

**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

Attijou waf Bank

Agence Abdelmoumen

Facture

INPE: 094012630

ICE:  
001696183000057  
I.F: 42040775

Note à l'honneur de  
M<sup>re</sup> Abdelghem' youssef pour  
le rediabat.

- CCN : 35 436

- Inlay cre 35 436

Total 6520  
(Six mille cinq cent dix deux)

R.I.B:

007 780 000 246 4 000000 158 73

Y. Abdelghem

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 opéré

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.

Veillez 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.

37

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 du praticien 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-764869

PEC

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02094 Société : RAM 166550

Actif  Pensionné(e)  Autre

Nom & Prénom : ABDELGHANI YOUSSEF

Date de naissance : 2-9-1955

Adresse :

Tél. 0619788916 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : Abdelghani Youssouf

Nom et prénom du malade : Abdelghani Youssouf Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Soins 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]*

### 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 :

Autorisation CNDP N° A-A-215/2019

C. NINIA  
26 JUN 2023  
MUPRAS  
CHBANI IDRISSI Khalid  
Chirurgien Dentiste  
Abdelghani Youssouf et Rue  
des Hôpitaux  
CASA - 20000  
Tél: 0619788916

ACCUEIL  
26 JUN 2023  
MUPRAS  
C. NINIA

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.

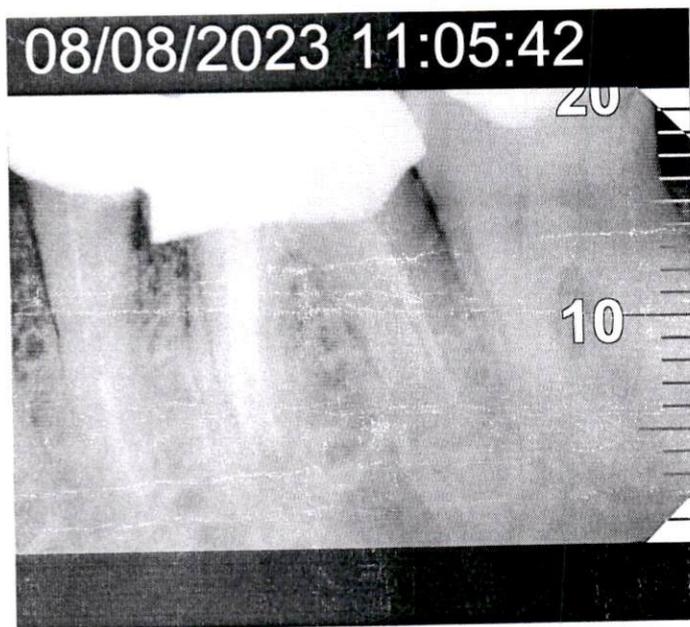
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																				
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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		B		00000000	35533411	00000000	11433553
	H		G																	
25533412	00000000	21433552	00000000																	
D		B																		
00000000	35533411	00000000	11433553																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
	CCF sur la 35 et 36 P180 3500x2 = 7000 Dh Implan sur 35 et 36 P100 = 2000 Dh			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
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**

ABDELGHANI YOUSSEF

Date de naissance: 02/09/1955

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

12/06/2023  
79.00 kV  
7.00 mA  
13.58 s  
81.740 mGycm<sup>2</sup>

