

# 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.

## Diagnostique 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.

## Educational :

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

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



103679

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0023623

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000348 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : Ouhgji Fatima Zaiden Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 06 96 29 08 65 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Med EL Hejjam  
Spécialiste - gynécologue - Obstétrigue  
46 Lot El Amal - Berrechid  
Tél: 05 22 32 58 83

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Pneumonie

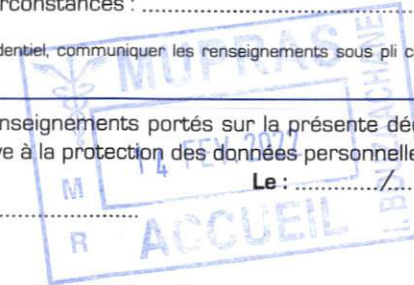
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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) : .....

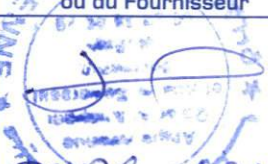




# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
07-01-21	C.S		25.0 DH	Dr. Med EL Hejjam Spécialiste - gynécologue - Obstétrique 46 Lot El Amar - Berrechid Tel: 05 22 32 58 83

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/01/21	129,50.

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

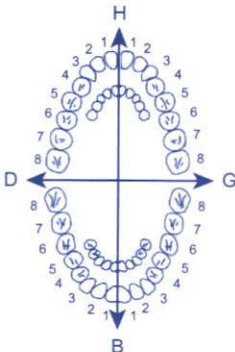
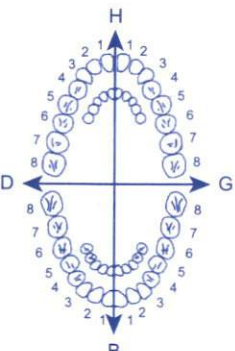
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>  Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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

<b>Dr Mohammed El hejjam</b>	<b>الدكتور محمد الحجام</b>
<b>Spécialiste gynécologue accoucheur</b>	<b>اختصاصي امراض النساء و التوليد</b>
<b>Maladie du sein , infertilité du couple</b>	<b>امراض الثدي ، صعوبة الانجاب عند الزوجين</b>
<b>Echographie , hysteroscopie , colposcopie</b>	<b>الفحص بالصدى ، منظار الرحم و عنق الرحم</b>

NOM :	OUHAJI	Date :	07/01/22
PRENOM	LATIFA	Age :	

51,50  
① - Prevagine

78,100  
② - Saforelle  
129,50.

Dr. Med El hejjam  
Spécialiste gynécologue - Obstétrigue  
46 Lot El Amal - Berrechid  
Tél: 05 22 32 58 83

