

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

ND : 25 269

## 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 : SARAJI Mohamed Date de naissance : 13-12-1948Adresse : lot 4 fin Diab II Sidi Aïcha n°9 CasablancaTél. : 06.61.2114.056 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/04/2020Nom et prénom du malade : RABAT Aicha Age : .....

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

CatacombeMUPRAS17 MARS 2020

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 2020Signature de l'adhérent[e] : MASSACCUEIL

**A remplir par l'employeur**

Identité :

Cachet de l'employeur

N° de police

666556250

N° d'adhésion

537100

Assuré(e)

Nom &amp; prénom(s) : SARDY Mohamed

Malade

Nom &amp; prénom(s) : RABAI Aicha

Lien de parenté : épouse

Date de naissance : 25/12/1950

**A remplir par la clinique ou polyclinique**

Nom &amp; prénom(s) du malade : AICHA Rabai

N° C.I.N ou autres (à préciser) : B112230

Service d'hospitalisation : Clinique AL Madina

Médecin traitant : ZAFADIA HCEV

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

**Réservé à l'assureur**

Sinistre N°

**Avis technique du médecin conseil** Favorable / Accord du : 05/02/2020 Défavorable / Motif : (vide) Réserves

Signature et cachet de l'Assureur

Cachet réception

**Estimation du coût de l'hospitalisation par la clinique**

Durée probable	Frais de séjour	Nombre de jours	P.U	Total H.T
	Séjour normal	1	100	100,00
Soins intensifs <sup>(1)</sup>				
Réanimation <sup>(1)</sup>				
Couveuse				

**Nature des prestations****Actes**

Consultations

Actes médicaux

Actes chirurgicaux

Anesthésie

Bloc opératoire / salle d'accouchement

Surveillance réanimation

Surveillance médicale <sup>(2)</sup>**Cotation**

P.U

Total H.T

Actes

K130,30 3500,00

K100,30 1900,00

K130,85 3250,00

**Examens (Détaillés)**

Radiologie (standard. IRM. scanner. écho...)

Biologie

Autres (anapathé. ECG. EEG. Fibro. Colono...)

Lithotripsie <sup>(3)</sup>

Dialyses

**Fournitures**

Pharmacie

Matériels ostéo-synthèse (sang, plasma)

**Total de l'estimation**

K130,10. 1300,00

80%

10050,00

80%

**Total estimé de la prise en charge**

8040,00

**Part du malade**

Fait à CASA Le 05/02/2020

**Montant pris en charge (en lettres)****Visa et cachet de la clinique****Important**

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,

(1) Pour les cliniques disposant de ces unités

(2) À détailler dans le pli confidentiel

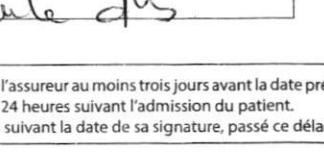
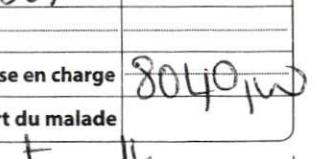
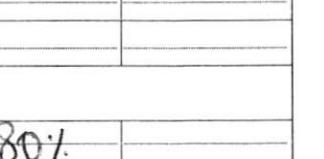
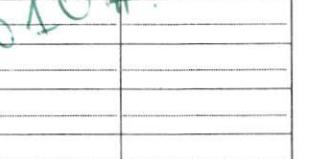
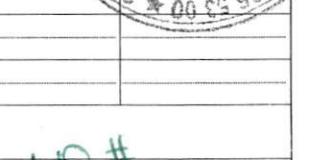
(3) Forfait avec RX avant et après

Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

**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 attachés, 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.

Pour toute information, vous pouvez contacter l'assureur à l'adresse suivante : [www.saham.com](http://www.saham.com) ou par courriel à [saham@casasaham.com](mailto:saham@casasaham.com).



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
<b>PRESTATIONS</b>					
SEJOUR	1,00	SEJOUR	400,00	20	80,00
BLOC OPERATOIRE	1,00	K130	3 250,00	20	650,00
					<b>Sous-Total</b> 730,00
<b>PHARMACIE</b>					
PHARMACIE	1,00	PH	1 300,00	20	260,00
					<b>Sous-Total</b> 260,00
<b>PRESTATIONS EXTERNES</b>					
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
					<b>Sous-Total</b> 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**

8 040,00

Montant pris en charge par l'organisme

2 010,00

Montant ticket modérateur à charge du patient

CLINIQUE AL MADINA  
 FACTURE  
 05.22.25.00.01  
 Quartier Palmiers - Casablanca  
 Tél: 0522-518401 (L.G)  
 Fax: 05.22.25.00.01  
 E-mail : clinique.almadina@yahoo.fr

Casablanca, le 12/03/2020

Nom &amp; 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 ;



**BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE**Date d'entrée 02/03/2020 Heure \_\_\_\_\_Nom et Prénom du patient Mme RABAï EP SARDY Aicha Age \_\_\_\_\_

N° CIN du patient ou du tuteur \_\_\_\_\_

Adresse Lot Ain Diab II. TM.A. Apt. 9. Ain Diab Casablanca Téléphone 0668376885Personne à contacter en SARDY M'hannet Téléphone 0661214006 cas d'urgenceMédecin traitant Boussmani Othmane Durée prévue d'hospitalisation 1 journéeMotif d'hospitalisation Voir P.CAffiliation 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 M'hannet 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 journéeNom & Prénom + Signature Mme RABAï EP SARDY Aicha