

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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-536996

Complément

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8630

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHOUKAIRY SAID

Date de naissance :

16/02/1971

Adresse :

11, Rue de Vemy, Appt 7, Belvédère, 2022

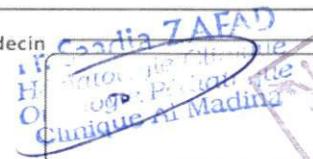
Tél. :

06 66 13 27 32

Total des frais engagés : 4 473,99 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

LEHNA SANAA.

Age: 44 ans

Lien de parenté :

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Lymphome 3 à grandes cellules.

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 : 26/05/2020

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-536996

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 4473,99

Nom de l'adhérent(e) : 4473,99

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE 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
07/05/2020 Chimio			4473,99	INP : 090006784 CLINIQUE AL MADINA (2) FACTURATION Société de Santé Standard Casablanca (ILG)

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Scans	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433562
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
25533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE AL MADINA
Centre d'Hématologie & Oncologie

مصحة المدينة
مركز أمراض الدم والأنکيولوجيا

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie
Creffe de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinopathie - Déficit Immunitaire
Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur
Rx Conventionnelle - Echographie

F A C T U R E

N° : 1538 A / 2020 du 14/05/2020

CHIMIOTHERAPIE

Nom patient LEHNA SANAA

Entrée 07/05/2020

Prise en charge SAHAM ASSURANCE

Sortie 08/05/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

SEJOUR	2.00	SEJOUR	400.00	800.00
			Sous-Total	800.00

PHARMACIE	1.00	PH	18 671.97	18 671.97
			Sous-Total	18 671.97

Total Clinique				19 471.97
----------------	--	--	--	-----------

PR. ZAFAD SAADIA (hematologue)	2.00	K	375.00	750.00
			Sous-Total	750.00

Total Autres prestations				750.00
--------------------------	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

VINGT MILLE DEUX CENT VINGT ET UN DIRHAMS QUATRE-VINGT-DIX-SEPT CENTIMES

Total 20 221.97

Immatriculation : 0600993038 Affiliation : Cin :	Adhérent : LEHNA SANAA N° prise en charge : 4808979 DU 13/04/2020	Part organisme 16 177.58 Part patient 4 044.39
--	--	---

Compte bancaire : AWB 007780000266500030418645 , AGENCE PALMIERS- CASA

CLINIQUE AL MADINA
PEC
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
Fax: 05 22 25 00 01

Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
Fax: 05 22 25 00 01

SARL Au Capital de 2.500.000,00 Dh Siège Social : Angle Rue Mohammed Bahi et Rue Mansard Quartier Palmier Casablanca - Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (LG) / 05 22 25 00 01 - Fax: 05 22 25 00 01 - E-mail : clinique.almadina@yahoo.com
TVA Professionnelle N° 34/32425 - C.N.S.S. N° 7582358 - I.C.E N° 00163020000009

CLINIQUE AL MADINA

Centre d'Hématologie & Oncologie

مصحة المدينة

مركز أمراض الدم والأنکيولوجيا

ANNEXE PHARMACIE Devis

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie

Crise de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinopathie - Déficit Immunitaire

Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur Devis N° 200507155948AM

Nom patient : LEHNA Sanaa

Rx Conventionnelle - Echographie

07/05/2020

AMINAZ

Prise en charge : SAHAM ASSURANCE

Total pharmacie 29 652,34

**CLINIQUE AL MADINA
PEC**

**Angle Rue Med. Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca
Tel 05 22 77 77 40 à 49 (LG) / 05 22 25 00 02 - Fax: 05 22 25 00 01
Fax 05 22 25 00 01 (L G)**

CLINIQUE AL MADINA

Centre d'Hématologie & Oncologie

مصحة المدينة

مركز أمراض الدم والأكولوجيا

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie
ANNEXE CHAMBRE MOBILISÉE (DE HEM)

Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur
Rx Conventionnelle - Echographie

