

Dr. Khalid CHBANI IDRISI

Chirurgien Dentiste

- Spécialiste en Orthopédie Dentofaciale
 - 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 Dentofaciale



CHBANI DENTAL CLINIC

Casablanca, le : 01/11/22

122771

Ref 20222000016494 Facture MUFRAS

Note Shunnarai concernant
Mme Salhi Naima pour la
réception des soins et prothèses dentaires
Bridge 5 éléments 32^o - 43.
Au montant de 13432,14.

Trize mille quatre cent trente deux dirhams
et quatre centimes

Dr. CHBANI IDRISI Khalid
Chirurgien Dentiste
Ang. Bd Abdelmalek et Rue
Abou Marouane, Cte des Hôpitaux
Tél: 0522.86.42.84/86.42.85 - CASA

RIB Attijari wafa bank Agence Abdelmalek
007780 0002464000000158 73.

Le 19 juillet 2022

DR. CHBANI IDRISI 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.



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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° M21- 072285
Demande de prise en charge

Autres

Maladie Dentaire Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3691 Société : Royal Air Maroc

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SHLHI Naouma

Date de naissance : 6/11/57

Adresse :

Tél. : 06 13 67 84 63 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : SALHI Naouma Age: _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

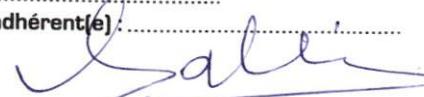
Nature de la maladie : Soin et Prothèse dentaire

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) : 

RECLAME 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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

8  8  8  8  8  8  8  8  8  8  8  8  8 <img alt="leaf

7 6 5 4 3 2 1 + 2 3 4 5 6 7 - DENTAL ELEMENTS
32 → 131
36.42.84/85.42.85 CAS

Dr. CHABANI PRATICIEN
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
Ang, Bd Abdellah Benkouider
Abou Marouane, 10, Les Hôpitaux
Tél: 0522.85.42.94/86.42.85 - CASA

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
Dr. CHBANI IDRISI Khalid
Ang, Bd Abdellatif Bencheikh
Abou Marouane. Qu. des Hôpitaux
Tél: 0522.86.42.84/86.42.85 - CASA

01/11/20

é: 0322.86.42.84/F: 0322.86.42.85 - CASA

CHBAN IDRISI Khalil
Chirurgie Dentiste
Bo Abdelhakim Street
Montane, QU. des Hôp.

130

1200

SSI Khalid
-Aiste

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 AI

PRES NETTE DR CHBANI IDRISI

31/10/2022

75.00 kV

7.00 mA

13.58 s

74.450 mGycm²

