

**Cabinet de chirurgie dentaire
Et d'implantologie**

Dr Azeddine Melhaoui

Docteur d'état en médecine dentaire

Sur rendez-vous

Casablanca le : 13/2/24

184130

Nom et prénom de patient : MURAS

(Concernant M^{me} KHAKI Negha veuve Cherkaoui)

NOTE D'HONORAIRES

Date	soins	Montant facturé
13/2/24	Couronne Cherkaoui 47	3500 dh

Dr. Azeddine MELHAOUI
CHIRURGIEN DENTISTE
1, Impasse Imam Aouzai
Bd. Yacoub El Mansour
Tél.: 05 22 99 48 04/05 - Casablanca

Montant global : 3500 dh (Trois mille cinq cent dh)

Signature adhérente :
M^{me} Khaki Negha.

Mur

Signature et cachet

Mur

Impasse Imam Aouzai, Bd Yacoub El Mansour .Casablanca . Tél : 0522 99.48.04 / 05

E.mail : drmelhaoui@yahoo.fr

N° de l'NPE : 094012200 N° de l'ICE : 001677235000075 N° de l'IF : 40805491

Le 28 novembre 2023

DR. MELHAOUI AZEDDINE
1 IMPASSE IMAM AOUZAI BD YACOB EL MANSOUR
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE
Identifiant adhérent : 001453_1961-08-03_NEZHA
N/REF : 20233320025415
Adhérent : KHAIRI NEZHA

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de NEZHA KHAIRI.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 3150.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 350.00 MAD

Validité de prise en charge : du 28-11-2023 au 28-02-2024.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

Centre d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à NEZHA KHAIRI.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

Directeur MUPRAS

CONDITIONS ET MODALITÉS :

Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes :

- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.
- Toute facture doit être accompagnée :
 - ✓ D'une copie de la présente prise en charge,
 - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens,
 - ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués,
 - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.

Accord DABO
S/R Ra après

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 Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

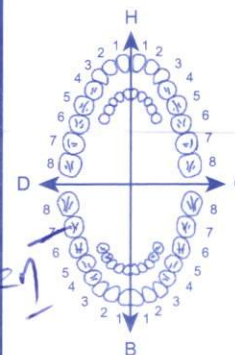
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées N° de 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 G
25533411 11433553
B

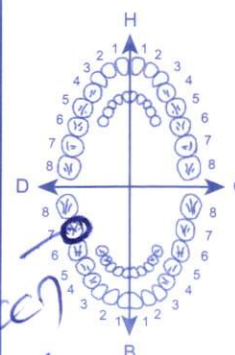
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0018475

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1453

Société : R.A.M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KHAIRI NEZHA Cherkaoui

Date de naissance : 03/08/1961

Adresse : Résidence Rio B de la Corniche

A. L. Diab Casa

Tél : 0662242400 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/11/23

Nom et prénom du malade : Cherkaoui Nezha Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : prothèse dentaire

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 : Le : / /

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

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.

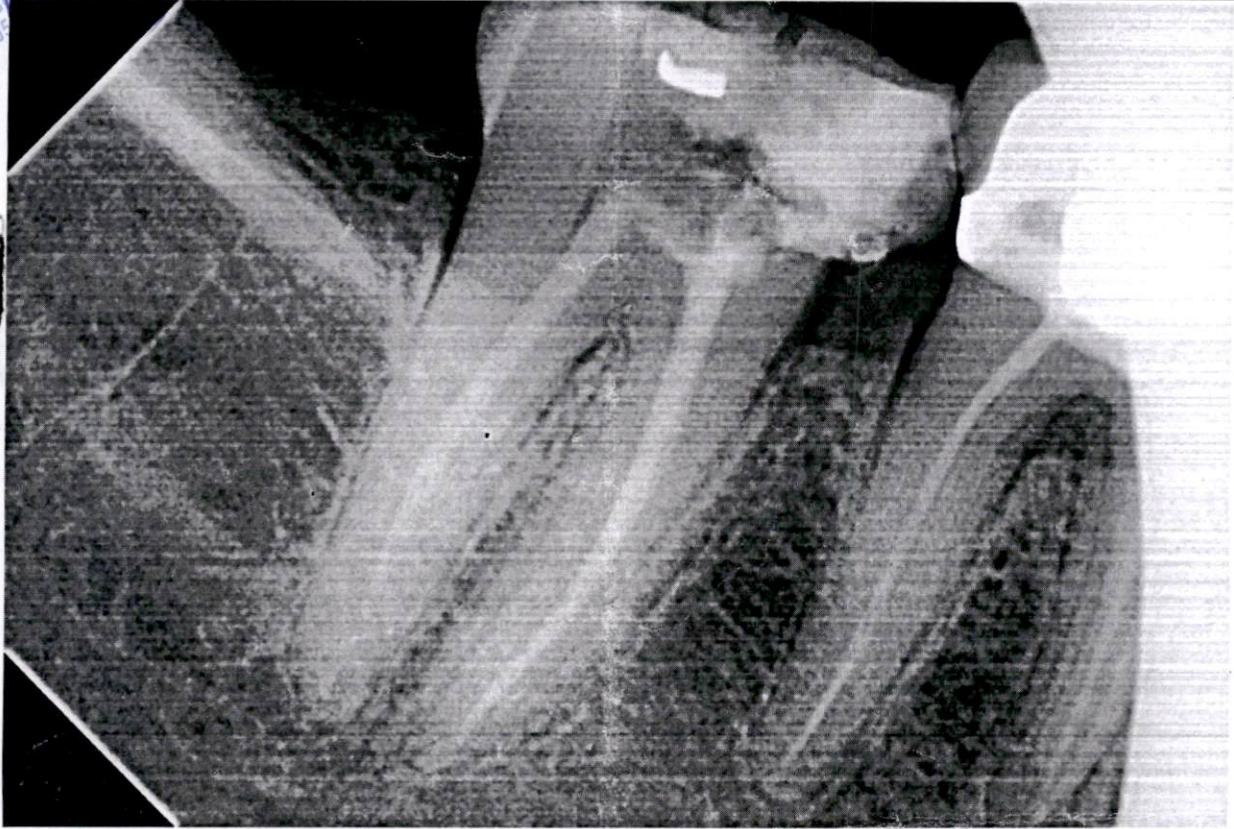
PRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Dr. Azeddine MELHAOUI
CHIRURGIEN DENTISTE
1, Impasse Imam Aouzai
Bd. Yacoub El Mansour
Tél.: 05 22 99 48 04 / 05 - Casablanca

Chart No:
Nom: CHERKAOUI NEZHA
Sexe: Femelle Age:

2023-11-09 12:54



70[kV] 8[mA] 0mGy*cm² Sensor 2023-10-31

A faire Couronne
Kerogre sur 47

Dr. Azeddine MELHAOUI
CHIRURGIEN DENTISTE
1, Impasse Imam Aouzai
Bd. Yacoub El Mansour
Tél.: 05 22 99 48 04 / 05 - Casablanca

Nom de la clinique: DR AZEDDINE MELHAOUI Médecin traitant: MELHAOUI
Adresse: rue imam aouzai bd yacoub Coordonnées: 0522994804



مصرف المغرب
CRÉDIT DU MAROC

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB)

021780000017702711166312

► NOM PRÉNOM OU RAISON SOCIALE

DR MELHAOUI AZEUDINE

► AGENCE

CASABLANCA
170. BD ZERKTOUNI
TEL: 022471028

CODE BANQUE	CODE VILLE	NUMÉRO DE COMPTE	CLÉ RIB
021	780	0000177027111663	12