Devis N° 200507155948AM

Nom patient : LEHNA Sanaa

07/05/2020

AMINAZ

Prise en charge SAHAM ASSURANCE

CLINIQUE AL MADINA
PEC
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard
Casablanca
Quartier Palmiers - 100717749 (LG)
Tél 05 22 77 77 40 à 49 (LG) / 05 22 25 00 02 - Fax: 05 22 25 00 01
E-mail : clinique.almadina@yahoo.fr
LE N° 1007171 - R.C. N° 407991 - Taxe Professionnelle N° 34782425 - C.N.S.S. N° 7582358 - ICE N° 001630200000096

MEDICAMENTS	Nombre	Prix Unitaire	Montant
PHARMACRISTINE PH 1MG INJECTA (01)	2	34,90	69,80
ADRIBLASTINE 50 MG INJECTA (01)	2	302,00	604,00
ARACYTINE 100MG INJECTA (01)	1	34,00	34,00
ENDOXAN 1G INJEC INJECTA (01)	1	55,90	55,90
ENDOXAN 500MG INJECTA (01)	1	35,10	35,10
ANDOL 1G PERFUSI (01)	1	18,80	18,80
MABTHERA 500 MG INJECTA (01)	1	11 858,00	11 858,00
GRANOCYTE 34 MUI INJECTA (05)	2	2 881,00	5 762,00
MABTHERA 100 MG/10 INJECTA (02)	2	4 929,00	9 858,00
HYDROCORTISONE 100MG INJECTA (01)	2	18,00	36,00
ONDANSETRON GT 8MG/4ML INJECTA (05)	1	400,00	400,00
VANTEC 10mg COMPRIM (30)	1	1,27	1,27
Sous-Total			28 732,87

CONSOMMABLE MEDICAL	Nombre	Prix Unitaire	Montant
SODIUM CHLORURE INJECTA (100)	2	2,80	5,60
POTASSIUM CHLORU 10 INJECTA (100)	2	2,80	5,60
TRANSFUSEUR (001)	1	9,00	9,00
PROLONGATEUR BD 1.5M (100)	1	14,40	14,40
PERFUSEUR +REGULAT DEB (001)	2	54,00	108,00
INTRANULES BLEUES 22 G (100)	2	4,50	9,00
AIGUILLE DE HUBER 20 G (020)	2	62,25	124,50
BETADINE 10% 125ML (001)	1	15,60	15,60
PHARMAFIX 20*10 CM PAQUET (01)	1	54,00	54,00
SERINGUE 10CC (100)	16	1,05	16,80
SERINGUE 20 CC (050)	16	2,30	36,80
SERINGUE 5 CC (100)	16	0,82	13,12
SERINGUE 50 CC A VIS (025)	4	5,70	22,80
AIGUILLES 18 G (100)	20	0,38	7,60
BANDE DE GAZE 3M*10C (050)	2	2,37	4,74
CHLORURE SODI LAP POCH 100ML (050)	5	10,30	51,50
CHLORURE SODI LAP POCH 250 ML (030)	2	13,10	26,20
CHLORURE SODI SOT POCH 500ML (020)	6	20,60	123,60
GLUCOSE 5%100ML POCHE SACHET (50)	2	10,30	20,60
GLUCOSE 5%LAPRO SACHET 250ML (030)	2	13,10	26,20
GLUCOSE 5% LAP POCHE 500ML (020)	4	15,90	63,60
GLUCOSE 5% 500ML FLACON (012)	3	12,09	36,27
CALOT CHARLOTTE BLANCH (100)	2	0,52	1,04
BAVETTE BLEU A LACETS (050)	2	1,26	2,52
BLOUSE VISISTEUR BLEU (001)	2	18,00	36,00
ROBINET 3 VOIES (050)	2	5,25	10,50
COMPRESSE STERILE 7.5*7. (200)	16	1,88	30,08
GANT STERILE 7 (050)	4	6,45	25,80
GANT D'EXAMEN LATEX 6/7 S (100)	20	0,90	18,00
Sous-Total			919,47

