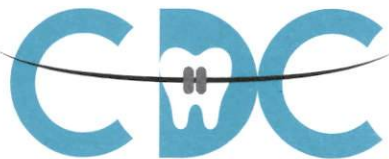


Dr. Khalid CHBANI IDRISSE

Chirurgien Dentiste

- Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale
 - Orthodontie Exclusive
 - Enfant et adulte
- Diplômé de l'institut d'Odonto Stomatologie de la Faculté de Médecine de Bordeaux
- Diplôme Clinique d'Orthodontie (D.U.O)
- Diplôme de Santé Publique Dentaire
- Membre de la Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale



CHBANI DENTAL CLINIC

Casablanca, le : 01/11/22

122771

N^o Ref 2022 20000 16434 - Facture MUPRAS

Note à honorer concernant
M^{me} Selma Naïma pour la
réalisation des soins et prothèse dentaire
Bridge 5 éléments 32 - 43.
Son montant de 13432,14.

#Trente mille quatre cent trente deux dinars
et quatre cent.

Dr. CHBANI IDRISSE Khalid
Chirurgien Dentiste
Ang. Bd Abdelmoumen et Rue
Abou Marouane. 2^{ème} étage des Hôpitaux
Tél: 0522.86.42.84/86.42.85 - CASA

RIB Attijawaf Bank Agence Abdelmoumen
007780 0002464000000158 73.

122774



Le 19 juillet 2022

DR. CHBANI IDRISSE KHALID
ANG BD ABDELMOUMEN ET RUE ABOU MAROUANE QU DES HOPITAUX
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE
Identifiant adhérent : 0003691_1957-11-06_NAIMA
N/REF : 20222000016494
Adhérent : SALHI NAIMA

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de NAIMA SALHI.

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 : 13432.14 MAD
- Restant à charge adhérent : 75.00 MAD

Validité de prise en charge : du 19-07-2022 au 19-10-2022.

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 NAIMA SALHI.

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.



RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- ☐ Réclamation : contact@mupras.com
- ☐ Prise en charge : pec@mupras.com
- ☐ Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° M21- 072285

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3691 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SALHI Nayma IEC

Date de naissance : 6/11/57

Adresse :

Tél. : 06 13678463 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHBANI IDRISSE Khalid
Chirurgien Dentiste
Ang. Bd Abdelmoumen et Rue
Abou Marouane. Qu. des Hôpitaux
Tél: 0522.86.42.84/85.42.85 - CASA

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : SALHI Nayma Age :

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

Nature de la maladie : soin et prothèse dentaire

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'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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

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 Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

4 1 Endo Dho
3 1 Endo Dho
3 2 Endo Dho

COEFFICIENT DES TRAVAUX

D 30

MONTANTS DES SOINS

1200

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

D 980

MONTANTS DES SOINS

23300

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

01/11/22

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. CHBANI IDRISSEI Khalid
Chirurgien Dentiste
Ang. Bd Abdelmoumen et Rue
Abou Marouane. Qu. des Hôpitaux
Tél: 0522.86.42.84/86.42.85 - CASA

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. CHBANI IDRISSEI Khalid
Chirurgien Dentiste
Ang. Bd Abdelmoumen et Rue
Abou Marouane. Qu. des Hôpitaux
Tél: 0522.86.42.84/86.42.85 - CASA

N° Dossier: 122771
N° Dossier externe: PEC-03691-18/07/2022
Type de dossier: DENTAIRE
Bénéficiaire: SALHI NAIMA
Situation: Notifié
Sous-situation: ---
Date de début: 18-07-2022
Date de fin:
Date de saisie: 18-07-2022
Événement:

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
18-07-2022	Manuel	ACC D30 +D940 BIO 41 31 32 +IC41 ET BCM 5 DENTS DE 32 A 43 S/R RX A

PRESENTE DR CHBANI IDRISSE

31/10/2022
75.00 kV
7.00 mA
13.58 s
74.450 mGycm²

