

136907

Dr. Azzadine  BENHAMMOU

Docteur en Médecine Dentaire
Spécialiste en implantologie
Spécialiste en orthopédie dento-faciale
Spécialiste en dermatologie-vénérologie
de la muqueuse buccale

FACTURE N°

231/22

Arrêtée la présente facture à la somme de:

400,000

pour la réalisation des soins et prothèse dentaire

Mr ou Mme:

BENHAMMOU Abdelhak

Signé

Dr BENHAMMOU Azzadine
Docteur en chirurgie Dentaire
Implantologiste - Orthodontiste
Dermatologiste Buccale
Tél: 0536 70 76 76 - OUJDA

Tél: 05 36 70 76 76

Imm Bioui, Angle Bd Mly El Hassan et avenue des FAR
2ème étage N°2 - Oujda

Patente: 10106103 - ICE: 001729021000011 - I.F: 14716425

1

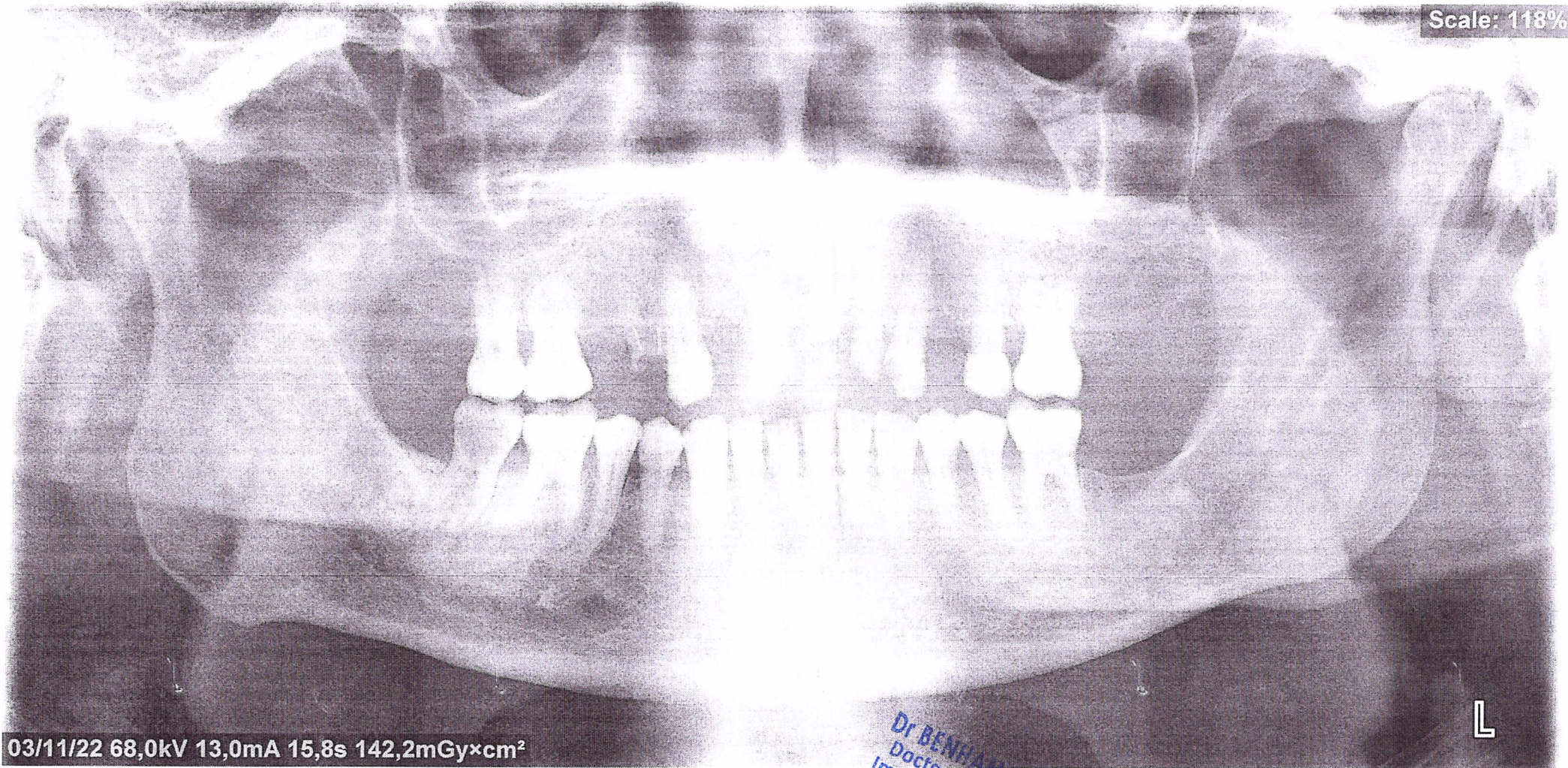
Bakhtaoui Abdelhak

DOB:

ID: f325260

PLANMECA
Romexis

Scale: 118%



03/11/22 68,0kV 13,0mA 15,8s 142,2mGy×cm²

Dr BENHAMMOU Azzadine
Docteur en Chirurgie Dentaire
Implantologiste - Orthodontiste
Dermatologiste Buccale
Tél: 0536 70 76 76 - OUJDA

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

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

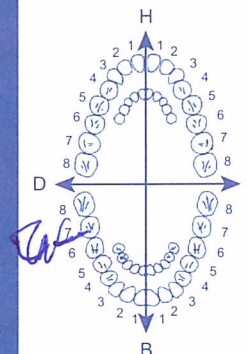
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D 00000000 00000000 G

35533411 11433553

B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr BENHAMMOU Azzeddine

Docteur en Chirurgie Dentaire

Implantologie - Orthodontiste

Dermatologue Buccale

Tel: 0536 70 7676 - OUJDA

VOLET ADHERENT

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

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

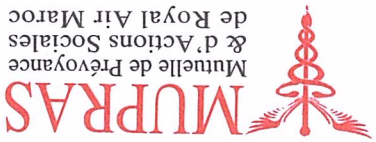
- Conditions générales :**
- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
 - Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
 - La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
 - L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses 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.
