

ATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR **BOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**

doit être dûment renseigné.
 doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
 est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
 e pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux,
 itie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi
 ués en série.
 tion précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de

s doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
 nettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

les résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être
 e pour toute demande de remboursement.
 prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de

scripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de

ture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est
 raitement.

feuille de soins pour toute demande de remboursement.
 itoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Durée ALD et ALC :

onique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6

: contact@mupras.com
 : pec@mupras.com
 : atut : adhesion@mupras.com

09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

- 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



Declaration de Maladie

N° W19-512591

☐ Maladie ☒ Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 546 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JAOULIER Mohamed

Date de naissance : 01/10/1945

Adresse : 18 Rue Belladecq, Harnay

Tél. : 06 61 18 17 12 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BELLAMINE Abdelaziz
IMPLANTOLOGIE
 300, Rue Mostapha El Maani
 Tél: 0522 26 42 94 - 0522 27 84 49

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Mohamed M. Le Age :

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

Nature de la maladie : Extrinsèques

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'atter
 médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : CAS le 10/11/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] 10/11/20.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
			INP : <input type="text"/>

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 Particien	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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 094008489
	13		10	COEFFICIENT DES TRAVAUX 45
	12	Extractions	+5	
	11		+5	
	21	Extractions	D10	MONTANTS DES SOINS 1200
	22		+35	
	23	Extr.	D10	DEBUT D'EXECUTION
<p>31/12/19.</p> <p>Dr. BELLAMINE Abdelaziz IMPLANTOLOGIE DETACHÉMENT - 00 COEFFICIENT 300, Rue Montapha El Maani Tél: 0522 204394 - 0522 278449</p>				FIN D'EXECUTION 31/12/19
<p>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</p> <p>25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 35533411 11433553 B</p> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BELLAMINE Abdelaziz

Docteur en Chirurgie Dentaire

IMPLANTOLOGIE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

300, Rue Mostapha El Maâni

(Face Rond-Point Mers-Sultan)

2^{ème} étage - CASABLANCA

Téléphone : 05 22.26.42.94 / 05 22.27.84.49

GSM : 06 61.18.96.83

الدكتور بلامين عبد العزيز

طبيب جراحي للأسنان

زودع الأسنان

خريج كلية الطب بتلوز

300، زنقة مصطفى المعاني

(قبالة رانبوان مرس سلطان)

الطابق الثاني . الدار البيضاء

الهاتف : 05 22.26.42.94 / 05 22.27.84.49

المحمول : 06 61.18.96.83

Casablanca, le 20/1/20 . في الدار البيضاء،

James J de .

extends 13 - 12 - 11 .

21 . 22 . 23 .

mi le Jemp cuts Dily

Dr. BELLAMINE Abdelaziz
IMPLANTOLOGIE
300, Rue Mostapha El Maani
Tél: 0522 26 42 94 - 0522 27 84 49