

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C	= Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS	= Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CNPSPY	= Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
V	= Visite de jour au domicile du malade par le médecin
VN	= Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
VD	= Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
VD	= Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC	= Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
K	= Actes de chirurgie et de spécialistes

SF	= Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
SFI	= Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM	= Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI	= Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP	= Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY	= Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z	= Electro - Radiologie
B	= Analyses

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
- PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
- globaux comportant un ou plusieurs échelonnements
- dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2650
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS 1627704

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : CHAFOUJI INSAF
 Matricule : 11984 Fonction : CIC Poste :
 Adresse : GH3 Imm. CASAPARIS SIDI MANSOUR
 Tél. : 06 61 63 52 16 Signature Adhérent : i-Chafouj

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

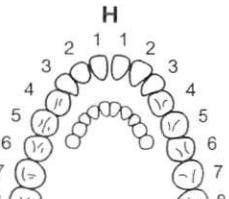
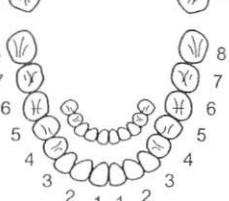
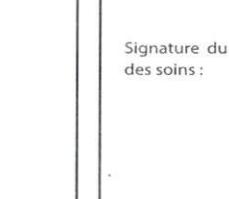
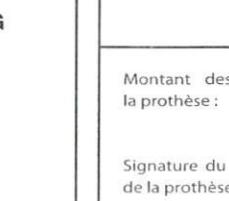
Nom & Prénom du patient :
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant
 Date de la première visite du médecin : 16/04/19
 Nature de la maladie :
 S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
Accident Siège/Ram
Complément
 A CASA le 16/04/19 Signature et cachet du médecin
 Durée d'utilisation 3 mois



Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	10/12/19	HÔPITAL CHEIKH KHATIB 300,00
Pharmacie	10/12/19	SABAH EL KHÉIR 276,70
Analyses / Radiologie	10/12/19	S 40 D 1+
Auxiliaires médicaux	10/12/19 HÔPITAL CHEIKH KHATIB Admission Facturation	PHAR HÔPITAL CHEIKH KHATIB 9,21 DH

Le praticien précisera la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et leur coefficient d'après la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

DEVIS FACTURE

SOINS	PROTHESE	
H		Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins [Scale from 0 to 10]
D		Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins :
G		Date : [Scale from 0 to 10]
B		Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse : [Scale from 0 to 10]
Le praticien couvre de hachures les DENTS A REMPLACER, surcharge le contour des dents qui supporteront des crochets, indique la nature de l'appareil, le nombre de dents artificielles et de crochets		Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse :
		Date de l'appareillage : [Scale from 0 to 10]

CLAUSE " Protection des données personnelles "

Les données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés.

La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales. Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré/souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir les dites informations.

L'assureur garantit notamment 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.

Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.

L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent.

Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du service conformité par courrier à la Boite Postale 16193 ou par e-mail : conformite@wafaassurance.co.ma

De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.



Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

AFF : / -

CONTRACTANTE : RAM EXPRESS
NOM DE L'ASSURE : BENMOHA MOHAMED AMINE
BENEFICIAIRE : MOHAMED YOSR
DECLARATION N° : 13855646 /

/ 652222/

CONTRAT N° 9165 60 / 461502
CERTIFICAT N° 4029832 MATRICULE : 4029832
DATE DE LA DECLARATION : 10/02/2019
DATE DE REMBOURSEMENT : 11/03/2019

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYÉ	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
5	Consultation specialiste	300.00		300.00		85%	255.00
13	Analyses medicales	540.00		540.00		85%	459.00
15	Pharmacie	285.91		285.91		85%	243.02
TOTAUX		1125.91		1125.91			957.02

OBSERVATIONS :

وصفة طبية
Ordinance

10/02/19

Ca: 1900018979 / H0119005914
Prénom : Mohamed Yosr
Nom : BEN MOHA
DDN : 15/01/2018 E: 10/02/2019
Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: M

390 mg Closyl .

100 x 31 ; pb 7)

600x2

2) Enteral

10mg x 21 ;

52,45

3) meto

12301 ml x 41 ; pb 5)

4) SFA pb. 3j

Pharmacie Sabat Sabat SA
20, Lot Pharm K.H.K.
Casablanca - Sabarmati H. K.H.K.
Casablanca - Hay El Hassani - Maroc

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum-Rabii Casablanca • Maroc
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

Dr. Boucraa BOUDJELLA

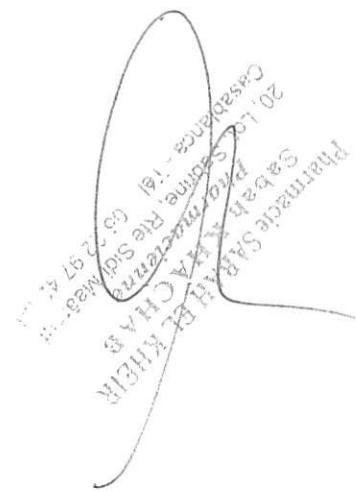
59, 10

5) adolivial area

5 ml 1/3 + water

276.20

Dr. Boutrup BOUMAHTA
Medecin Pédiaires



DETAIL DE LA PHARMACIE CONSUMMEE

10/02/2019

22:36

Nom Patient :	BEN MOHA MOHAMED YOS	Numéro dossier :	1900018979
---------------	----------------------	------------------	------------