CLINIQUE AL MADINA

Centre d'Hématologie & Oncologie

مصحة المدina
مركز أمراض الدم والأنکيولوجيا

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie
Creffe de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinopathie - Déficit Immunitaire
Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur
Rx Conventionnelle - Echographie

D E V I S

Date 07/05/2020
N° :200507155948AM

Nom patient : LEHNA Sanaa

Prise en charge : SAHAM ASSURANCE

Traitements CHIMIOTHERAPIE
CURE DE 28/05/2020

PRESTATIONS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR		5	SEJOUR	400,00	2 000,00
				Sous-Total	2 000,00
HONORAIRES		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
Pr. ZAFAD SAADIA (hematologue)		5		375,00	1 875,00
				Sous-Total	1 875,00
MEDICAMENTS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
(Voir annexe)		1		28 732,87	28 732,87
				Sous-Total	28 732,87
CONSOMMABLE MEDICAL		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
(Voir annexe)		1		919,47	919,47
				Sous-Total	919,47

Arrêté le présent devis à la somme de :

TRENTE-TROIS MILLE CINQ CENT VINGT-SEPT DIRHAMS TRENTE-QUATRE CENTIMES

Total devis

33 527,34

CLINIQUE AL MADINA
PEC
Angle Rue Med. Bahi et Rue Monsarrat
Quartier Palmiers - Casablanca
Tel : 05 22 77 77 40 à 49 (10) / 05 22 25 00 00 à 24
Fax : 05 22 25 00 01 à 20
Fax : 05 22 25 00 01

Hématologie Adulite et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie
Creffe de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinopathie - Déficit Immunitaire
Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur
Rx Conventionnelle - Echographie

CODE : 090006784

28/05/2020

A MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

.....
SAHAB

Objet : **DEMANDE DE PRISE EN CHARGE**

Cher confrère,

Veuillez trouver ci-dessous les informations, nécessaires pour une prise en charge,
Concernant : *Lekha Lanal*

Age :

Diagnostic : *CNTL B à grandes cellules*

Protocole thérapeutique envisagé : *Chimiothérapie*
3e Cours R.DTHAOX

Nombre de jours d'hospitalisation : *05 Jours*

Des modifications, concernant le protocole thérapeutique et/ou le nombre de jour d'hospitalisations, pourraient survenir en fonction de l'évolution de la maladie.

Observations :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



SAHAM
Assurance
member of Sanlam group

Nom de la clinique :	Code F.M.S.A.R. :
Adresse :	Dossier médical N° :
Tél. :	Fax :
	N° chambre :

Dossier de prise en charge

(3 Feuillets à adresser à la compagnie)

A remplir par l'employeur

Identité : SEKIMA	N° de police 0993038
SERIMA - employeur Ressources Humaines Angle du Marjinal et Rue Maâmoura Casablanca Assuré(e) 0522 40 90 71 - Fax: 0522 40 11 85	
Nom & prénom(s) : LEHNA SANAA	N° d'adhésion 92
Malade Nom & prénom(s) : LEHNA SANAA	Lien de parenté : Elle même
Date de naissance 08/03/1976	

A remplir par la clinique ou polyclinique

Nom & prénom(s) du malade : LEHNA SANAA
N° C.I.N ou autres (à préciser) : Clinique AL madina .
Service d'hospitalisation : R. ZAFAR SAADIA
Médecin traitant : Chimiothérapie
Date d'hospitalisation
En urgence le
ou prévue le 28/05/2020
Nbre de pièce(s) jointe(s)
dont certificat médical confidentiel obligatoire

Réervé à l'assureur

Sinistre N°	
Avis technique du médecin conseil	
<input type="checkbox"/> Favorable / Accord du	
<input type="checkbox"/> Défavorable / Motif	
<input type="checkbox"/> Réserves	
Signature et cachet de l'Assureur	Cachet réception

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 obligation 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 siège social de SAHAM Assurances, sis au 216, Boulevard Zerkouni - 20000 CASABLANCA - Tél.: 05 22 47 40 40 MAROC. 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.

