

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com  
 0 Chèque : chq@mupras.com  
 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-626839

143782



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 5145	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BEN ABDELLAH JAMAL			
Date de naissance : 25-04-1960			
Adresse : 312 LOT EL OUAFA DEROUA BERRECHID			
Tél. : 06 91 51 02 73 Total des frais engagés : 1000 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. Mohammed EL HEJJAM Spécialiste-Gynécologue-obstétrique INPE 06/01/1417			
Date de consultation : 28-12-2022			
Nom et prénom du malade : EL ABBOUD Houda			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Soi-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : affection gynécologique			
En cas d'accident... préciser les causes et circonstances :			
En 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 : NOUASSER			
Signature de l'adhérent(e) :			

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Le : 03/01/2023

#### **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
28-12-2023	CH		CD	Dr. M'hamed EL HELLANI Spécialiste en gynécologie et obstétrique 108 AI AÏAÏ, Berrechid TNP 061011417

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

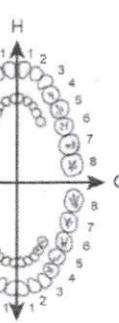
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Dr Mohammed EL MEJJAM Spécialiste en néonatalogie-obstétrique 246, KOFAP Amal, Berrechid INDE 061011417	28-12-2018					1.000.00 DH

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

**Important :**

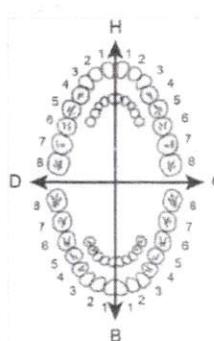
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

<p><b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b></p>	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <p><b>H</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25523412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>D</b></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>B</b></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		25523412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b>		00000000	00000000	35533411	11433553	<b>G</b>		<b>B</b>		<p><b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b></p> <p><b>MONTANTS DES SOINS</b></p> <p><b>DATE DU DEVIS</b></p> <p><b>DATE DE L'EXECUTION</b></p>
25523412	21433552																
00000000	00000000																
<b>D</b>																	
00000000	00000000																
35533411	11433553																
<b>G</b>																	
<b>B</b>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr Mohammed El hejjam**

**الدكتور محمد الحجام**

**Spécialiste gynécologue  
accoucheur**

**اختصاصي امراض النساء و التوليد**

**Maladie du sein , infertilité du couple**

**أمراض الثدي ، صعوبة الانجاب عند الزوجين**

**Echographie , hysteroscopie , colposcopie**

**الفحص بالصدى ، منضار الرحم و عنق الرحم**



061011417

PRENOM : **HOU DA**

Date : **28-12-2022**

NOM : **EL ABBoud**

Age :

Dr Hysteroscopie  
Diagnostic

Mammographie

Dr Mohammed EL HEJJAM  
Spécialiste-Gynécologue-obstétrique  
46, Lot Al Amal, Berrechid  
INPE 061011417

**46 lot Al Amal**

**06 64 52 84 40**

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

PRENOM	HOUDA	Date :	27/12/2022
NOM	EL ABOUD	Age :	

**FACTURE :27/12/2022**

**HYSTEROSCOPIE**

HONORAIRES :	1000 DH
--------------	---------

  
 Mohammed EL HEJJAM  
 Spécialiste Gynécologue-obstétricien  
 46, Lot Al Amal, Berrechid  
 INDE 061011417

