

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

166550

Casablanca, le :

08/09/23

R.I.B. 007 780 000 246 4 000000 158 73

Attirgu wge Bank

Agha Abdelmoumen

Facture

INPE: 094012630

ICE:

001696183000057

I.F: 42040775

Note à l'honneur de Monsieur
M. Abdelghem Youssef pour
la réalisation :

- CCN : 35 et 36

- Inlay Crow 35 et 36

Total 6520
(Six mille cinq cent dix deux euros)

R.I.B.:

007 780 000 246 4 000000 158 73

Agha Abdelmoumen

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

166550



ACC D450
SIR RY opre

Le 3 juillet 2023

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

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE
Identifiant adhérent : 0002094_1955-09-02_YOUSSEF
N/REF : 20231840022688
Adhérent : ABDELGHANI YOUSSEF

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de YOUSSEF ABDELGHANI.
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 : 6510.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 723.00 MAD

Validité de prise en charge : du 03-07-2023 au 03-10-2023.

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 YOUSSEF ABDELGHANI.


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.

N° Dossier: 166550 
N° Dossier externe: PEC-02094-26/06/2023
Type de dossier: DENTAIRE 
Bénéficiaire: ABDELGHANI YOUSSEF
Situation: Notifié 
Sous-situation: --- 
Date de début: 26-06-2023 
Date de fin: 
Date de saisie: 26-06-2023
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [↓]

Date	Type	Commentaire
28-06-2023	Manuel	ACC D450 2IC+CCM 35+36 S/R RX APRES DR CHBANI IDRISI

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

- Reclamation : 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° W21-764869

PEC

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02094

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : ABDELGHANI YOUSSEF

Date de naissance : 2-9-1955

Adresse :

Tél. 06 19 78 89 16

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Abdelghani Youssef

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Soins dentaires

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)

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-764869

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
				INP : <input type="text"/>

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'OOF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

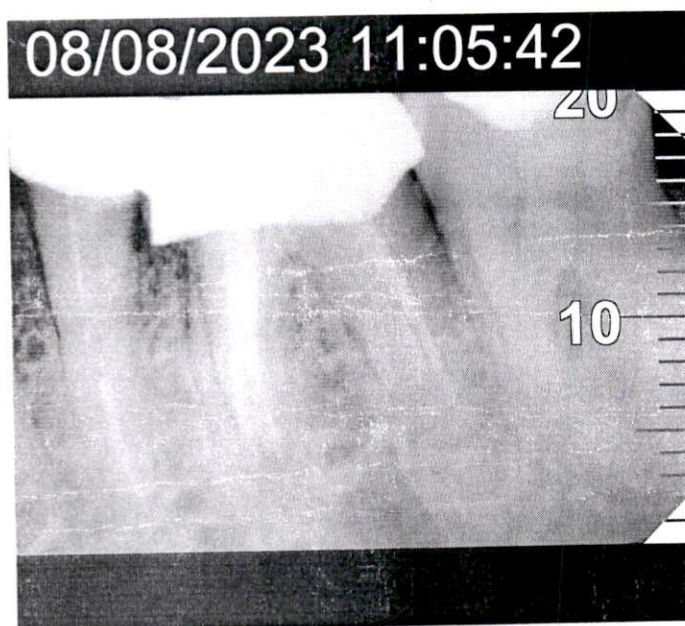
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CHBANI DENTAL CLINIC
Dr. Khalid CHBANI IDRISSE

Angle Boulevard Abdelmoumen et Rue Abou Marouane
Abdelmalek, Quartier des Hopitaux Rés. Hicham 2ème
étage, N°6 - CASABLANCA
0522 86 42 84 - 052286 42 85

abdelghani youssef

Date de naissance: 02/09/1955



Dr. CHBANI IDRISSE Khalid
Chirurgien Dentiste
Ang. Bd Abdelmoumen et Rue
Abou Marouane, Qu. des Hopitaux
Tel: 0522.86.42.84/86.42.85 - CASA

Dr. CHBANI IDRISSE KHALID

Angle Bd Abdelmoumen et rue Aboumarouane
Res.Hicham 2 etage Casablanca
Tel: 0522864284 / 0522864285

ABDELGHANI YOUSSEF

Date de naissance: 02/09/1955

12/06/2023
79.00 kV
7.00 mA
13.58 s
81.740 mGycm²

