

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

die 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- 066963

53959

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10378 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BELGHIZI IMANE

Date de naissance : 29/09/1978

Adresse :

Tél. : 06634715142 Total des frais engagés : 1810304 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/11/2020

Nom et prénom du malade :

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 : CASABLANCA

Le : 10/11/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
10/11/10	CS + Echo		6000 Dhs	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/11/2016	210,80

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	T

(Création, remont, adjonction)

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

1st Belgian i mAB

52,8°, Regol, up, SV, SV

20th Century Fox Film Corporation
20th Century Fox Film Corporation
20th Century Fox Film Corporation
20th Century Fox Film Corporation

16,30
16,20
3 - Fortaux 1 cpt 31/ 85/
1 sheet
less 1 L 2 'em a remark
Use first (hurtable operation)

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabib Casablanca • Maroc
Tél : +212 529 004 466 • **Fax :** +212 529 038 868 • **www.hck.ma**

fortrans

Composition :

Macrogol 4000 *	64.000 g
Anhydrous sodium sulfate	5.700 g
Sodium bicarbonate	1.680 g
Sodium chloride	1.460 g
Potassium chloride	0.750 g
Excipient : sodium saccharin	

For one sachet of 73.690 g

* = P.E.G 4000 = Polyethylene glycol 4000

Excipient with known effect : sodium

Refer to the leaflet for further information.

Pharmaceutical form :

Powder for oral solution in sachet.

Therapeutic indications :

This medicine is used for colon lavage to prepare patients prior to:

- endoscopic or radiological investigations,

- colon surgery.

Method and route of administration :

Oral route.

Dissolve the content of each sachet in one litre of water.

Shake until the powder has completely dissolved.

Keep out of the reach and sight of children

fortrans[®]

Preparation for colonic lavage

maphar
Z. Zenata, Ain Seba, Casablanca, Maroc
FORTRANS SAC B4
P.P.V. : 142,20 DH



6118001181209

LOT : P25578
Exp : 11/2022

Authorized medicinal product n° 3400932886227

Powder for oral solution

No special condition for storage

4 sachets

Lire attentivement la notice avant utilisation.
Conserver à une température inférieure à
25°C et à l'abri de l'humidité.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

يرجى مراجعة المنشورة ت恂عن قبل أي استعمال.
يرجى الاحتفاظ بهذا الدواء في درجة حرارة أقل
من 25 درجة مئوية وبعداً عن الوصولية.
يحفظ بعيداً عن مرأى وتناول الأطفال.



Praziol® 20 mg
Oméprazole

gélules 14 Praziol® 20 mg Omeprazole



PPV: 52DH80
PER: 08/22
LOT: J494-3

bottu
dz, Aile des Ciseaux - Ali Sabah - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Microgranules gastrorésistants
14 gélules

voie orale

Doliprane 500 mg
PARACETAMOL
16 comprimés effervescents
Conserver le tube bien fermé à l'abri de la chaleur
et de l'humidité.
NE LAISSEZ NI À LA PORTE, NI À LA VUE DES ENFANTS.

Litho Typo

6 118000040354



AMM N° 746/15 DMP/21/NRQ

b
BÖTTCHER
82 Alter der Crayon: 10 Sekunden
S. Bönnigh - Pharmazeutische
Reichweite

31X3IX110

16 comprimés
effervescents

DOLIPRANE
PARACETAMOL
500 mg

Doliprane® PARACETAMOL 500 mg

16 comprimés effervescents

DOULEURS ET FIEVRE

COMPOSITION :

Paracetamol 500 mg

Excipients.....

INDICATIONS : Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, éufs grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

Réserve à l'adulte et à l'enfant à partir de 27 kg (soit environ à partir de 8 ans).

POSÉOLOGIE :

Lire attentivement la notice.

VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Voie orale.
Laisser dissoudre complètement le comprimé dans un verre d'eau.
Boire immédiatement après.

Adulte et enfant
à partir de 27 Kg



Adulte et enfant
à partir de 27 Kg



Adulte et enfant
à partir de 27 Kg



03 / 16
100027

دوليبران
باراسيتامول
500
ملبغ

16 قرصاً فواراً

من طبلة
الطبقة
العلوية
الطبقة
السفلى

الجمي
أوجاع و

للمباردة
أيضاً من 27 كيلو

15,80

PPV 15 D H 8 2 0 3
P 0 4 1 2 2 0 5
P 0 5 2 0 4 1 2 2 0 5
P 0 5 2 0 4 1 2 2 0 5

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 110 635 / 2020 du 10/11/2020

Nom patient : **BELGHAZI IMANE**

Entrée 10/11/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 10/11/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULT SPECIALITE GYNÉCO+ECHO	1,00	CS	600,00	600,00
			Sous-Total	600,00
Total Frais Clinique				600,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> SIX CENTS DIRHAMS	Total	600,00
--	--------------	---------------

					Total encaissé	Solde
Encaissements						600,00

El-Sayed, Khalid
Fax: 05 29 03 54 45
E-mail: contractor4477@icim.bku.edu.sa



10/11/20

11:25:22

9900397731

93977501

HOP CHEIKH KHALLIFA G2

Casablanca

A0000000003010

APP : VISA ELECTRON

BELGHAZI / IMANE MME

xxxxxxxxxxxxxx

05/21 CHANTE NATIONALE

2B6288DE 2E8FAC3D

626-0-9939-1-44

MONTANT : 600,00 MAD

NUM TRANSACTION 003

NUM AUTORISATION 0V6902

STAN 003860

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER

POUR LE CLIENT

Nom & Prénom :

Belghazi TANNS

Date de naissance :

Date: 10/11/2002

Opérateur :

Modalités d'examens:

-Uterus en position ant, de contours régulier mesurant 6,8 d'échostructure 6,8/5,3

-L'aspect de l'endomètre est d'écho structure normal.

Epaisseur de l'endomètre de 10 mm

-Les ovaires sont de taille et de structure normale :

- Ovaire droit : size d'un kyste de 07 cm
- Ovaire gauche : 3mm

-Absence de masse pelvienne suspecte.

-Le Cul de Sac de Douglas est libre, en particulier, il n'y a pas d'épanchement liquidiens.

Conclusion : Echographie endovaginale

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2011101128062850 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000270671	BELGHAZI IMANE	10/11/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	3860	600,00
PAYANT	Total payé	600,00
SIX CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : IMAJAF

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA
Admission Facturation