

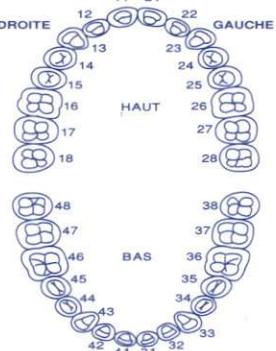
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaire, 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

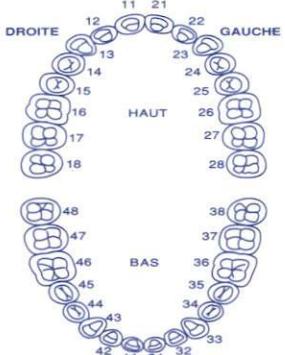
**Coefficient
des travaux**

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

DROITE	11 21	GAUCHE
12	22	
13		23
14		24
15		25
16		26
17		27
18		28
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 4549

Nom & Prénom BERDAI Nahame d

Fonction Retraité

Phones 066103375

Mail mberda12@yahoo.fr

MEDECIN

Prénom du patient Ferdaea

Adhérent Conjoint Enfant Age 16/11/57

Date

Date 1ère visite

complément remboursement CNOAPS

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

Signature et
cachet du
médecin

Signature et
cachet du
pharmacien

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

12 AVR 2019

ACCUEIL CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

AM PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

عمليات الإحياء، الأشعة و المصور

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

صف العمليات المجرأة

description des actes effectués

CIM-10

جد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدین الطبیعین

$\frac{Z_2}{Z_1} = \boxed{}$

22

التاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

Instructions à suivre

تحفظات 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.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التعاقدية

Identification de l'agent :
Date de dépôt du dossier :
تاريخ الإيداع :

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 المشتراء واثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التغاضدية التي تنتهي 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 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة 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 طبقاً للمساطر القانونية.

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



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01

مراجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : BAKKAL Fadoual 113183

N° Affiliation : 559 298843

N° Immatriculation : A169156

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : El Rue Larache App 8 Hay esclarca

Montant des frais (Dhs) : 199398

Nombre de pièces jointes : 11

Déclaration du méddenin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : BAKKAL Fadoual 16101853

Date de naissance : A169156

N° CIN :

Sexe* : M ذكر F أنثى

Identification du médecin traitant

N° INP : 090061862

Type de soins

Maladie * مرض *

Maternité * أمومة *

Hospitalisation * استشفاء *

Accident * حادث *

Pli confidentiel remis* : Oui Non

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

أشهر بصدقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : حرر بـ :

le : في :

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي :

تاریخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس* :

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الإستدلالي للممارس :

نوع العلاجات

تم تقديم الطرف المغلق* :

تاریخ الحمل :

التاريخ المرتفق للولادة :

تاریخ الاستئصال :

تاریخ الحادث :

أسباب الحادث :

أصرح بصدقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

حرر بـ : في :

le : في :

توقيع الطبيب المعالج او المؤسسة الخجنة

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

* انشط الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع



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	-	8 000,00 200,00	1	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

150914112017SA-004

Prénom : FADOUA

Nom : BAKKALI

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

Service : URGENCES

Casablanca, le :

RELAXOL 500MG/2MG

CP B20

P.P.V : 63DH10

6 118000 060833

PAYANT
Sexe: F

Lioton

Héparine sodique - usage externe

* VIGNETTE
Lioton® 1000 gel
tube de 50g
PPV 49DH50

Pharmacie
Dr BENJELLOU
Tél 05 22 39 48 12

6 118001 150021

+ Vitamine K1:

1cp x 21



53,10

+ Relaxol:

1cp x 31 J Après repas ptk 5 fs

49,60



Lioton gel:

+

102,60 1 A/B 1 J le soir

+ Ves bas de contention.

51,38

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naïri, Hay El Hassani, BP 2402 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 048 868 • www.hek.ma

Dr Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Centre Hospitalier Universitaire

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

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
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
<i>EXAMENS BIOLOGIE</i>				
- Echographie-doppler des artères des membres inférieurs	1,00	B0200	240,00	240,00
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		800,00	800,00
	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 encassé	Solde
						1 340,00

ICE : 001526686000016

FACTURE N° UF8112755

**CASA BLANCA le ,
CLIENT COMPTOIR CASA
MME FADOUA BAKKALI**

29/11/18

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 :

Cinç cent cinquante et un Dirhams, trente huit Cts

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 Goulimima - 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

RABAT : SOUSSI : 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

FÉS : Angle Av. des FAR et rue Ahmed Chbibi - 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 : 1340

Patient : F.A.D. 1942 A B.A.C. 1641

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 poplitées 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:

..... *frustré* *douloureux* *HTI* *G* *lie*

• RADIO STANDARD :

FACE

PROFIL

• ECHOGRAPHIE : *Doppler veineux des NT*

• SCANNER :

Avec injection Sans injection

Créat :

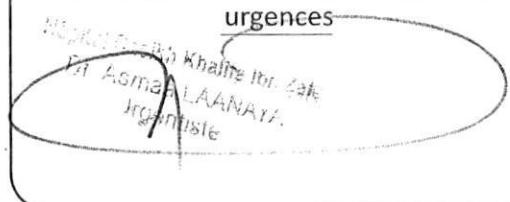
BHCG : Positive

négative

• IRM :

Pacemaker Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des urgences



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
 Dr. Asmaa bint Zaid
 MANAYA
 Anesthésie

Spécialités

 Cytogénétique
 Biologie moléculaire
 Dépistage néonatal-prénatal

 Biologie cellulaire
 Biologie médicale
 Anatomie pathologique

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

Édité 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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel : 0529 03 53 45
 Fax : 0529 00 44 77
 Email : contact@fckm.ma
 ICE N° : 0174200300026

 Le 27/11/2018 à 14:15
 Signature

Dr. OUSTI Fadwa

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taïeb 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.

