

Déclaration de Maladie

N° M21- 0061225

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5771 Société : RAN. 187588

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ATMANI Ouafae

Date de naissance : 21.01.1960

Adresse : 101 Bd Toubou Youssef - Casag

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 : ATMANI Ouafae Age :

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

Nature de la maladie : Réaction allergique

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 : 17/11/23

Signature de l'adhérent(e) :



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
12.11.11	soin dentaire		55,10	
	06039123			

Dr. KAIY BOU HAIB
INPE : 092083097

[illegible][illegible][illegible]

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.

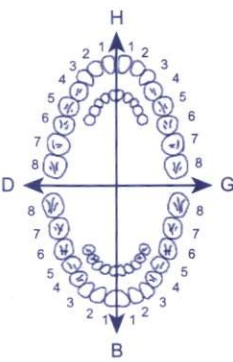
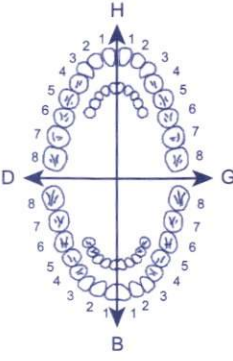
MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 <table border="1" style="margin: 10px auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

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

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitement : CONSULTATION

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		59,10			59,10
Total Rubrique :						59,10
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		400,00			400,00
1	INJECTION		100,00			100,00
Total Rubrique :						500,00
PARTIE CLINIQUE :						559,10
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
TOTAL GENERAL						559,10

Arrêté la présente facture à la somme de :

CINQ CENT CINQUANTE-NEUF DIRHAMS DIX CENTIMES

signature de l'assuré

Clinique Longchamps
 14, Boulevard Ghandi Le
 CASABLANCA
 Tél: 0522 04 07 07 - Fax: 0522 94 89 39

Adresse : 4,Bd Ghandi, Casablanca 20250 - Tél. : 05 22 04 07 07 Fax : 05 22 94 89 39

E-mail : direction@cliniquelongchamps.ma - Site Web : www.cliniquelongchamps.ma IF : 20765943 - ICE : 001913765000051 - INPE : 090063264

RIB : 225780024607938651011642

**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
OUAF AE
NOM DU PATIENT : Mme ATMANI OUAF AE
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 OUAF AE

Type de paiement

TPE

**CENTRE
MONETIQUE
INTERBANCAIRE**

**ACHAT
SANS CONTACT**



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

A00000000041010
APP :
MASTERCARD
*****4209
C73CA96FF2942BB5
220-0-9999-2-55

MONTANT: 159.10 MAD
NUM TRANSACTION : 008
NUM AUTORISATION: 010301
STAN : 010154

DEBIT

Le CHI vous remercie

TICKET A CONSERVER
Copie Client