**46 lot Al Amal**

**06 64 52 84 40**

## COMPTE RENDU D'HYSEROSCOPIE DIAGNOSTIC.

MME : HOUDA EL ABOUD

Age 46 ans

Date des dernières règles : 19/12/2022

Date de l'hospitalisation : 27/12/2022

Indication et diagnostic : SUSPECTION E POLYPE ENDO UTERIN

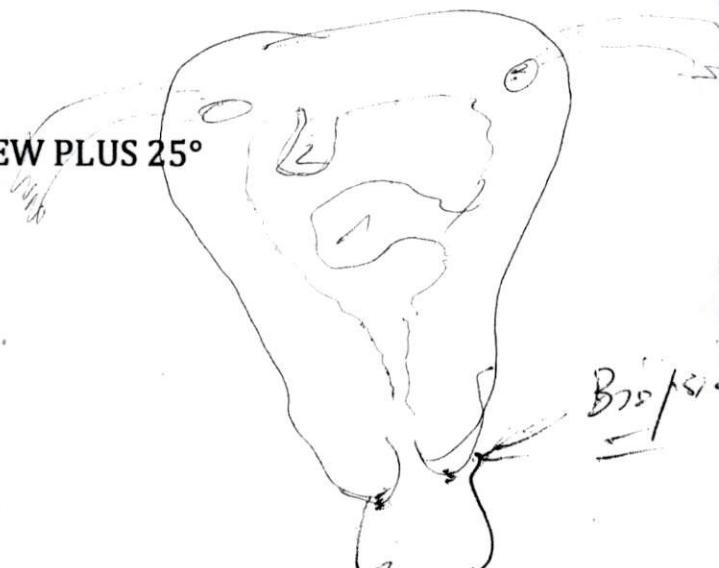
### TECHNIQUE ET MATERIEL:

HYSEROSCOPE type: R.WOLF PANOVIEW PLUS 25°

Antiseptique : Bétadine

Dilatation du col : à la petite bougie n°3

Milieu de distension : sérum salé



### Description :

1- Introduction :

Difficile (col insufflant très étroit)

2- Isthme utérin :

Étroit

2 - Parois utérines :

Polype sur la paroi

3 -Orifices :

