

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 <input type="text"/>														
				Montant des soins <input type="text"/>														
				Début d'exécution <input type="text"/>														
				Fin d'exécution <input type="text"/>														
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		Montant des soins <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
G																		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>															
			Fin d'exécution <input type="text"/>															
Visa et cachet du praticien attestant le <u>devis</u>		Visa et cachet du praticien attestant l' <u>exécution</u>																




P 17/0059507

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle 4549	
Nom & Prénom			BERDAI Nahame	
Fonction		Retraité	Phones 066103375	
Mail			mberdai@yahoo.fr	
MEDECIN	Prénom du patient			Faboua
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age	16/11/57
Nature de la maladie			Date	
complément remboursement CNOAS			Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes			Nbre de Coefficient	Signature et cachet du médecin
			Montant détaillé des honoraires	
PHARMACIE			Date	
Montant de la facture			Signature et cachet du Pharmacien	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX			Date	
Nombre			Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV	CACHET

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العيادات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	الموقع وطابع طبيبي الأستاذ أو الإحيائي Signature et Cachet du médecin ou Radiologiste
27.11.18	Echographie Doppler des artères des membres inférieurs		800 DH		<p>Dr AZIZ NOUREDDINE MEDECIN - COLONEL Professeur de Radiologie H.M.M.I - Meknes</p> 
27.11.18				240 DH	

جاء الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع ومطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : [][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][]					

Instructions à suivre

ملاحظات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأتمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعااضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسااطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : **BAKKACI Fadoua**

رقم الإنخراط : **112183**

رقم التسجيل : **552 2988 43**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **A169156**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له : **Conjoint**

العنوان : **51 Rue Larache App 4 Hay Essalou**

مبلغ المصاريف (درهم) : **1993 98**

عدد الوثائق المرفقة : **11**

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : **BAKKACI Fadoua**

تاريخ الإزدياد : **16 10 1958**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **A169156**

الجنس : **م** ذكر **ف** أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الإستدلالي للممارس : **09 0061862**

نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المغلق : **Oui** Non

تاريخ الحمل : **Date de grossesse :**

التاريخ المرتقب للولادة : **Date prévue d'accouchement :**

تاريخ الإشتفاء : **Date d'hospitalisation :**

تاريخ الحادث : **Date d'accident :**

أسباب الحادث : **Causes :**

أشهر بصحة كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

فعل : **حرر في : 27/11/2018**

توقيع المؤمن له (لها) : **فعل : 27/11/2018**

Signature de l'assuré (e)

Cachet et signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

أنشط الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Cachet et signature de la mutuelle	توقيع وطابع التعااضدية
<p>Identification de l'agent :</p> <p>Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :</p>	



En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information

ENREGISTRE 4

REJET 1

PAYE

NON PAYE 2

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
-	-	01/04/2019	Virement	-	1 993,98	776,00	81,00	857,00
54260265	21/12/2018	Payé en : 101 jours		BAKKALI FADOUA	1 993,98	776,00	81,00	
1	-	05/03/2019	Virement	-	8 000,00	1 200,00	0,00	1 200,00
1	-	04/02/2019	Virement	-	423,80	120,00	5,00	125,00
1	-	27/11/2018	Virement	-	250,00	120,00	5,00	125,00
1	-	18/10/2018	Virement	-	605,70	178,80	18,44	197,24
2	-	24/09/2018	Virement	-	1 440,01	927,94	191,43	1 119,37



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج تكون بحث



150914112017SA-004

Prénom : FADOUA

Nom : BAKKALI

DDN : 16/12/1957 E: 27/11/2018

Service : URGENCES

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V : 63DH10

PAYANT

Sexe: F



Casablanca, le :

Lioton

Héparine sodique - usage externe



* VIGNETTE

Lioton® 1000 gel
tube de 50g
PPV 49DH50

Pharmacia
Dr. BENJELLO
17 Rue Larache
Tél 05 22 39 48 12

+ Vikameryl:

53,10

1 cp x 21 j



+ Reloval:

49,60

1 cp x 31 j

Après repas plk 5 fe



+ Lioton gel:

102,60

1 A 30 j

le soir

+ Ves bas de contention:

551,38

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 30403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 008 368 - www.hck.ma

F A C T U R E

N° 146 119 / 2018 du 27/11/2018

Nom patient : BAKKALI FADOUA

Entrée 27/11/2018

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 27/11/2018

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0200	240,00	240,00
- Echographie-doppler des artères des membres inférieurs	1,00		800,00	800,00
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	1 340,00
Total Frais Clinique				1 340,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE TROIS CENT QUARANTE DIRHAMS

Total 1 340,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						1 340,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel : 05 29 03 53 45 77
 Fax : 05 29 03 44 77
 Email : contact@ickmick.ma
 N° PIN 090061862
 ICK HCK : 00174003000026



Locamed

Santé & Confort

Matériel Médical

ICE : 001526686000016

FACTURE N° UF8112755

CASA BLANCA le , 29/11/18
CLIENT COMPTOIR CASA
MME FADOUA BAKKALI

Agent commercial : KARIMA

Mode de règlement : ESPECE

Code Article	Code TVA	Désignation	Qté	P.U.TTC	Remise	P.U.net. TTC	Montant TTC
5223B4L	2	COLLANT FEMME KOKOON C2 BEGE T4L	1,00	550,00	0%	550,00	550,00

Code	Base	Taux	Montant
2	458,33	20%	91,67
Total	458,33		91,67

Total HT 458,33
Total TVA 91,67
Total TTC 550,00
Timbre : 1,38
Total TTC+Timbre : 551,38

