

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

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

- | | |
|---|---|
| C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien | SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence |
| CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) | SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme |
| CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre | AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute |
| V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin | AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière |
| VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin | AP = Actes pratiqués par un orthophoniste |
| VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade | AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste |
| VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié | R-Z = Electro - Radiologie |
| PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie | B = Analyses |
| K = Actes de chirurgie et de spécialistes | |

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 | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL | - L'ORTHOPEDIE |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM | - LA REEDUCATION |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS | - LES ACCOUCHEMENTS |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit | - LES CURES THERMALES |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes | - LA CIRCONCISION |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelonnées | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE |
| - dans le temps. | |

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMar

FEUILLE DE SOINS 1627704

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : **CHAFOU INSAF**
Matricule : **11984** Fonction : **CIC** Poste :
Adresse : **GH3 Imm 15 CASABLANCA SIDIMAN**
Tél. : **8661635216** Signature Adhérent : **i-Chafou**

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

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

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

ETABLIR UNE DECLARATION PAR PERSONNE MALADE

- En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, date, lieu et heure.
- La déclaration doit être accompagnée de toutes pièces justificatives, (Ordonnances médicales prescrivant les médicaments ou tout examen de radiologie et laboratoire, etc...)
- Les vignettes ou à défaut les prospectus et les P.P.M. concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.
- Lorsque la personne soignée bénéficie d'un régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à l'assureur les photocopies des pièces justificatives et l'original du décompte de règlement délivré par cet organisme.
- Tous certificats, note d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'un sinistre sont conservés par l'assureur.
- Soins dentaires** : Pour les extractions multiples de plus de 5 dents, les soins spéciaux, paradontoses et radios (plus de 2 par séance). Une entente préalable est obligatoire.
- En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale** : la déclaration de maladie doit être accompagnée d'une facture détaillée et acquittée sur laquelle devront être précisés : la cotation des actes, la ventilation des frais annexes, le nombre de jours d'hospitalisation et le détail de fournitures pharmaceutiques.
- Délai de remise des pièces** : Toutes pièces concernant un sinistre, doivent être remises à l'assureur au plus tard, dans les trente jours qui suivent la guérison ou l'expiration du traitement.
- L'indemnité forfaitaire couvrant les frais de grossesse et de maternité est payable sur présentation d'un extrait d'acte de naissance.

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.

Vérifiez avant l'envoi que rien n'a été omis, vous éviterez toute correspondance inutile, et nos règlements seront alors rapides.

Wafa Assurance



تأمين الوفاء

SIÈGE SOCIAL : 1 BD ABDELMOUMEN - CASABLANCA (01) - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C. : 31719 - I.F. 01085467
S.A. au capital de 350.000.000 dh - Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances
www.wafaassurance.ma

DECLARATION DE MALADIE : 13855646

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

Total des frais engagés

Matricule Sté : 4.0054

BENMHA mel AMINE

☒ Médical ☐ Dentaire ☐ Optique

1125,91 DHS

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

Signature de l'assuré

DECLARATION

CONTRAT N°

13855646

CERTIFICAT N°

VOLET DÉTACHABLE

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.



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

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 PAYE	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
5	Consultation spécialiste	300.00		300.00		85%	255.00
13	Analyses médicales	540.00		540.00		85%	459.00
15	Pharmacie	285.91		285.91		85%	243.02
TOTAUX		1125.91		1125.91			957.02

OBSERVATIONS :

* La cotation de l'acte effectuée selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels

Entreprise régie par la loi 17-99 portant code des assurances.

*voir clause « Protection des données personnelles » au verso

وصفة طبية
Ordonnance

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

329
1) Flisy P. 

1cc AB1 ; pb 7 ;

6002

2) Enterge 

1 amp x 2 ;

52.40

3) mecto 

12.300 1 heli x 4 ; pb 5 ;

4) SRA  pb. 3 ;

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

59, 10

5) ciclovial

1 apr + 3/1

27670

Dr. Bouchra BOUMAHITA
Medecin Pediatre

Pharmacie S.A.R.L. EL KHEIR
Savah EL KHEIR
20, rue de la Souda, Rte Sidi Mouch
Casablanca - 161 65 22 97 41 11

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

10/02/2019
22:36

Nom Patient : BEN MOHA MOHAMED YOS			Numéro dossier : 1900018979		
Date	Produit consommé	N° 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

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA
Admission Facturation



Coller Etiquette De RAR

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 Hépto-pancréatique :

☐ ASAT - ALAT

☐ BC - BN - BT

☐ Gamma GT

☐ PA

☐ LIPASEMIE

• Bilan cardiaque :

☐ Troponines

☐ BNP

Autres :

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

Signature et caché du médecin
Des urgences

Dr. Mohamed MOHAMMED
Médecin PS

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

Edité 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	
Éléments 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

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.

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

Edité 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

(Immunoturbidimétrie / 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	85 - 101
	:	2.34	mmol/L	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. 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
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

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Admission Facturation