Date	Produit consommé	Nº BS	Quantité	Prix Unit.	Total
09/02/2019	INTRANULE G 24	585788	2,00	2,50	5,00
09/02/2019	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	585788	2,00	1,17	2,34
09/02/2019	FLACON DE PRELEVEMENT P.SELLE 120ML	585788	1,00	1,87	1,87
Total pharmacie					9,21

HOPITAL CHEIKH KHALIFA
Admission Facturation

Coller Etiquette De R&R

Nc



1900018979 / H0119005914

Cas

Prénom : Mohamed Yosr
Nom : BEN MOHA
DDN : 15/01/2018 E: 10/02/2019
Service : URGENCES (NA)



PAYANT
Sexe: M

BILAN BIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : M F

• Hémato/Hémostase :

- NFS - Pq
- Groupage - Rhésus
- RAI
- TP - TCK
- INR
- D-DIMERES

• Bilan Infectieux

- CRP
- VS
- ECBU
- Hémoculture
- PCT

• Bilan Métabolique

- Ionogramme sanguin
- Urée - Créatinémie
- Glycémie

• Bilan Hépato-pancréatique :

- ASAT - ALAT
- BC - BN - BT
- Gamma GT
- PA
- LIPASEMIE

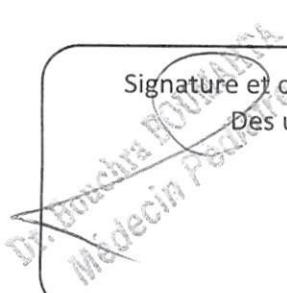
• Bilan cardiaque :

- Troponines
- BNP

Autres :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Signature et caché du médecin
Des urgences



Identifiant du patient : H0119005914

Date de naissance : 15/01/2018

Sexe : M

Date de l'examen : 10/02/2019

Prélevé le : 10/02/2019 à 15:56

Édité le : 10/02/2019 à 21:09

BEN MOHA MOHAMED YOSR

Dossier N° : 19021932

Service : URGENCE



BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE DES URINES

Échantillon primaire: Urines

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Aspect	:	Légèrement trouble	
Couleur	:	Jaunâtre	

EXAMEN CYTOLOGIQUE

Leucocytes	:	8 000	/ml	< 10000
Hématies	:	< 1000	/ml	< 1000
Cellules pavimenteuses	:	Rares		
Cellules rondes	:	Absence		
Autres cellules	:	Absence		
Cylindres granuleux	:	Absence		
Cylindres leucocytaires	:	Absence		
Autres cylindres	:	Absence		
Cristaux PAM	:	Absence		
Autres cristaux	:	Nombreux cristaux d'oxalates de calcium		
Eléments fongiques	:	Absence d'éléments fongiques		

CULTURE

Culture	:	
---------	---	--

Ne pas diffuser au patient

Résultats à considérer sous réserve de validation biologique

Le 10/02/2019 à 21:09

Signature

Dr. SMIYEJ IMANE

Hôpital Cheikh Khalifa

Dr. Imane SMIYEJ
Médecin Biologiste

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma
Confomément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manié anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

Spécialités

Cytogénétique
Biologie moléculaire
Dépistage néonatal-prénatal

Biologie cellulaire
Biologie médicale
Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0119005914

Date de naissance : 15/01/2018

Sexe : M

Date de l'examen : 10/02/2019

Prélevé le : 10/02/2019 à 15:56

Édité le : 10/02/2019 à 21:09

BEN MOHA MOHAMED YOSR

Dossier N° : 19021932

Service : URGENCE



CHIMIE SANGUINE

(Échantillon primaire: Plasma hépariné / Abbott Architect Ci4100)

PROTÉINE C RÉACTIVE : 0.74 mg/l

< 8

(Immunoturbibimétrie / Architect Ci4100)
 < 1 mg/l : risque faible de développer un problème cardiaque.
 1-3 mg/l : risque modéré.
 > 3 mg/l : risque élevé.
 > 10 mg/l : processus inflammatoire actif

IONOGRAMME

SODIUM (Na +)	:	143 mEq/l	136 - 145
POTASSIUM (K+)	:	4.0 mEq/l	3.5 - 5.1
CHLORURES (Cl-)	:	119 mEq/l	98 - 107
RÉSERVE ALCALINE	:	13.00 mEq/l	
PROTEINES TOTALES	:	66 g/L	64 - 83
CALCIUM	:	94 mg/L 2.34 mmol/L	85 - 101 2.12 - 2.52
URÉE	:	0.20 g/L	0.15 - 0.45

Ne pas diffuser au patient
 Résultats à considérer sous réserve de validation biologique

Le 10/02/2019 à 21:09

Signature

Dr. SMIYEJ IMANE

Hôpital Cheikh Khalifa

Dr. SMIYEJ IMANE

Médecin Biologiste

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma
 Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 18 852 / 2019 du 10/02/2019

Nom patient : BEN MOHA MOHAMED YOSR

Entrée 10/02/2019

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 10/02/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0450	540,00	540,00
CONSULTATION PEDIATRIE	1,00	CS	300,00	300,00
			Sous-Total	840,00
PHARMACIE	1,00		9,21	9,21
			Sous-Total	9,21
Total Frais Clinique				849,21

Arrêtée la présente facture à la somme de :

HUIT CENT QUARANTE-NEUF DIRHAMS VINGT ET UN CENTIMES

Total 849,21

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	549,21

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Admission Facturation