Estimation du coût de l'hospitalisation par la clinique

Durée probable	Frais de séjour	Nombre de jours	P.U	Total H.T
	Séjour normal	5	407,00	2000,00
	Soins intensifs ⁽¹⁾			
	Réanimation ⁽¹⁾			
	Couveuse			

Estimation de l'Assureur

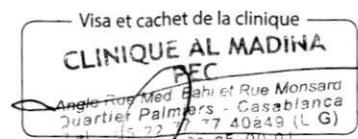
Base de remboursement	Taux de remboursement	Montant pris en charge

Estimation de l'Assureur

Nature des prestations	Cotation	P.U	Total H.T
Actes			
Consultations			
Actes médicaux Pr ZAFAR S	5	375,00	1875,00
Actes chirurgicaux			
Anesthésie			
Bloc opératoire / salle d'accouchement			
Surveillance réanimation			
Surveillance médicale ⁽²⁾			
Examens (Détailés)			
Radiologie (standard, IRM, scanner, écho...)			
Biologie Parapharmacie		919,47	919,47
Autres (anapathé. ECG, EEG, Fibro, Colono...)			
Lithotripsie ⁽³⁾			
Dialyses			
Fournitures			
Pharmacie			28732,87
Matériels ostéo-synthèse (sang, plasma)			
Total de l'estimation			33 529,34

Total estimé de la prise en charge	Part du malade

Montant pris en charge (en lettres)



Important

En cas d'hospitalisation programmée, ce devis doit être présenté à l'assureur au moins trois jours avant la date prévue d'hospitalisation. 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 devient caduc.

(1) Pour les cliniques disposant de ces unités

(2) A détailler dans le pli confidentiel

(3) Forfait avec RX avant et après



ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

4813287

Nous soussignées, COMPAGNIE SAHAM ASSURANCE, sise au 216 Bd ZERKOUNI CASABLANCA MAROC, nous engageons à nous substituer à :

LEHNA SANA

Assuré dans le cadre de la Police N° 0600993038 adhésion 92/ SOCIETE SERIMA pour régler en leur lieu et place le montant des frais occasionnés pour son hospitalisation à la CLINIQUE AL MADINA.

Il est précisé que le règlement des dits frais sera effectué sur présentation de la copie de la prise en charge, de la facture et des pièces justificatives notamment le compte rendu d'hospitalisation, et ce à concurrence de 80% des frais sans toutefois dépasser la contre-valeur en Dhs de :

26 086.30 Dhs
(Vingt-six mille quatre-vingt-six Dhs trente Cs)

Fait à Casablanca, le 11 Mai 2020 pour servir et valoir ce que de droit.

Pour la compagnie



CLINIQUE AL MADINA

ANNEXE PHARMACIE

Centre d'Hématologie & Oncologie

مصحة المدينة

مركز أمراض الدم والأنكولوجيا

Nom patient : LEH NÉTANAG Adulte et Enfant - N° facture 1558 - Date 07/07/2010
Creffe de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinopathie - Déficit Immunitaire

