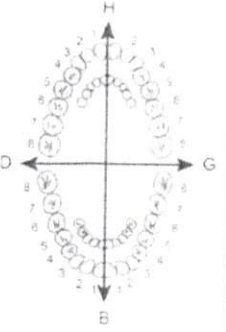
TE  
dir  
75 04  
com

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est amené à préciser la dent traitée, l'acte pratiqué, 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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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 tenu de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et d'indiquer la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

	H		
	25533412	21433582	
	00000000	00000000	
D	00000000	00000000	C
	35033411	11433553	

**(Création, remont, adjonction)**

**NUMÉRIQUE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT 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 استكشاف  
امراض القلب و الشرايين  
دكتور محمد الشامي

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين

محاضر بكلية الطب ببروكسيل

Casablanca, le 19/04/2021

N° Rais Nawal

109,00

D. stress



1 y / j

sur

Aboufe

صيدلية كاميليا  
PHARMACIE CAMILLA  
Mme L'EMSEFFER AL-YRA Mounia  
29, Rue Hassan Soukiani  
Tél: 0522 27 17 07 - Casablanca

Dr. Mohamed Chami  
Cardiologue  
GSM: 06 61 45 08 06  
06 61 45 08 06  
06 61 45 08 06

Lot:

DS11/20

DLC:

11/2023

P.P.C : 109,00 DH

## 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 Réanimation

*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- Taibout - Agadir  
Tél: 05 28 38 04 - 05 28 82 75 04  
Fax: 05 28 84 1 84

Le caissier

L'infirmier

Le major

Billet de sortie établi par : **RECEPT2**

29/06/2021 12:58

PT210618083421-003

LAAYOUNE (SAHARA), le 11/06/2021  
**RELEVÉ D'IDENTITÉ 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 الجامعية ذات مجلس الرقابة  
رأس مالها 1035 848 200 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 الرخصة : 94 - 2348 - س.ت. : 28 717 - رقم التعريف الجبائي : 01085466  
ضريبة التجارة : 33103720 - ص.و.ج. : 1928079

LAAYOUNE (SAHARA), le 11/06/2021  
**RELEVÉ D'IDENTITÉ 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 الجامعية ذات مجلس الرقابة  
رأس مالها 1035 848 200 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 الرخصة : 94 - 2348 - س.ت. : 28 717 - رقم التعريف الجبائي : 01085466  
ضريبة التجارة : 33103720 - ص.و.ج. : 1928079





## FACTURE

N° 5 238 / 2021 du 01/07/2021

Nom patient	AATAR MOHAMED	Entrée	Sortie
		29/06/2021	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 (anesthésie)	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. AATARMOHAMED

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 intracaméculaire.
- Hydrosuture.
- Traitement local+pansement.

CLINIQUE TIFAOUTE  
Dr. BEN MAHFOUD Jawad  
OPHTALMOLOGISTE  
Bd. Cheikh Saadi N° 133 - 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.tifaout@gmail.com

### Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 29/06/2021

Heure

Durée d'hospitalisation (jours) 0

*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.tifaout@gmail.com