

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-456962

39854

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 12321

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL Boudouri TARIK

Date de naissance : 15/07/1982

Adresse : VILLAS 265 PRES N162 DAR BOUZZA CASA

Tél. : 0661.29.77.41

Total des frais engagés : 845,74 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/08/20

Nom et prénom du malade : El Boudouri TARIK. Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : douleur du peit dt

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

14 SEP 2020

Le 14/09/2020

ACCUEIL

#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/10/2015	Maladie de l'oreille		300DH	INP : <input type="text"/> 
Tel: 05 23 00 44 77				
Fax: 05 23 00 44 75				
E-mail: contact@hck.ma				
N°INP: 00000000000000000000				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

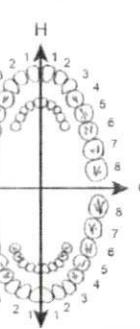
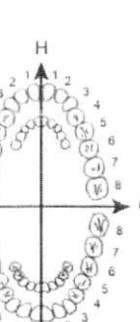
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
CAMED MEDICAL MATERIEL MEDICAL Vente et Magasin (G1) slide pour toute autre transaction AVARD GHANDI / TEL: 05 22 94 00 43 / FAX: 05 22 94 00 40	11/03/2020					295,76

#### **RELEVÉ 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'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																			
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
D	G																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

10/08/2011

- M<sup>r</sup> El Boudari Taib

Pr du dt F

Hôpital Cheikh Khalifa  
Service Radio  
Tél : (+212) 529 0529  
E-mail : [www.hck.ma](http://www.hck.ma)

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
P.H.S. Traumatologie et Orthopédie  
07/11/2011

Casablanca , le 10/09/2020

PATIENT

: EL BOUDOURI Tarik

## Rx MAINS FACE ET PROFIL

### Résultat :

Minéralisation osseuse normale.

Interligne articulaire respectée.

Surfaces articulaires régulières.

Absence d'anomalie des parties molles.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : Dr BOUKNANI

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr Ass BOUKNANI NAWAL  
RADILOGIE  
021246434

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 88 031 / 2020 du 10/09/2020

Nom patient : **EL BOUDOURI TARIK**

Entrée 10/09/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 10/09/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
- Radiographie Pied F et P	1,00		250,00 Sous-Total	250,00 250,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>250,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>250,00</b>

Encaissements		Carte Bq	Total encaissé	Solde
		250,00	250,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Service Radiologie  
Tél : (+212) 0529 40 44 66  
E-mail : [www.hck-ckm.ma](http://www.hck-ckm.ma)

## وصفة طبية

## Ordonnance

Casablanca, le :

10/03/2006

- n° G Boudoua Tarif

Ork  
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd  
Service Radiologie  
Tél : (+212) 0529 00 44 66  
E-mail : [www.hck-fckm.ma](http://www.hck-fckm.ma)

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd  
Service Radiologie  
Tél : (+212) 0529 00 44 66  
E-mail : [www.hck-fckm.ma](http://www.hck-fckm.ma)

ICE : 001526686000016

Facture

UF20000113789

CASABLANCA

Le, 12/09/20

DEPOT GHANDI

Agent commercial : SOUKAINA

Mode de règlement : ESPECES

ICE CLIENT :

INP CLIENT :

N° CLIENT : CL000008

MR EL BOUDOURI TARIK

Clients Comptoirs Ghandi

Code Article	Code TVA	Désignation	Qté	P.U.TTC	Remise	P.U.net. TTC	Montant TT
24372	2	POIGNET LIGAFLEX CLASSIC OUVERT GRIS T2	1,00	295,00	0%	295,00	295,00

LOCAMED SERVICE  
 MATERIEL MEDICAL  
 Vente en Magasin (G1)  
 Non valide pour toute autre transaction  
 60, BOULEVARD GHANDI - CASABLANCA  
 TEL.: 05 22 94 20 43 / FAX: 05 22 94 20 40

Code	Base	Taux	Montant
2	245,83	20%	49,17
<b>Total</b>	<b>245,83</b>		<b>49,17</b>

<b>Total HT</b>	<b>245,83</b>
<b>Total TVA</b>	<b>49,17</b>
<b>Total TTC</b>	<b>295,00</b>
<b>Timbre :</b>	<b>0,74</b>
<b>Total TTC+Timbre :</b>	<b>295,74</b>

Arrêtée la présente Facture à la somme de TTC + TIMBRE :  
Call Center 05 37 63 27 28 / 05 22 86 22 22 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

LOCAMED SERVICE S.A.R.L AU CAPITAL 17.800.000 DHS - C.N.S.S : 2445642 - R.C. : 30269 - Patente : 25103476 - I.F. : 3315150

Siège Social : 11, rue Mamounia (ex CTM) - Rabat Siège Administratif : Angle Av. Med VI et Av. El Haouz - Rabat - Maroc

Tél. : 05 37 63 08 07 / 05 37 63 26 00 - Fax : 05 37 63 00 86 - ICE : 001526686000016 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

**CASABLANCA**

Arjoun: 7, rue Lahcen Arjoun [ face hôpital 20 Août], quartier des Hôpitaux.

Tél : 05 22 86 39 89/05 22 86 16 83/05 22 86 37 17

Ghandi: 60, Boulevard Ghandi, quartier Essalam Tél : 05 22 94 20 43/05 22 86 22 22

Goulmima: 627, rue Goulmima Casa-Anfa [à proximité hôpital My Youssef] Tél : 05 22 20 20 98/05 22 20 21 04

Hôpitaux: 46, rue des hôpitaux. Tél : 05 22 47 63 70/05 22 47 48 30

**RABAT**Zaers: Angle Av. Mohamed VI et Av El Haouz. Tél : 05 37 63 27 28 / 05 37 63 26 05  
Mamounia: 11, rue Mamounia, (ex CTM) centre ville. Tél : 05 37 70 40 40 / 05 37 70 00 77**MARRAKECH**Avenue, Yaïcoub el Mansour N°. 2 Résidence Ahlarn Guéliz (près de centre ville) Tél : 05 24 43 15 00/05 24 43 14 30  
6, résidence Saghinia2, Av. Sidi Mohamed Ben Abdellah Quartier Iberia. Tanger Tél : 05 39 33 55 40/05 39 37 23 67**TANGER****FÈS****KÉNITRA**

Angle Av des FAR et rue Ahmed Chibhi [en face de central banque chaabil] Tél : 05 35 62 51 62/05 35 62 51 61

Angle Avenue Ahmed Diori et Avenue Moulay Abderrahmane Tél : 05 37 36 74 28/05 37 37 74 75

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

CASABLANCA

**Reçu de caisse***Méd*HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2009101724140710 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000248131	EL BOUDOURI TARIK	10/09/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	018116	250,00
PAYANT	Total payé	250,00
DEUX CENT CINQUANTE DIR		
<i>méd</i> HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID		

Reçu établi par : KHA.CHAO

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Service des urgences  
Tél : (+212) 052 71 66 66  
E-mail : [www.hck.tn](http://www.hck.tn)

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 87 993 / 2020 du 10/09/2020

Nom patient : **EL BOUDOURI TARIK**

Entrée 10/09/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 10/09/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
- Consultation de traumatologie	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <b>TROIS CENTS DIRHAMS</b>	<b>Total</b>	<b>300,00</b>

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

Opital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@icbn.hk.mn  
N°INP 090061862



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 10 / 09 / 62

Quittance - Paiement espècés **0507751**

IPP : .....

° D'admission : ..... Montant : ..... *Booph*

Patient : ..... *E.L BOUDJMI TariK* .....

Cachet