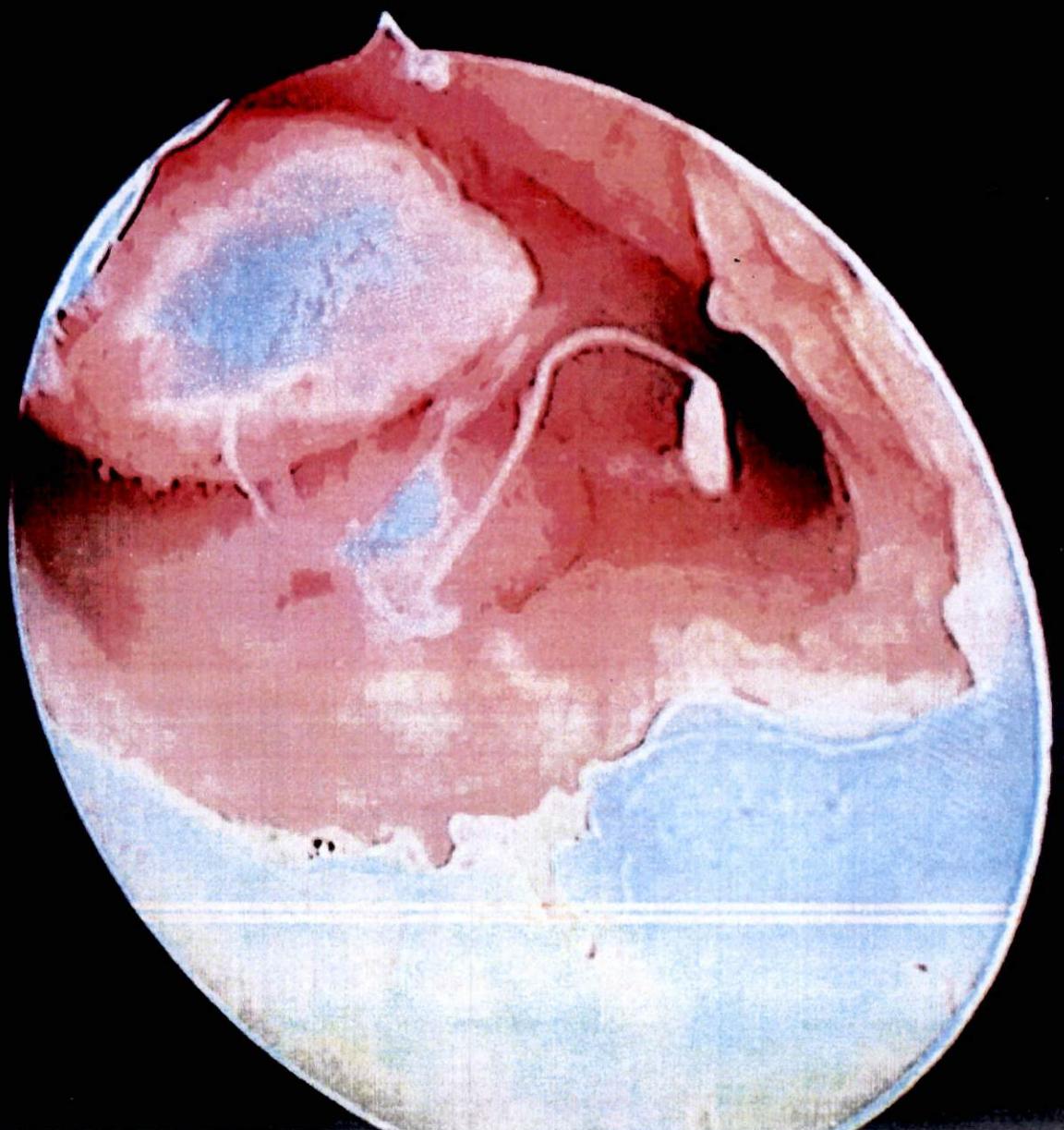
Polype sur la fundus

### Conclusion :

Hysteroscopie

Polypes sur la paroi  
et fundus

Dr. Mohammad EL HEJJAM  
Spécialiste Gynécologue-Obstétricien  
46, LOUJAN Ama, Berrechid  
TÉL : 061097417  
Signature : MOHAMMED EL HEJJAM