46 lot Al Amal

Prenez RDV s il vous plait

Consultation à partir de 14H

06 64 52 84 40



# Saforelle®

COOPER PHARMA

PPC: 78,00 DH

# Saforelle®

## SOIN LAVANT DOUX

IRRITATIONS & QUOTIDIEN

*Toilette intime et corporelle*



## GENTLE CLEANSING CARE

IRRITATION & DAILY USE

*Intimate and body hygiene*



CONÇU ET FABRIQUÉ EN  
**FRANCE**

250 ml e

Laboratoires  
**IPRAD**

# CABINET DR M.EL HEJJAM DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

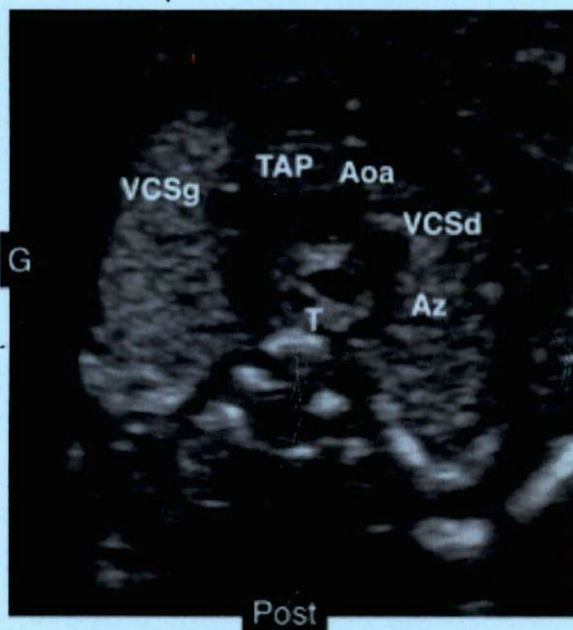
Maladie du sein , infertilité du couple

امراض الثدي ، صعوبة الانجاب عند الزوجين

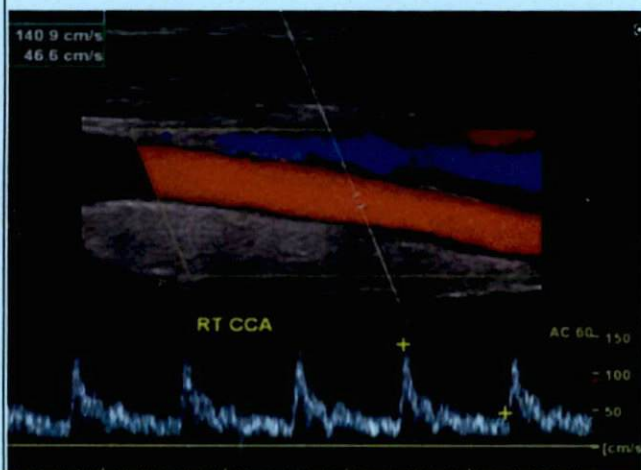
Echographie , hysteroscopie , colposcopie

الفحص بالصدى ، منظار الرحم و عنق الرحم

Coupe des trois vaisseaux



Grossesse gémellaire



Echo doppler



Clarté nucale

46 lot Al Amal

Prenez RDV s il vous plait

Consultation à partir de 14H

06 64 52 84 40



<b>Dr Mohammed El hejjam</b>		<b>الدكتور محمد الحجام</b>	
<b>Spécialiste gynécologue accoucheur</b>		<b>اختصاصي امراض النساء و التوليد</b>	
<b>Maladie du sein , infertilité du couple</b>		<b>امراض الثدي ، صعوبة الانجاب عند الزوجين</b>	
<b>Echographie , hysteroscopie , colposcopie</b>		<b>الفحص بالصدى ، منظار الرحم و عنق الرحم</b>	
NOM ( P ) :	OUHAJI	PRENOM :	LATIFA
CIN :	B633007	Téléphone :	696290863
Assurance :	MUPRAS	Age :	60
NOM (M) :		PRENOM :	
Groupage Rh : ( )	T : , m	Antécédents :	
DDR :		Obst	Voie basse 4 fois <i>DA: 24</i>
DC		Gyneco	
DPA		Chir	
42 SA		Medic	<i>Scars Kardiaque</i>
07/01/2022 00:00 CS		Allergie :	<i>thrombose Vais</i> <i>Cardiaque</i>
MOTIF :			
ECHOGRAPHIE	<i>Chambre parac 12 cm</i>		
BILAN :	<i>Chambre post menop</i>		
EXAMEN :	<i>Ex polype au col</i>		
	<i>hyperplasie ut</i>		
	<i>Drum Bilan</i>		
	<i>Drum Bilan</i>		
	<i>Safouilly</i>		
46 lot Al Amal			
Prenez RDV s il vous plait			
Consultation à partir de 14H			
06 64 52 84 40			

OB précoce Rapport

Établissement

Nom hôpital C Ibn Zohr Dr M.EL Hejjam  
Méd. exécutant  
Méd. traitant  
Échographiste

Informations patient

Nom patient LATIFA OUHAJI  
ID patient 07\_01\_2022\_14\_28\_04  
Âge  
Sexe Fille  
Hauteur Poids SC  
TA mmHg Date étude 07/01/2022

Données spécifiques à l'examen

Num of Fetuses	1							
AG US sur	Average	AG US	s	j	DPA US	P	Ec	
PFE 1	Hadlock1	CA,LF			xxxg±xxxg(xxOz±xxOz)			
PFE 2	Hadlock4	DBP,CT,CA,LF			xxxg±xxxg(xxOz±xxOz)			

Images



Conclusion  
hypertrophie  
succès

Dr. Med EL Hejjam  
Spécialiste gynécologue-Obstétrique  
46 Lot El Amal Berrechid  
Tél: 05 22 32 58 83