

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.

Diagnostique 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 canalaire, 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 canalaire.

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

ND: 25 262

Déclaration de Maladie : N° P19- 0006774

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2774 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SARDY Mohamed Date de naissance : 13-12-1948

Adresse : Lot Ain Diab II Dima n°9 Casablanca

Tél. : 0661214006 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/03/2020

Nom et prénom du malade : LABAI Aicha Age :

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

Nature de la maladie : Cataclysme

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 : 17 Mars 2020

Signature de l'adhérent(e) :



A remplir par l'employeur		N° de police 660533650
Identité :	Cachet de l'employeur 	N° d'adhésion 587100
Assuré(e) Nom & prénom(s) : SARDY Mohamed		Malade Nom & prénom(s) : RABAH Aicha
Lien de parenté : Epouse	Date de naissance 25 12 1950	

Nom & prénom(s) du malade : ACHA Rachid
 N° C.I.N ou autres (à préciser) : B1 12730
 Service d'hospitalisation : Service AL Madina
 Médecin traitant : 2AFADIAHCEN
 Motif d'hospitalisation (actes) : cataracte oeil droit
 Date d'hospitalisation

--	--	--	--	--	--

 En urgence le

--	--	--	--	--	--

 ou prévue le 12/02/2020
 Nbre de pièce(s) jointe(s)

--

 dont certificat médical confidentiel
 obligatoire

Sinistre N°

Avis technique du médecin conseil

☒ Favorable / Accord du Dr G. N. C. C.

☐ Défavorable / Motif

☒ Réserves

Signature et cachet de l'Assureur

Cachet réception

Frais de séjour		Nombre de jours	P.U	Total H.T
Durée probable	Séjour normal	1	400	400,0
	Soins intensifs ⁽¹⁾			
	Réanimation ⁽¹⁾			
	Couveuse			

Nature des prestations	Cotation	P.U	Total H.T
Actes			
Consultations			
Actes médicaux	1430	30	3900
Actes chirurgicaux	1400	30	1200
Anesthésie	1430	25	325
Bloc opératoire / salle d'accouchement			
Surveillance réanimation			
Surveillance médicale ⁽²⁾			
Examens (Détailés)			
Radiologie (standard. IRM. scanner. écho...)			
Biologie			
Autres (anapathe. ECG. EEG. Fibro. Colono...)			
Lithotripsie ⁽³⁾			
Dialyses			
Fournitures			
Pharmacie	1430	10	1300
Matériels ostéo-synthèse (sang, plasma)			
Total de l'estimation			1000

Montant pris en charge (en lettres)

— Visa et cachet de la clinique —

CLINIQUE AL MADINA ②
FACTURATION
Angle Rue Med ehl et Rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca
Tél: 0522.77.17.40 à 49 (L.G.)
Fax: 0522.25.00.01

[illegible]

Part du malade

En cas d'hospitalisation programmée, ce devis doit être présenté à l'assureur au moins trois jours avant la date prévue.
En cas d'urgence, ce devis doit être présenté à l'assureur dans les 24 heures suivant l'admission du patient.
Une fois signé par l'assureur, ce devis est valable pour les 30 jours suivant la date de sa signature, passé ce délai, il

- (1) Pour les cliniques disposant de ces unités
(2) À détailler dans le pli confidentiel
(3) Forfait avec RX avant et après

Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la 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 attachés. 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.

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE N° 953 / 2020 du 05/03/2020

Nom patient : RABAI EP SARDY AICHA

Entrée 02/03/2020

Prise en charge SAHAM ASSURANCE

Sortie 03/03/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Taux Pec	Montant Patient
PRESTATIONS					
SEJOUR	1,00	SEJOUR	400,00	20	80,00
BLOC OPERATOIRE	1,00	K130	3 250,00	20	650,00
			Sous-Total		730,00
PHARMACIE					
PHARMACIE	1,00	PH	1 300,00	20	260,00
			Sous-Total		260,00
PRESTATIONS EXTERNES					
DR. ACHIAKH MILOUDA (anesthésiste)	1,00	K	600,00	20	120,00
DR. LAHBABI MEHDI (anesthésiste)	1,00		600,00	20	120,00
DR. ZAFAD LAHCEN (ophtalmologiste)	1,00	K130	3 900,00	20	780,00
			Sous-Total		1 020,00

Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :

DEUX MILLE DIX DIRHAMS

Total

2 010,00

Montant total facturé 10 050,00

Montant pris en charge par l'organisme 8 040,00

Montant ticket modérateur à charge du patient 2 010,00

CLINIQUE AL MADINA
FACTURAT
Quartier Palmiers
Tél: 0522 -
F-
01

Casablanca, le 12/03/2020

Nom & Prénom : MME RABAI EP SARDY AICHA
Date d'entrée : 02/03/2020
Date de Sortie : 03/03/2020
Médecin traitant: DR Bourmani Othmane
DIAGNOSTIC: CATARACTE OD

COMPTE RENDU OPERATOIRE

- Désinfection à la Bétadine ophtalmologique, cutanée péri orbitaire et dans les culs de sacs Conjonctivaux de 3m sous anesthésie locale ;
- Deuxième application de bétadine péri orbitaire et dans les culs de sacs conjonctivaux De 3 mn avant la chirurgie ;
- Pose d'un champ auto collant stérile ;
- Désinfection de la conjonctive au limbe sur 360 degrés ;
- Incision cornéenne temporale supérieure tunnelisée de 3 mm ;
- Capsulorhexis ;
- Hydrodissection ;
- Incision porte de service ;
- Phako-émulsification en croix ;
- Ablation des masses ;
- Implant dans le sac ;
- Aspiration du viscoat ;
- Pommade Antibiotique/anti inflammatoire ;
- pansement ;

CLINIQUE AL MADINA (2)
FACTURATION
Carrefour Palmer et Rue Mansard
Tél: 0522.77.77.40 à 49 (LG)
Fax: 0522.25.00.01

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 02/03/2020 Heure _____
Nom et Prénom du patient MME BABAI EPSARDY Aicha Age _____
N° CIN du patient ou du tuteur _____
Adresse Lot Ain Diab II, T.M.A. Ap 9, Ain Diab
Casablanca Téléphone 0668376885
Personne à contacter en SARDY Mohamed Téléphone 0661214006
cas d'urgence
Médecin traitant Boussmani et Pman Durée prévue d'hospitalisation 1 journée
Motif d'hospitalisation voir P.c
Affiliation à une couverture maladie ☒ oui ☐ non
(ATTENTION : En cas de fausse déclaration, la clinique ne remplira pas de dossier de déclaration maladie à l'attention d'un organisme d'assurance maladie.)

Partie réservée aux patients affiliés à une couverture maladie :

Nom et Prénom de l'assuré SARDY Mohamed lien de parenté Epoux
Organisme assureur _____
Mode de paiement : ☒ Payant ☐ Prise en charge
Nom et Prénom _____
Signature _____

Partie à compléter à la sortie :

Date de sortie 03/03/2020 Heure _____
Durée d'hospitalisation 1 journée
Nom & Prénom + Signature Mme BABAI EPSARDY Aicha

CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
Angle Mohamed Bahi et rue Mansard - Casablanca - Tél : 05.22.77.77.40 à 49 (LG)
Fax: 05.22.25.00.01 - E-mail : cliniquealmadina@ecl.ma - I.F n°: 1007171 - Patente: 34782425