

# 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 kinésithérapeute  
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 échelonnements 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 / 26  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

## FEUILLE DE SOINS 1602204

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : NAOUM MOHAMED  
Matricule : 8790 Fonction : CC Poste :  
Adresse : 10, Rue AZEMA Apt 12 CASIS/C  
Tél. : 0661695296 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : NAOUM Mohamed Age                 
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : 26/08/19  
Nature de la maladie : Soins Dentaire  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances     
Casablanca le 26/08/19 Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois

Accueil Siège/Ram

sd Abdelmoumen Jem Etage No 4/1  
Tél : 05 22 86 86 86  
sd Abdelmoumen Jem Etage No 4/1



## 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

Signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

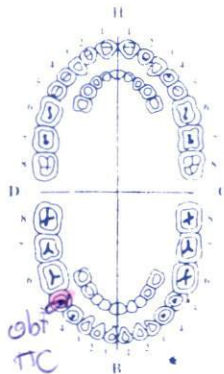
## AUXILIAIRES MEDICAUX

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													
	26	26/08/19	15	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <b>D15</b></p> <p>MONTANT DES SOINS <b>8000A</b></p> <p>DEBUT D'EXECUTION <b>26/08/19</b></p> <p>FIN D'EXECUTION <b>26/08/19</b></p> <p><b>Professeur BAITE Mohamed</b> Chirurgien Dentiste Al Miraj Center, Angle Bd Anouar Bd Abdelmoumen 3ème Etage N° 41 Tel: 05 22 86 59 86</p> <p><b>Professeur BAITE Mohamed</b> Chirurgien Dentiste Al Miraj Center, Angle Bd Anouar Bd Abdelmoumen 3ème Etage N° 41 Tel: 05 22 86 59 86</p> <p><b>24 SEP 2019</b></p>												
	45	traitement canalair	15													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</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	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANT DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur BAITE Mohamed

Chirurgien dentiste

- Ancien enseignant de la faculté de médecine de Casablanca
- Docteur en Médecine dentaire
- Certificat de biophysique des radiations et imagerie médicales Paris v
- Certificat d'études supérieures de technologie des matériaux employés en art dentaire Paris VII
- Diplôme universitaire de radiologie maxillo faciale Paris X
- Certificat d'études supérieures d'orthopédie dento facial Paris VII
- Diplôme d'implantologie oral DGZI GBOI German Board of oral implantologie Jordanie

INPE:09.402.75.47/ ICE: 001668421000015 /N° PATENTE: 36362364/ IF: 144498/ N° CNSS: 4157378

Casablanca le 26/08/2019

**Facture**

**NAOUM MOHAMED**

**Traitement canalaire sur la 45**

**D15**

**Montant des honoraires**

**:**

**800 dh**

Professeur BAITE Mohamed  
Chirurgien Dentiste  
Al Miraj Centre, Angle Bd Abdelmoumen & Bd Anoual  
Bd Abdelmoumen 3ème Etage N° 41  
Tel: 05 22 86 59 86



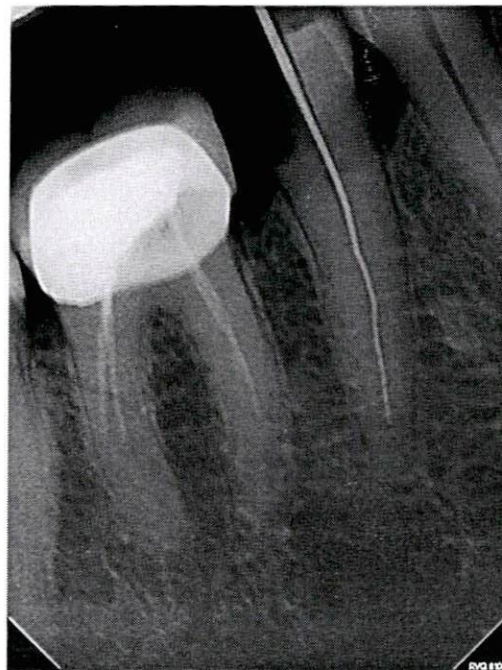
Le 26.08.19.

# NAOUM MOHAMED

Traitement canalaire sur 45

Rx avant

rx après



24 SEP. 2019

Professeur BAKE Mohamed  
Chirurgien Dentiste  
Al Miaraj Center, Angle Bd Anoua  
Bd Abdelmoumen 3ème Etage N° 41  
Tél: 05 22 86 59 86