

Déclaration de Maladie

Nº M21- 0061225

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5771 Société : RAN.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ATNANI OUAFA

Date de naissance : 21/01/1960

Adresse : 101 Bd. Ismaïl Youssef - Casab

Tél. 0671271657 Total des frais engagés : 559.10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Clinique Médico Chirurgicale

Longchamps

Dr. KAIY Bouchaib
Anesthésiste Réanimateur
INPE : 091083097

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/11/2023

Nom et prénom du malade : ATNANI OUAFA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Nature de la maladie :



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 : Casablanca

Le : 17/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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
17.11.1992	visite parle si. 1h15 08539193		559,10	<i>Dr. KALY Boucheib Anesthésiste Réanimateur NPE : 092083097</i>
			Clinique Longchamps 34, Boulevard Grand Longchamps CAS DELANCA	<i>Clinique Medico Chirurgicale Longchamps Dr. KALY Boucheib Anesthésiste Réanimateur NPE : 092083097</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

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.

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX												
MONTANTS DES SOINS																
DEBUT D'EXECUTION																
FIN D'EXECUTION																
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES <td colspan="2" style="background-color: #a0a0d0; text-align: center; padding: 5px;"> DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE </td> <td style="background-color: #a0a0d0; text-align: left; padding: 5px;">CŒFFICIENT DES TRAVAUX</td>		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		CŒFFICIENT DES TRAVAUX												
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H	25533412	21433552												
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS												
				<p style="text-align: center;">DATE DU DEVIS</p>		DATE DU DEVIS										
				<p style="text-align: center;">DATE DE L'EXECUTION</p>		DATE DE L'EXECUTION										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



090063264

CASABLANCA Le : 17-11-2023

Facture N° 08039/23

A. Identification

N° Dossier : CLC23K16234251 N° Identifiant : 022275/23

Nom & Prénom : Mme ATMANI OUAFAE

C.I.N : B436895

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 16-11-2023

Date Sortie : 17-11-2023

Traitemet : CONSULTATION

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		59,10			59,10
Total Rubrique :						
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		400,00			400,00
1	INJECTION		100,00			100,00
Total Rubrique :						
PARTIE CLINIQUE :						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
						TOTAL GENERAL
						559,10
0,00						

CINQ CENT CINQUANTE-NEUF DIRHAMS DIX CENTIMES

signature de l'assuré

Clinique Longchamps
4, Boulevard Ghandi Casablanca
Tél: 05 22 04 07 07 - Fax: 05 22 94 89 39

CLINIQUE MEDICO CHIRURGICALE LONGCHAMPS

**NOM DU PATIENT : Mme ATMANI OUAFAE
DATE DE NAISSANCE : 21/01/1960
CLC23K16234251**



Reçu N°: 37892

Paiement du 17/11/2023 00h27

Actes

Montant

400,00 Dh

Type de paiement

Espèce

CLINIQUE MEDICO CHIRURGICALE LONGCHAMPS

**PAIEMENT EFFECTUE PAR : ATMANI
OUAFAE**

NOM DU PATIENT : Mme ATMANI OUAFAE

DATE DE NAISSANCE : 21/01/1960

CLC23K16234251



Reçu N°: 37893

Paiement du 17/11/2023 00h28

Actes

Montant 159,10 Dh

Numéro de compte 4209

Nom de propriétaire ATMANI OUAFAE

Type de paiement TPE

**CENTRE
MONETIQUE
INTERBANCAIRE**

**ACHAT
SANS CONTACT**



17/11/2023 00:34:24
9900845547
98455401
CLINIQUE LONGCHAMPS CASA
Casablanca

A0000000041010

APP :

MASTERCARD

*****4209

C73CA96FF2942BB5

220-0-9999-2-55

MONTANT: 159.10 MAD

NUM TRANSACTION : 008

NUM AUTORISATION: 010301

STAN : 010154

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER

Copie Client