

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.

Pathologie 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 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
Nº P19- 049902

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1096

Société : UP2788

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ZERRAOU Abdennabi

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0601049754

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

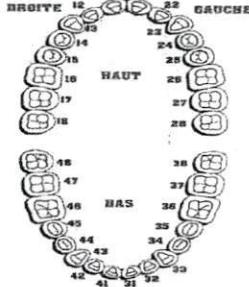
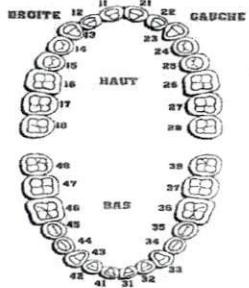
Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture.

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/> Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin de <input type="text"/>	
						
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire				
		H 25533412 00000000 00000000 D 35533411	G 21433552 00000000 00000000 G 11433553			
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				
VOLET ADHERENT		NOM :		Mme		
DECLARATION N°		W18-340395				
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes				
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle						



W18-340395

DATE DE DEPOT

/201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mme

Nom & Prénom ZERROU Abdennabi

Fonction : Phones :

Mail :

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age Date 1ère visite 18/08/2002

Nature de la maladie

H3P. Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

CS

30000

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Ech - abdo

Montant détaillé des Honoraires

100,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

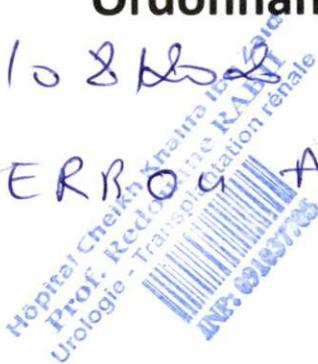
وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

18/08/2008

M. ZERROU Abdennabi



→ HBP arc échec au

traitement médical

→ Echographie abdominale et

Vérification prostate



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 79215 / 2020 du 18/08/2020

Nom patient	ZERROU ABDENBI	Entrée	18/08/2020
	PAYANTS	Sortie	18/08/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Echographie abdominale	1,00		400,00	400,00
<i>Sous-Total</i>				400,00
Total Clinique				400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
QUATRE CENTS DIRHAMS		Total
		400,00

Hôpital Cheikh Khalifa ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@ckm.hck.ma
N°INP 090061862

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2008180919244840 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000239938	ZERROU ABDENBI	18/08/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	0179	400,00
PAYANT	Total payé	400,00
QUATRE CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : RAD.WAH

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 01 41 77
E-mail : contact@hcm.hck.ma
N°INP 090031852

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 79202 / 2020 du 18/08/2020

Nom patient	ZERROU ABDENBI	Entrée	18/08/2020
	PAYANTS	Sortie	18/08/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation d'urologie	1,00		300,00	300,00
<i>Sous-Total</i>				300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax: 05 22 89 54 N° INP 090061862
E-mail : contact@hck.mr
N°ICE 001740003000026

Casablanca le, 18/08/2020

Patient : **Mr ZERROU ABDENBI**
Médecin traitant : **Pr RABII REDOUANE**
Examen réalisé : **Echographie vésico-prostatique**

Renseignement clinique : HBP avec échec au traitement médical

Résultat :

- Vessie souple de capacité réduite et paroi épaisse
- Absence d'image de lithiase échographique
- Absence d'anomalie endoluminale
- Prostate homogène de 30g avec lobe médian IPP grade III
- RPM 100ML

Au total :

- Hypertrophie prostatique homogène de 30g avec lobe médian IPP grade III et RPM 100ML

Signé :

Pr Redouane RABII

*Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Prof. Redouane RABII
Urologie - Transplantation rénale*

DPI-681037705



HOPITAL CHEIKH KHALIFA

18/08/20 08:55:56

MI 0.6 Tis 0.1 4C

Abdomen

B CHI
Freq 4.0 MHz
0- Gn 10
- EJA 36
- CarteDIO0
- D 18.0 cm
- DR 69
- FR 25 Hz
AO 100 %
5-

104:104 [4.2:4.2 s]

+ | Abdomen

- Br Gauche
■ (Z) % de sténose
1 (X) Volume
(C) Angle
■ (V) Volume rénal
■ (J) Ratio A/B
(-) Diam.Ao
(f) Longueur Rénale
F.d.travail Direct Rep.

()	
1	d1 3.26 cm
2	d2 4.03 cm
3	d3 3.99 cm
Vol	27.46 ml
4	d1 3.43 cm
5	d2 1.26 cm
÷ d	8.41 cm
d3	0.00 cm



Mesure

Mode

% de sténose

Volume

Angle

Volume rénal

Ratio A/B

M&A Dérouler

18/08/20 08:55:43



HOPITAL CHEIKH KHALIFA

18/08/20 08:55:56

MI 0.6 Tis 0.1 4C

Abdomen

B CHI
Freq 4.0 MHz
0- Gn 10
- EJA 36
- CarteDIO0
- D 18.0 cm
- DR 69
- FR 25 Hz
AO 100 %
5-

104:104 [4.2:4.2 s]

+ | Abdomen

- Br Gauche
■ (Z) % de sténose
1 (X) Volume
(C) Angle
■ (V) Volume rénal
■ (J) Ratio A/B
(-) Diam.Ao
(f) Longueur Rénale
F.d.travail Direct Rep.

()	
1	d1 3.26 cm
2	d2 4.03 cm
3	d3 3.99 cm
Vol	27.46 ml
4	d1 3.43 cm
5	d2 1.26 cm
÷ d	8.41 cm
d3	0.00 cm



Mesure

Mode

% de sténose

Volume

Angle

Volume rénal

Ratio A/B

M&A Dérouler

18/08/20 08:58:30



Placer le premier point



HOPITAL CHEIKH KHALIFA

18/08/20 08:55:56

MI 0.6 Tis 0.1 4C

Abdomen