

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie 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.

## **ntaire :**

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## **adie 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.

ND 4423

**Déclaration de Maladie : N° P19-001978**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 714 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : S.KALI FAROUK Date de naissance : 13/4/66

Adresse : Residence El HAMD - FARAH SALAM

Tél. 0644 2824 38 Total des frais engagés : 973,50 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/11/2020

Nom et prénom du malade : EL ALAOUI BATIJA Age : 73

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection cardiaque

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 : 16 Oct. 2020 Le : 16/10/2020

Signature de l'adhérent(e) : El Alaoui Batiija

## 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
01/10/2020	C.S		300 D.H	172064

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/10/20	673,56

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

## Création, remont, adjonction)

The diagram shows a 3D structure with labels H, D, and G. The structure is composed of a central vertical column of circles and a surrounding ring of circles. The label H is at the top, D is at the bottom left, and G is at the bottom right. The circles are numbered with integers from 1 to 8, and some are marked with a checkmark (✓) or a question mark (?). The numbers are arranged as follows: Row 1: 1, 2, 1, 2; Row 2: 3, 4, 3, 4; Row 3: 5, 6, 5, 6; Row 4: 7, 8, 7, 8; Row 5: 8, 7, 8, 7; Row 6: 6, 5, 6, 5; Row 7: 5, 4, 5, 4; Row 8: 4, 3, 4, 3. The checkmarks are at positions (1, 2), (3, 4), (5, 6), (7, 8), (8, 7), (6, 5), and (4, 3). The question marks are at positions (2, 1), (4, 3), (6, 5), and (8, 7).

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT

MASTICATOIRE	
	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### **(Création, remont, adjonction)**

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS



Casablanca, le : 01/10/2020

PPV : 110,70 DH

Bachir El Aloui

PPV : 110,70 DH

110,70 X 3

1) Dorzineol coll.  
332,10



PPV : 110,70 DH

35,70 X 2

2) Tobradex coll.

SANS ARS



135,00 X 4

3) Eole Dual coll.

1 flacon x 4 ml 556 et au 556

673,50

EOLE Dual 10 ml  
Gouttes oculaires

PPC: 135,00

E01 20  
02/2023

6 118001 070596

Laboratoires Sothema Bouskoura  
Tobradex collyre en suspension, 5 ml  
A.D.S.P. Maroc N° 71/DMP/21/NCI  
PPV : 35,70 DHS

406833

6 118001 070596

Laboratoires Sothema Bouskoura  
Tobradex collyre en suspension, 5 ml  
A.D.S.P. Maroc N° 71/DMP/21/NCI  
PPV : 35,70 DHS

406833

PPC: 135,00

E01 20

02/2023

REHET

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
BENJELLOUN Mohamed Fayçal  
OPHTALMOLOGIE  
72064

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 95 711 / 2020 du 01/10/2020

Nom patient : **EL ALAOUI BAHIJA**

Entrée 01/10/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 01/10/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation d'ophtalmologie	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>  TROIS CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>300,00</b>

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	<b>300,00</b>				<b>300,00</b>	<b>0,00</b>

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : [hckm.hck.ma](mailto:hckm.hck.ma)  
Site : [www.hckm.ma](http://www.hckm.ma)

Date : 01/10/88

**Quittance - Paiement espèces 0512032**

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : ..... 300.D.H .....

Patient : ..... El Aloui Bahija .....

Cachet

