

# 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.

## Education :

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.

## Prothésiste :

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.



## Déclaration de Maladie

N° P19- 062487

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2493

Société : 72628

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SABIR ABDELLAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662704934 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : SABIR ABDELLAH Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : PRURIT ANTI .....

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : ..... / ..... / .....

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/05/2014	\$3.00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Centre de Radiologie El Gouna Centre d'Imagerie Médicale El Gouna - Egypte Tél : 03 22 93 94 Fax : 03 22 93 95</i>	<i>10/10/2010</i>	<i>coeff de la classe</i>	<i>500.00</i>

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué 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'ORL.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

CŒFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
REC. COIN

DATE DU  
DEVIS

# وصفة طبية

## Ordonnance

Casablanca, le :

17/5/22

M. SABIR ABDELLAH

12.00 x 2

1/ BETNEVAL crème 1  
Diprosone

1 app x 2 /, x 15,

1m 1 app / i x 7,

1m 1 app tray 2 j x 7,

2/ HEMOFAST suff

04.50 x 2

1 suff 1 suff x 10,

53.50.

14,50

14,50

Dr. Cheikh Youssef  
Hépato-Gastro-Endocrinologue  
INP 0911715

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

17/05/21

SABIR ABDELLOM

## Echographie

*Scaphulae.*

RC: 2 tumor factors sans scaphulocerv  
de Scu en enkel: LiPOM &?

**Centre de Radiologie El Oullal**  
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N° 2  
Casablanca - 20220  
tel. 05 293 04 93 - Fax 05 22 95 46

Hôpital Cheikh Khalifa bin Zaid  
Dr. Youssef BEN YANI  
Né le 10 Janvier 1973 à Tunis  
NP : 2011-11-11

**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**

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 55 627 / 2021 du 17/05/2021

Nom patient : SABIR ABDELLAH

Entrée 17/05/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 17/05/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation d'hépato-gastro-entérolog	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

**Total 300,00**

Encaissements		Total encaissé	Solde
			<b>300,00</b>

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Fax: 05 29 00 44 77  
Email: [comptes@ckm.mhd.ma](mailto:comptes@ckm.mhd.ma)  
Tel: 05 29 03 53 45

# CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II.

Ex médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

Docteur Bouchaib ELMDARI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 19/05/2021

## FACTURE N°04339/2021

NOM & PRENOM: SABIR ABDELLAH

EXAMEN	MONTANT
ECHOGRAPHIE DE LA MASSE	500 DH
TOTAL	500 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :CINQ CENTS DH TTC

Centre de Radiologie El Oulfa  
Bd. Oued Oum Rabii - Rue 50, N°2- Oulfa - 20220 Casablanca  
Tél. : 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 – Fax 0522 93 563 Capital: 100 000, 00  
Dhs - RC: SCP - TP: 37989156 – IF: 4049398 – ICE: 001581917000057  
E-mail: [radiologie-oulfa@.com](mailto:radiologie-oulfa@.com)

Date : 12/01/2021

Quittance - Paiement espèces

0567003

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : ..... 300,00  
Patient : ..... SABRI R A.B.D.G.C.H

Cachet