- 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 Prise en charge : pec@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.

MUPRAS : Centre Aliel Ben Abdellah - Gême Etage Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Aliel Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

☐ Maladie ☒ Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

☐ Optique

Matricule : 10600

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ABDELHAM

Date de naissance : 15/08/1965

Adresse : 144 N° 187, Rue 15, N° 52

Tel. : 0666 290697

Total des frais engagés : 400

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BENHAMMOU Azzadine
Docteur en Chirurgie Dentaire
Implantologiste - Orthodontiste
Dermatologiste Buccale
Tél: 0536 70 76 76 - CURDA

Date de consultation : 03/08/2008

Nom et prénom du malade : ABDELHAM

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

Nature de la maladie : Stein d'ulcère

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 médecin conseil de la Mutuelle.

L'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration, avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 03/08/2008

Signature de l'adhérent(e) :

Signature

VOLET ADHERENT

Declaration de maladie N° P19-040914

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Total des frais engagés :

Nom de l'adhérent(e) :

Matricule :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Declaration de Maladie
N° P19-040914

N° Dossier	
N° Dossier externe	
Type de dossier	--- 
Type de l'événement	---
Date de saisie	
Date dossier actif	
Nom de l'assuré	bakhtaoui
Prénom de l'assuré	abdelhak
CIN	
Situation	--- 
N° décompte	
N° devis	
Affichage maximum	10 sur un total de 1

Dossier

Informations

136907

Bénéficiaire : BAKHTAOUI ABDELHAK
Gestionnaire : HIMMI khaoula
Type de dossier : DENTAIRE
Situation : En cours
Sous-situation : Dossier RFM Dentaire
Date de début : 11-11-2022
Date de fin : ---