

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la deuxième 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 | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|---------------------------------|
| | 4 7 | Ext | D10 | COEFFICIENT DES TRAVAUX D145 |
| | 4 6 | Ext | D10 | |
| | 4 4 | Ext | D10 | |
| | 3 6 | Ext | D10 | |
| | 3 5 | Ext | D10 | |
| | 3 4 | Ext | D10 | |
| | 4 2 | Ext | D10 | |
| | 4 3 | Tr | D15 | |
| | 4 1 | Tr | D15 | |
| | 3 1 | Tr | D15 | |
| | 3 2 | Tr | D15 | |
| | 3 3 | Tr | D15 | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS 3625,00 |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1, 2, 3, 4), upper left (5, 6, 7, 8), lower left (9, 10, 11, 12), and lower right (13, 14, 15, 16). A coordinate system is overlaid on the arch, with the horizontal axis labeled 'D' on the left and 'G' on the right, and the vertical axis labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The teeth are numbered in a clockwise direction starting from the upper right.

(Création, remont, adjonction)

© 2011 Pearson Education, Inc.

Uitgangsposities

FM:33-32-31-41

43 D40x5

6 (CM: 43 → 33 818.6

Stefflitz *beisne* *laco*

2116-HE-1111-3H 3631-3

98-9349
DENTIST

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hicham
Chirurgien
ET CACHET DU PRATICIEN
152 Bd Oum F
Casablanca - Té

L'EXECUTION
-3536-37

Docteur Hicham AFFAR

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplômé en Orthodontie de l'Université de Bourgogne (France)

Diplômé en Implantologie de l'Université Paul Sabatier (Toulouse)

156, Bd. Oum Errabii 1^{er} Etage - El Oulfa
Tél : 05 22 93 48 38 - Casablanca 20220



الدكتور هشام عفار

طبيب جراح للأسنان

حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة بورجون بفرنسا

حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

156. شارع أم الريبع الألفة - الطابق الأول
الهاتف: 05.22.93.48.38 - الدار البيضاء

Facture Myras

Casablanca, le 13/06/2022 الدار البيضاء في

Lamaiqzi Mohamed

Soins:

47 Ext
46 Ext
44 Ext
36 Ext
35 Ext
34 Ext
42 Ext
41 n
31 n
32 n
33 n

D100 / 2500,00

Montant : 3180,00

Reprise : 3180,00

TOTAL : 28620,00

Signature adhésif

CJ

Cocher et signer à me demander
Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
Bd. Oum Errabii El Oulfa
Casablanca, 1^{er}, 05.22.93.48.38

N° Dossier: 135940 

N° Dossier externe: PEC-6427-03/11/2022

Type de dossier: DENTAIRE 

Bénéficiaire: LAMAIZI MOHAMMED

Situation: Notifié 

Sous-situation: --- 

Date de début: 03-11-2022 

Date de fin: 

Date de saisie: 03-11-2022

Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants 

| Date | Type | Commentaire |
|------------|--------|---|
| 07-11-2022 | Manuel | ACC D100 + D 1465 BIO 43,41 31 32 33 ET EXT 47 46 +44 42 +34 35 36 ET BCM 33 A 43 AVEC 5 IC 33 32 31 41 43 ET STEL INF 8 DENTS 44 A 47 ET 34 A 37 S/R RX APRES DR AFFAR |

Docteur Hicham AFFAR

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplôme de la faculté de medecine dentaire de

Casablanca

Diplôme en Orthodontie de l'Université de

Bourgogne(France)

Diplôme en Implantologie de l'Université Paul

Sabatier (Toulouse)



الدكتور هشام عفار

طبيب جراح للأسنان

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة بوركون بفرنسا

حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

ORDONNANCE

Casablanca, le 02/11/2022

Mr. MOHAMMED LAMAIZI

AXIMYCINE 1 G

3CP 1H AVANT L'EXTRACTION

Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
156, Bd. Oum Errabii El Oulfa
Casablanca - Tel : 05 22 93 48 38

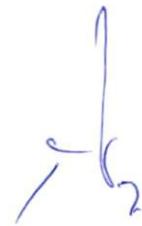
ME
6487
LAMAIZI
Mohammed

Le 03/11/2022

Declaration sur honneur .

j'ai en une demande de pris en charge que je n'ai pas utilisé prière de l'annuler et de la remplacer par la nouvelle une le même dentiste.

Salutations ,

Signature : 



Le 8 novembre 2022

DR. AFFAR HICHAM
156 BD OUM RABII
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE

Identifiant adhérent : 06427_1963-09-18_MOHAMMED

N/REF : 20223120018358

Adhérent : LAMAIZI MOHAMMED

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de MOHAMMED LAMAIZI.

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 : 28620.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 3180.00 MAD

Validité de prise en charge : du 08-11-2022 au 08-02-2023.

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 MOHAMMED LAMAIZI.

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.