

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.

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° P19- 049902

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1096 Société : 40788

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ZERRA Abdou

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux										
				Montant des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis											
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de											

Visa et signature du patient	Visa et cachet du praticien
Signature	Cachet

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
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		Mle
Nom & Prénom <u>ZERROU Abdelnabi</u>		
Fonction :	Phones :	
Mail :		
MEDECIN	Prénom du patient <u>M. ZERROU Abdelnabi</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date <u>18/08/2020</u>
Nature de la maladie <u>HBP</u>		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>CS</u>		<u>30900</u>
PHARMACIE		Date
Montant de la facture		Signature
		Cachet
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
<u>Echo - RSC</u>	<u>1.000,00</u>	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

4/8/08

M. ZERROU Abdelhak

→ HBP avec échec au
traitement médical

→ échographie abdominale et
vénio-prostatique

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Prof. Redouane RABII
Urologie - Transplantation rénale
INP: 8948773

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
			Sous-Total	400,00
Total Clinique				400,00

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

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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

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 00 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@hcm.hck.ma
N°INP 090051252

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
			Sous-Total	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 28 54
E-mail : contact@hck.ma
N° INP 090061862

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 épaissie
- 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
NR: 6185763