Arrêtée la présente Facture à la somme de TTC + TIMBRE :
Cinq cent cinquante et un Dirhams, trente huit Cts

Cal : 05 37 63 08 07 / 05 37 63 26 00 - Fax: 05 37 63 00 86
LOCAMED SERVICE S.A.R.L. AU CAPITAL DE 17.800.000 DHS - C.N.S.S : 2445642 - R.C. : 30269 - PATENTE : 25103476 - I.F : 3315150 - ICE : 001526686000016
Siège Social : 11, Rue Mamounia (ex CTM) - Rabat - Maroc - Siège Administratif : Angle Av. Mohammed VI et Av. El Haouz - Rabat - Maroc
Tél.: 05 37 63 08 07 / 05 37 63 26 00 - Fax: 05 37 63 00 86

CASABLANCA : ARJOUN : 7, rue Lahcen Arjoun - Quartier des hôpitaux - Tél. : 05 22 86 22 22 / 05 22 86 37 17
GOULMIMA : 627, rue Goulmima - Casa-Anfa - Tél. : 05 22 20 20 98 / 05 22 20 21 04
QUART DES HÔPITAUX : 46, Rue des Hôpitaux - Casablanca - Tél. : 05 22 47 48 30
SOUISSI : Angle Av. Mohamed VI et Av. El Haouz - Tél. : 05 37 63 27 28 / 05 37 63 26 05
MAMOUNIA : 11, rue Mamounia, [ex CTM] centre ville - Tél. : 05 37 70 40 40 / 05 37 70 00 77

MARRAKECH : 2, Résidence Ahlam : Av. Yaacoub el Mansour - Guéliz - Tél. : 05 24 43 15 00
FES : Angle Av. des FAR et rue Ahmed Chbihi - Tél. : 05 35 62 51 62
TANGER : 6, Résidence Saghinia 2, Av. Sidi Mohamed Ben Abdellah - Quartier iberia - Tél. : 05 39 33 55 40
KENITRA : Angle avenue Mohamed Diouri et Avenue Moulay Abderrahmane - Tél. : 05 37 36 74 28





Date : 27/11/2018

Quittance - Paiement espèces 0289168

IPP :

N° D'admission : Montant :

Patient : FADWA BAKIACH

Cachet



Casablanca , le 27/11/2018

PATIENT : BAKKALI FADOUA
MEDECIN TRAITANT : DR LAANAYA Asmaa
EXAMEN(S) REALISE(S) : Echodoppler veineux des membres
Inférieurs.

Résultats :

Les veines iliaques sont libres.

Veines fémorales communes, fémorales superficielles, veines poplités et veines tibiales antérieures et postérieures ainsi que pédieuses de calibre normal, perméables et normalement compressibles.

Absence de signes directs ou indirects en faveur d'une thrombophlébite des membres inférieurs.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : DR S. Berrada



Coller Etiquette De BAF



150914112017SA-004

Prénom : FADOUA

Nom : BAKKALI

DDN : 16/12/1957 E: 27/11/2018

Service : URGENCES

PAYANT
Sexe: F

BILAN RADIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

* fourche + Doule MI G^{lie}

• RADIO STANDARD :

☐ FACE

☐ PROFIL

• ECHOGRAPHIE : Doppler veines des MI

• SCANNER :

☐ Avec injection

☐ Sans injection

Créat :

BHCG : ☐ Positive

☐ négative

• IRM :

☐ Pacemaker ☐ Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des
urgences

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr Asma LAANAY
Médeciniste



150914112017SA-004

Prénom : FADOUA

Nom : BAKKALI

DDN : 16/12/1957 E: 27/11/2018

Service : URGENCES

Casablanca le

: / ... /

PAYANT
Sexe: F

BILAN BIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

• Hémato/Hémostase :

- ☐ NFS - Pq
- ☐ Groupage - Rhésus
- ☐ RAI
- ☐ TP - TCK
- ☐ INR

☒ D-DIMERES

• Bilan Infectieux

- ☐ CRP
- ☐ VS
- ☐ ECBU
- ☐ Hémoculture
- ☐ PCT

• Bilan Métabolique

- ☐ Ionogramme sanguin
- ☐ Urée - Créatinémie
- ☐ Glycémie

• Bilan Hépato-pancréatique :

- ☐ ASAT - ALAT
- ☐ BC - BN - BT
- ☐ Gamma GT
- ☐ PA
- ☐ LIPASEMIE

• Bilan cardiaque :

- ☐ Troponines
- ☐ BNP

Autres :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Signature et caché du médecin
Des urgences

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. Asmaa EL ANAYA
Médecin Urgentiste

Identifiant du patient : 150914112017SA

Date de naissance : 16/12/1957

Sexe : F

Date de l'examen : 27/11/2018

Prélevé le : 27/11/2018 à 13:13

Edité le : 27/11/2018 à 14:15

Mme BAKKALI FADOUA

Dossier N° : 18114225

Service : URGENCE



HEMOSTASE

Echantillon primaire: Plasma citraté

D DIMERES COMPLET

(Technique immunoenzymatique / MiniVidas)

Recherche	:	Négatif	
Titre	:	356.74	ng/ml < 500

Dr. Ousti Fadwa
 Tél: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 00 44 77
 E-mail: f.ousti@fckm-hck.ma
 ICE HCN: 00175003000026

Le 27/11/2018 à 14:15

Signature

Dr. OUSTI Fadwa

Dr. Ousti Fadwa
Médecin Biologiste

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma
Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

