

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien  
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)  
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié  
PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie  
K = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence  
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme  
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute  
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière  
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste  
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste  
R-Z = Electro - Radiologie  
B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 28  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.ma

## FEUILLE DE SOINS 1612468

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BOUSSAID ADNANE  
Matricule : 10000 Fonction : CDB Poste : PNT  
Adresse : Villa 94 CAR BOUSKOURA Ville verte  
Tél : 0661305200 Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : M. M. M. Age 17 11 17  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : 17/11/2019  
Nature de la maladie : Soins dentaire  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances  
A Casablanca le 14/06/19  
Durée d'utilisation 3 mois  
Signature et cachet du médecin :



## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
	2	Traitement canalair	D25												
	1	Composite	D15												
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Coefficient DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D25 + D15</span></p> <p>MONTANT DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1500,00 DHS</span></p> <p>DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">03/05/19</span></p> <p>FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">14/06/19</span></p> </div> <div style="text-align: right;"> <p><i>PPR D35</i></p> </div> </div>															
<p><b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b></p> <p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
G	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> </div> <div> <p>Coefficient DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span></p> <p>MONTANT DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span></p> <p>DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span></p> <p>DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span></p> </div> </div>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





CLINIQUE DENTAIRE  
BENNANI

**Docteur Abdellah BENNANI**  
**Chirurgien Dentiste**

Diplômé de l'université Paul Sabatier Toulouse  
Diplôme universitaire d'occlusodontie et prothèses (Toulouse)  
Diplôme universitaire de chirurgie et prothèse implantologique (Paris)  
Diplôme universitaire de prothèse adjointe complète (Toulouse)  
Diplôme universitaire d'Implantologie basale (Nice)  
Master en Implantologie et réhabilitation orale (Bruxelles)



*BBN D35*  
*[Signature]*

Casablanca le 14/06/19

**FACTURE**

**BOUSAID ADNANE**

TRAITEMENT CANALAIRE 27  
COMPOSITE 27

1000.00 DH  
500.00 DH

**TOTAL 1500,00 DH**

Arrêté la présente facture a la somme de :  
( MILLE CINQ CENT DIRHAMS )

*[Signature]*  
Dr. Abdellah BENNANI  
Chirurgien Dentiste  
19, Bd. Ibn Sina - Casablanca  
Tél : 3522 94.04.04

**CENTRE DENTAIRE BENNANI**

19 Bis, Bd IBN SINA - Casablanca - Tél. : 05 22 94 04 04 - GSM. : 06 61.43.77.78 / 06 61.68.15.16  
I.F : 40401715 - T.P : 35511566 - I.N.P : 94001989 - C.N.S.S : 6159017 - I.C.E : 001681042000009  
www.maroc-implants.com - contact@maroc-implants.com