Produit	Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de Rx Conventionnelle - Echographie	Quantité	Taxe Unité	Montant
ANDOL 1G PERFUSI (01)		1	18.80	18.80
ENDOXAN 1G INJEC INJECTA (01)		1	55.90	55.90
GRANOCYTE 34 MUI INJECTA (05)		2	2 881.00	5 762.00
HYDROCORTISONE 100MG INJECTA (01)		2	18.00	36.00
MABTHERA 500 MG INJECTA (01)		1	11 858.00	11 858.00
OKARUBICINE 50MG INJECTA (01)		2	270.00	540.00
ONDANSETRON GT 8MG/4ML INJECTA (05)		1	400.00	400.00
VANTEC 10mg COMPRIM (30)(1)		1	1.27	1.27
Sous-Total médicaments				18 671.97
AIGUILLE DE HUBER 20 G (020)(1)		1	62.25	62.25
AIGUILLES 18 G (100)(1)		4	0.38	1.52
AIGUILLES 25G (100)(1)		8	0.38	3.04
BAVETTE BLEU A LACETS (050)(1)		2	1.26	2.52
BETADINE 10% 125ML (001)		1	15.60	15.60
BETADINE SCRUB 4% 125 ML (001)		1	10.30	10.30
BLOUSE VISISTEUR BLEU (001)		2	18.00	36.00
CALOT CHARLOTTE BLANCH (100)(1)		1	0.52	0.52
CHAMP TROUE 50CM*60CM 6cm/ou (001)		1	15.00	15.00
CHLORURE SODI LAP POCH 100ML (050)(1)		4	10.30	41.20
CHLORURE SODI LAP POCH 500 ML (020)(1)		1	15.00	15.00
COMPRESSE STERILE 7.5*7. (200)(1)		4	1.88	7.52
GANT D'EXAMEN LATEX 6/7 S (100)(1)		10	0.90	9.00
GLUCOSE 5%100ML POCHE SACHET (50)(1)		1	10.30	10.30
GLUCOSE 5% LAP POCHE 500ML (020)(1)		1	15.90	15.90
INTRANULES BLEUES 22 G (100)(1)		1	4.50	4.50
PERFUSEUR +REGULAT DEB (001)		2	54.00	108.00
PHARMAFIX 10*10 (001)		1	46.23	46.23
SERINGUE 10CC (100)(1)		2	1.05	2.10
SERINGUE 20 CC (050)(1)		1	2.30	2.30
SERINGUE 1CC 25G*36 (100)(1)		8	0.90	7.20
SERINGUE 50 CC A VIS (025)(1)		2	5.70	11.40
SURCHAUSSURE VERT (100)(1)		2	1.10	2.20
Sous-Total consommable médical				429.60
				Total pharmacie 19 101.57

CLINIQUE AL MADINA

Angle Rue Med. Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca
Tel 05 22 77 77 40 à 49 (LG) / 05 22 25 00 02 - Fax: 05 22 25 00 01 - E-mail : clinique.almadina@yahoo.fr
05 22 25 00 01

CLINIQUE AL MADINA
Centre d'Hématologie & Oncologie

مصحة المدينة
مركز أمراض الدم والأنكولوجيا

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie
 Creffe de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinopathie - Déficit Immunitaire
 Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur
 Rx Conventionnelle - Echographie

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE N° **1538** / **2020** du **14/05/2020**

Nom patient : **LEHNA SANAA** Entrée **07/05/2020**

Prise en charge **SAHAM ASSURANCE** Sortie **08/05/2020**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Taux Pec	Montant Patient
PRESTATIONS					
PARAPHARMACIE SEJOUR	1.00		429.60	100	429.60
	2.00	SEJOUR	400.00	20	160.00
			Sous-Total		589.60
PHARMACIE					
PHARMACIE	1.00	PH	18 671.97	20	3 734.39
			Sous-Total		3 734.39
PRESTATIONS EXTERNES					
PR. ZAFAD SAADIA (hematologue)	2.00	K	375.00	20	150.00
			Sous-Total		150.00

<i>Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :</i> QUATRE MILLE QUATRE CENT SOIXANTE-TREIZE DIRHAMS QUATRE-VINGT-DIX-NEUF CEN	Total	4 473.99
--	--------------	-----------------

Montant total facturé **20 651.57**

Montant pris en charge par l'organisme **16 177.58**

Montant ticket modérateur à charge du patient **4 473.99**

CLINIQUE AL MADINA

Angle Rue Méd. Bahi et Rue Mansard
 Quartier Palmiers - Casablanca
 Tel 05 22 77 77 40 à 49 (LG) / 05 22 25 00 02 - Fax: 05 22 25 00 01 - E-mail : clinique.almadina@yahoo.fr
 I.F. N° 1007171 - R.C. N° 407991 - Taxe Professionnelle N° 34782425 - C.N.S.S. N° 7582358 - ICE N° 001630200000096