

# 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'El-Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M23-011928

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8741 Société : R.A.M.  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : JAMFAR S. ELHASSANE  
 Date de naissance : 26/11/67  
 Adresse : 104 RUE N°4 ALRODS 3 LISSAFA CASA  
 Tél. : 0661456898 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. Mohamed BEN EL AYFAR**  
 Chirurgie Orthopédique et Traumatologie  
 180, Bd. Oued Sebou, Wiam, Casablanca - Tél 0646.646.649  
 Date de consultation : 4 MARS 2024  
 Nom et prénom du malade : JAMFAR S. ELHASSANE Age: 56  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Traumatisme de la colonne cervicale  
 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 : CASA Le : 11/23/24  
 Signature de l'adhérent(e) : JAMFAR S. ELHASSANE

VOLET ADHERENT



# 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 4 MARS 2024     | G                 |                       | 300,                            | Dr. Mohamed BEN EL AYFAR<br>Chirurgie Orthopédique<br>et Traumatologie<br>180. Bd. Oued Sebou, Wiam,<br>Casablanca - Tél 0646.646.648 |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Remetteur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE SARANAZ<br>S.A.R.L.A-U<br>140 Lot Smiradja Lissasfa<br>Casablanca<br>Tél/Fax : 05 22 65 20 07 | 04/03/2024 | 261,7                 |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue       | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| DE RADIOLOGIE<br>ROND POINT GEORGE<br>Tél: 05 77 80 89 07 | 04-03-2024 | R. cheville<br>FIP           | 300,00                 |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# 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                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |  |
|---------------------------|--|------------------|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|---|--|--|
|                           |  |                  |  | 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"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table> |                  | H  | H  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                           | H  | H                |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |  |
|                           | 25533412   | 21433552         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |  |
|                           | 00000000   | 00000000         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |  |
|                           | D  | G                |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |  |
|                           | 00000000   | 00000000         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |  |
|                           | 35533411   | 11433553         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |  |
|                           | B  | B                |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |  |
|                           | [Création, remont, adjonction]   |                  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |  |
|                           | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |  | 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



Docteur Mohamed BEN EL AYFAR

Spécialiste en Chirurgie

Orthopédique et Traumatologie

Ancien Chirurgien au CHP Lieutenant

Mohamed Baouafi - Casablanca

Ancien Chirurgien au CHU Averoës

Casablanca

Sur rendez-vous

الدكتور بن العيفر محمد

أخصائي في جراحة و تقويم العظام والمفاصل

جراح سابقا بالمركز الإستشفائي محمد بوافي الدار البيضاء

جراح سابقا بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد الدار البيضاء

بالموعد

- 4 MARS 2024

Casablanca, le :

Mr Jaafar & El Hamane

180.2

Simovix

3 applications

4478

Daseu

1 - 1 - 1

3700

Dulastan

1 - 1 - 1

2017

Dr. Mohamed BEN EL AYFAR

Chirurgie Orthopédique

et Traumatologie

180, Bd. Oued Sebou, Wiam,  
Casablanca - Tel 0646.646.648

PHARMACIE SARANAZ  
S.M. EL A. Y.  
140 Lot Smiraldia Lissasfa  
Casablanca  
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

11.3.24 ct

شارع أم الربيع "فوق ليديك" 180 واد سبو، إقامة سعد، الطابق الأول، شقة 2، حي الوثام، الألفة - الدار البيضاء  
bd Oum Rabii, (au dessus LYDEC) - 180, Bd. Oued Sebou, Résidence Saad, 1er Etage Appt 2 -

Quartier Wiam, Oulfa - Casablanca

Tél.: 05 400 93 100 / 0646 646 648 : الهاتف

المستعجلات : 06 72 74 74 01 Urgences



LOT



LOT: C298  
EXP: 06/2026  
PVC: 180.0004

REV: 2023/01/B - ADGLETH101



6 111261 530084

DULASTAN® 500 mg / 2 mg

دولاستان®

Boîte de 20 comprimés

علبة من 20 قرصا

37,00





Serrapeptase

**DASEN® 10 000 UI**

**40 Comprimés enrobés  
gastro-résistants**

**DASEN® 10000 UI**  
*Serrapeptase*

**40 Comprimés enrobés  
gastro-résistants**

Voie orale

عدد الجرعات في اليوم

NOMBRE DE PRISES PAR JOUR

MATIN MIDI SOIR



Laboratoires SYNTHEMEDIC  
20-22, Rue Zoubeir Bnou El Aouam  
Roches Noires - Casablanca