C IBN ZOHR DR M.EL HEJJAM  
HOUDA

24\_12\_2022\_12\_05\_58

OB Rapport

Établissement

Nom hôpital C IBN ZOHR DR M.EL HEJJAM

Méd. exécutant

Méd. traitant

Échographiste

Informations patient

Nom patient HOUDA

ID patient 24\_12\_2022\_12\_05\_58

Âge

Sexe Fille

Hauteur

Poids

SC

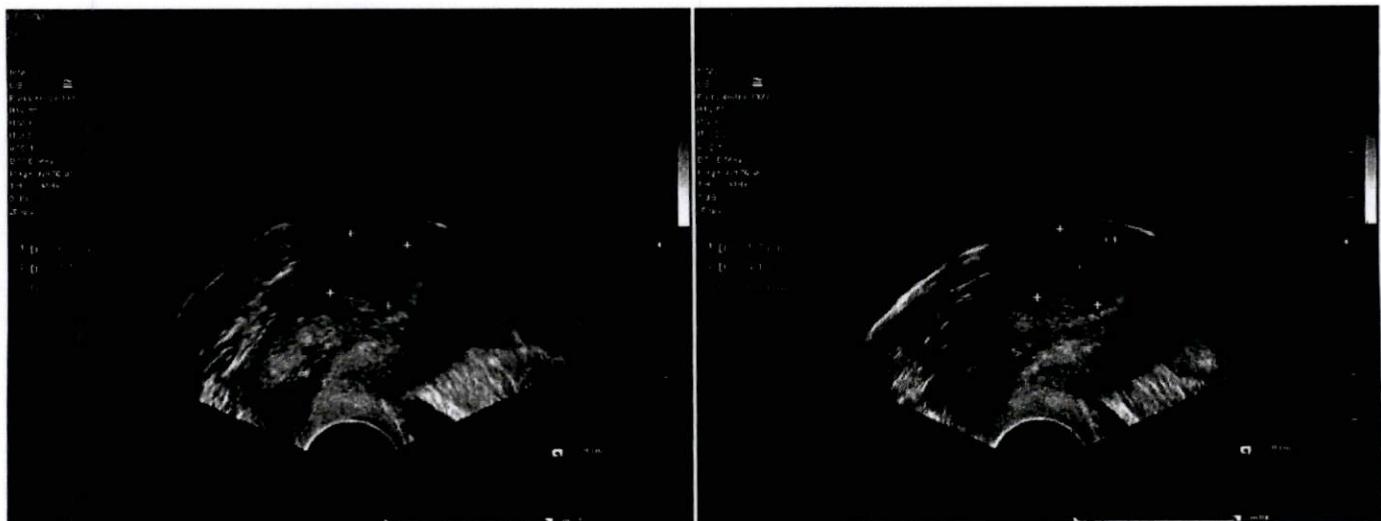
TA mmHg

Date étude 24/12/2022

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)		

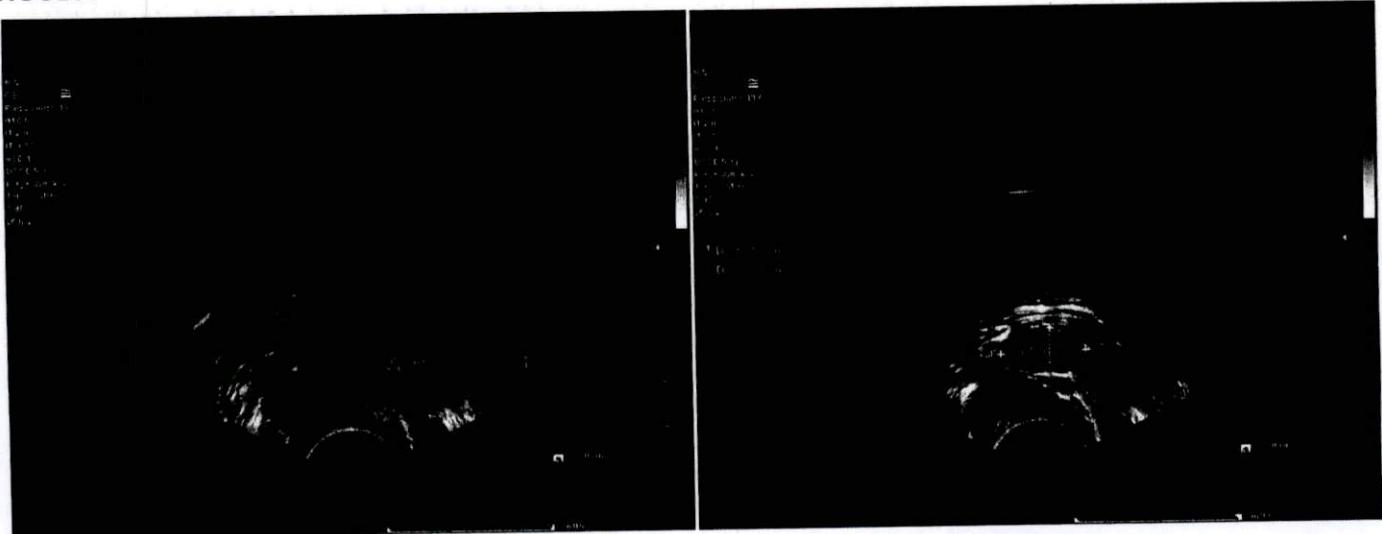
Images



C IBN ZOHR DR M.EL HEJJAM

HOUDA

24\_12\_2022\_12\_05\_58



### Commentaires

UTERUS DE TAILLE NORMALE  
ANNEXES LIBRES  
MYOME UTERIN POSTERIEUR

DR M. EL HEJJAM