

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## tique :

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.

## entaire :

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-

049272

ND: 46480

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01950

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAYALI BRATHIM

Date de naissance :

25/11/48

Adresse :

Habousseille -

Tél. : 0522909761

Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. Hicham BAKKALI  
Anesthésie-Réanimation

Date de consultation : 07/07/2020

07/07/2020

Nom et prénom du malade :

LAYALI BRATHIM

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Tumeur Tête du Réninomas

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 : Casablanca le 15 NOV. 2020

Le : 09/11/20

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

ACCUEIL

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

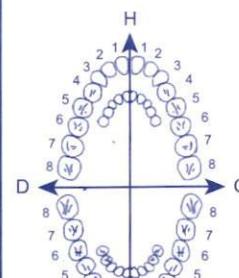
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	—————
00000000	00000000
.....	.....



### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAIL

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 63.543 / 2020 du 07/07/2020

Nom patient : LAYALI BRAHIM

Entrée 07/07/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 07/07/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation pré-anesthésique	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		<b>Total 300,00</b>

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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862  
E-mail: contact@ckmhc.ma

Date : 07/07/2022

Quittance - Paiement espèces **0488747**

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : ..... 200 Dhs .....

Patient : ..... LAXALI BLATHI M .....

Cachet