**Docteur Mohamed BEN EL AYFAR**

**Spécialiste en Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologie**

Ancien Chirurgien au CHP Lieutenant  
Mohamed Baouafi - Casablanca  
Ancien Chirurgien au CHU Averroès  
Casablanca

Sur rendez-vous

*M. J. A. far & El Hanane*

**الدكتور بن العيصر محمد**

**أخصائي في جراحة و تقويم العظام والمفاصل**

جراح سابقا بالمركز الإستشفائي محمد بوافي الدار البيضاء  
جراح سابقا بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد الدار البيضاء

بالموعد

Casablanca, le : **- 4 MARS 2024**

*R-x clavicule gde FTE  
Ce hie - sur la M.E.*

**Dr. Mohamed BEN EL AYFAR**  
**Chirurgie Orthopédique  
et Traumatologie**  
180 Bd. Oued Sebou, Wiam,  
Casablanca - Tél. 0646.646.648



شارع أم الربيع "فوق ليديك" 180 واد سبو، إقامة سعد، الطابق الأول، شقة 2، حي الوثام، الألفة - الدار البيضاء  
bd Oum Rabii, (au dessus LYDEC) - 180, Bd. Oued Sebou, Résidence Saad, 1er Etage Appt 2 -  
Quartier Wiam, Oulfa - Casablanca  
Tél.: 05 400 93 100 / 0646 646 648 : الهاتف  
المستعجلات : 06 72 74 74 01 Urgences





# مركز الفحص بالأشعة مدار جورج

## CENTRE DE RADIOLOGIE ROND POINT GEORGE

Dr. SANDI SALMA  
Médecin Radiologue

- IRM haut champs 1,5 T - Scanner 32 B - Echographie générale - Doppler couleur - Radiographie numérisée et interventionnelle - Osteo-articulaire - Mamographie Numérique - Rachis entier - Panoramique Dentaire

### DUPLICATA

NOM ET PRENOM : JAAFAR SI ELHASSANE

04/03/2024

MÉDECIN PRESCRIPTEUR : Dr MOHAMED BEN EL AYFAR

### RADIOGRAPHIE DE LA CHEVILLE GAUCHE FACE ET PROFIL

INDICATION : 56 ans , entorse de la cheville avec œdème de la partie externe

### RÉSULTATS :

- Minéralisation osseuse normale.
- Absence de trait de fracture récent ou ancien notamment au niveau de la malléole externe.
- Absence d'arrachement osseux.
- Remaniements arthrosiques modérés talo calcanéens gauches avec vide intra-articulaire et becs marginaux
- Ébauche d'épine calcanéenne gauche
- Absence d' autre anomalie des interlignes articulaires.
- Aspect normal des parties molles de la cheville droite.

### AU TOTAL :

- Radiographie de la cheville droite face et profil ne révélant pas d'anomalie traumatique notamment au niveau de la malléole externe.
- Remaniements arthrosiques modérés talo -calcaneens gauches.
- Ébauche d'épine calcanéenne gauche.

DR SANDI SALMA  
MERCI POUR VOTRE CONFIANCE



Docteur Salma SANDI  
Médecin Radiologue

ICE:002597538000093 - TP:36002557 - IF:47259851

📍 N°12 ,14 Moulay Thami, Boulevard Mustapha Salamat, (Rond point George) Haj Fateh, Oulfa, Casablanca

☎ 05 22 89 89 09 📞 07 64 08 68 25 ✉ radiologie.george@gmail.com 🌐 www.radiologie-george.ma





# مركز الفحص بالأشعة مدار جورج

## CENTRE DE RADIOLOGIE ROND POINT GEORGE

Dr. SANDI SALMA  
Médecin Radiologue

- IRM haut champs 1,5 T - Scanner 32 B - Echographie générale - Doppler couleur - Radiographie numérisée et interventionnelle - Osteo-articulaire - Mamographie Numérique - Rachis entier - Panoramique Dentaire

Casablanca le, 04/03/2024

**Facture N°:3258**

Organisme :MUPRAS  
le nom du patient:JAAFAR SI ELHASSANE

ICE :None

| Exam            | Prix   |
|-----------------|--------|
| RX CHEVILLE F/P | 300,00 |
| Total           | 300,00 |

Arrêté le montant de la présente facture à la somme de :  
Trois Cents Dirham(S)

ICE:002597538000093 - TP:36002557 - IF:47259851

N°12 ,14 Moulay Thami, Boulevard Mustapha Salamat, (Rond point George) Haj Fateh, Oulfa, Casablanca

05 22 89 89 09 07 64 08 68 25 radiologie.george@gmail.com www.radiologie-george.ma