

ATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR REBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

doit être dûment renseigné.

loir être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
s est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

ne pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux,
ritié 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 canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins es
raitemt.

feuille de soins pour toute demande de remboursement.

itoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Durée ALD et ALC :

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

: contact@mupras.com

: pec@mupras.com

: statut : adhesion@mupras.com

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

N° W19-512591

R/D

ND = 17 371

Optique

Au

Maladie Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 546

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JAO LI HER

Motriceelod

Date de naissance : 01/01/1945

Adresse : 18 Rue Bellal El Hasseney
07815 - CASA

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 34 - 0522 27 84 49

71 JAN. 2020

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

Enfant

Nature de la maladie : Extense

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

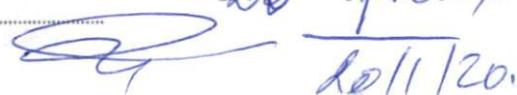
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'atter
médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : CASA

Le : 10/11/20

Signature de l'adhérent(e) :



10/11/20

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Types des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| | | | | INP :  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

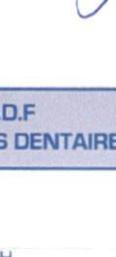
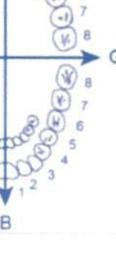
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : 094008489 | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------------------|---|---|----------------------------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|
|  | 13 12 11 21 22 23 | Extractions Extractions Extr. Extractions Extr. | 10 + 5 + 5 D 10 + D 5 D 10 | COEFFICIENT DES TRAVAUX 45 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 13 12 11 21 22 23 | Extractions Extractions Extr. Extractions Extr. | 10 + 5 + 5 D 10 + D 5 D 10 | MONTANTS DES SOINS 1200 | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F ROTHESSES DENTAIRES | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 13 12 11 21 22 23 | Extractions Extractions Extr. Extractions Extr. | 10 + 5 + 5 D 10 + D 5 D 10 | FIN D'EXECUTION 31/12/11 | | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="text-align: center;"><i>J 31/12/19.</i></p> <p style="text-align: center;">Dr. BELLAMINE Abdellaziz IMPLANTOLOGIE DETINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE 300, Rue Nefapha El Maani Tél: 0522 28 99 0522 27 84 49</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 100px;">H</td> <td style="width: 100px;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | | H | G | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | |
| H | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 بلا مين عبد العزيز

طبيب جراحي للأسنان

نزع الأسنان

خريج كلية الطب بتلوز

300، زنقة مصطفى المعاني

(قبالة رانبون 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 .. الدار البيضاء، في

Janvier ٧ لـ .

extechs 13 - 12 - 11 .
21 - 22 - 23 .

M' ille Jeux deux dents

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