

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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.

N° W21-782920

160068

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société : <i>RAM</i>	
Matricule :	2078	Nom & Prénom : <i>Zizi Mohammed</i>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Date de naissance : <i>26-06-56</i>	
Adresse : <i>12 Rue Zehl Age CASA</i>		Tél. : <i>061 331637</i> Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade : Age: / /	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : *CASA* Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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
10/01/2023	C. Dette			INP : <input type="checkbox"/> N° 5 et 6 <input type="checkbox"/> Rue Cornille Chambon <input type="checkbox"/> GSM : 06 013 37 10 <input type="checkbox"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02/09/83	Denta Scan	1.250,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

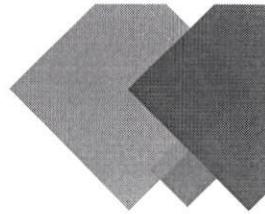
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
				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												



CENTRE DE
RADIOLOGIE HIVERNAGE

Dr. Hind ENNEDDAM

Radiologie diagnostique
et interventionnelle



- IRM 1.5 Tesla
- Scanner multibarettes
- Panoramique dentaire
- Dentascanner
- Mammographie numérisée
- Radiologie générale numérisée
- Hystérosalpingographie
- Ostéodensitométrie
- Échographie Doppler
- Élastographie
- Radiologie Interventionnelle (Biopsie-Cytoponction)
- PRP ostéoarticulaire

02/02/2023

Zizi Net

Den basronne
mghilani

Dr. Hind ENNEDDAM
Radiologie Diagnostique
et Interventionnelle
N° 5 et 6 sis à Imm 10
Rue Camille Cabana Hivernage
Marrakech
0524 44 98 97 / 0524 45 75 46 - Fax: 0524 44 98 97 - Whatsapp: 0621 93 26 63
E-mail : contact@centrederadiologiehivernage.com
Site Web : www.centrederadiologiehivernage.com

CENTRE DE
RADIOLOGIE HIVERNAGE

INPE CENTRE: 070064654 - INPE: 071253660

I.F: 45999910 - Patente: 45105566 - ICE:002351683000080

Adresse : N°5 et N°6 Imm 10 Rue Camille Cabana Hivernage Marrakech
(à côté du consulat de france).

Tél: 0524 44 98 97 / 0524 45 75 46 - Fax: 0524 44 98 97 - Whatsapp: 0621 93 26 63

E-mail : contact@centrederadiologiehivernage.com

Site Web : www.centrederadiologiehivernage.com

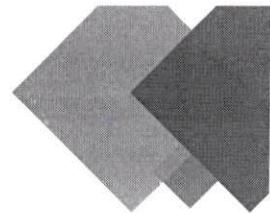




CENTRE DE
RADIOLOGIE HIVERNAGE

Dr. Hind ENNEDDAM

Radiologie diagnostique
et interventionnelle



- IRM 1.5 Tesla
- Scanner multibarettes
- Panoramique dentaire
- Dentascanner
- Mammographie numérisée
- Radiologie générale numérisée
- Hystérosalpingographie
- Ostéodensitométrie
- Échographie Doppler
- Élastographie
- Radiologie Interventionnelle (Biopsie-Cytoponction)
- PRP ostéoarticulaire

Marrakech, le 02/02/2023
Facture N° : 0409/2023

Nom : ZIZI MOHAMMED

Convention : MUPRAS

Examen (s)	Prix
DENTASCANNER.	1 300,00
Montant total :	1 300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE TROIS CENTS DHS

Règlement : TPE

Dr. Hind ENNEDDAM
Radiologie Diagnostique
et Interventionnelle
N°5 et N°6 Imm 10
Rue Camille Cabana Hivernage
Marrakech
Tél: 0524 44 98 97 / 0524 45 75 46 - Fax: 0524 44 98 97 - Whatsapp: 0621 93 26 63
E-mail : contact@centrederadiologiehivernage.com
Site Web : www.centrederadiologiehivernage.com

CENTRE DE
RADIOLOGIE HIVERNAGE

INPE CENTRE: 070064654 - INPE: 071253660

I.F: 45999910 - Patente: 45105566 - ICE:002351683000080

Adresse : N°5 et N°6 Imm 10 Rue Camille Cabana Hivernage Marrakech
(à côté du consulat de france).

Tél: 0524 44 98 97 / 0524 45 75 46 - Fax: 0524 44 98 97 - Whatsapp: 0621 93 26 63

E-mail : contact@centrederadiologiehivernage.com

Site Web : www.centrederadiologiehivernage.com





CENTRE DE RADIOLOGIE HIVERNAGE

Dr. ENNEDDAM Hind

IRM 1.5 T • Scanner multi-barettes • Radiologie numérisée • Mammographie numérisée • HSG
Panoramique dentaire • Ostéodensitométrie • Radiologie interventionnelle • Elastographie • Echodoppler



Nom et prénom : **ZIZI MOHAMMED**

Type d'examen : **DENTAL(Adulte)**

Date d'examen : **02/02/2023**



CENTRE DE
RADIOLOGIE HIVERNAGE

Dr. Hind ENNEDDAM

Radiologie diagnostique
et interventionnelle

Marrakech, le 02/02/2023

M 1.5 Tesla

Scanner multibarettes

Tomographie dentaire

Dentascanner

Angiographie

Radioologie générale

Ustérosalpingographie

Stéodensitométrie

Angiographie Doppler

Angiographie

Radioologie Interventionnelle

Patient : ZIZI MOHAMMED

Prescripteur:

Pour consulter les images, utilisez le lien : **102.50.245.195:8081/images/**
Login : **30673**
Mot de Passe : **17788**

DENTASCANNER

Indication: douleur d'allure nerveuse mandibulaire droite.

Technique :

Acquisition axiale sans injection de produit de contraste avec reconstruction dentascanner et 3D.

Résultats :

L'implant du la dent 47 (image 10) siège à 3 mm du trajet du canal alvéolaire avec defect focal de sa corticale supérieure de 3 mm.

L'implant du la dent 37 (image 17) siège à 4,7 mm du trajet du canal alvéolaire sans contact avec sa corticale.

Absence d'anomalie osseuse en péri implant par ailleurs.

Merci de votre

confiance

Dr. Hind ENNEDDAM
Radiologie Diagnostique
et Interventionnelle
N°5 et 6 sis à Immeuble
Rue Camille Cabana Hivernage
Tél : 0524 44 98 97 / 0524 45 75 46 - Fax : 0524 44 98 97
E-mail : contact@centredeleradiologiehivernage.com
Site Web : www.centredeleradiologiehivernage.com

I.F: 39370761 - Patente: 45104233 - ICE: 002351683000080

Adresse : N°5 et N°6 IMM 10 Rue Camille Cabana Hivernage Marrakech

Tél : 0524 44 98 97 / 0524 45 75 46 - Fax : 0524 44 98 97

E-mail : contact@centredeleradiologiehivernage.com

Site Web : www.centredeleradiologiehivernage.com



CENTRE DE RADIOLOGIE HIVERNAGE

-  N° 5 et N° 6, IMM 10, Rue Camille Cabana Hivernage, Marrakech, Maroc
-  +212 (0)5 24 45 75 46
-  hind.enneddam@centrederadiologiehivernage.com
-  contact@centrederadiologiehivernage.com
-  www.centrederadiologiehivernage.com

Document généré par:
VisionPRINT®

bindi **IO** Experts en informatique médicale **CE**
0120

