

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		
DROITE	GAUCHE				Montant des soins		
12	21	13	22	14	15	16	
15	25	16	26	17	27	28	
18	28	19	29	20	30	31	
21	31	22	32	23	33	34	
24	34	25	35	26	36	37	
27	37	28	38	29	39	40	
30	40	31	41	32	42	43	
33	43	34	44	35	45	46	
36	46	37	47	38	48	49	
39	49	40	50	41	51	52	
42	52	43	53	44	54	55	
45	55	46	56	47	57	58	
48	58	49	59	50	60	61	
51	61	52	62	53	63	64	
54	64	55	65	56	66	67	
57	67	58	68	59	69	70	
60	70	61	71	62	72	73	
63	73	64	74	65	75	76	
66	76	67	77	68	78	79	
69	79	70	80	71	81	82	
72	82	73	83	74	84	85	
75	85	76	86	77	87	88	
78	88	79	89	80	90	91	
81	91	82	92	83	93	94	
84	94	85	95	86	96	97	
87	97	88	98	89	99	100	
90	100	91		92			
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire					
DROITE	GAUCHE	H	25533412 00000000	21433552 00000000	G		
12	21		00000000	00000000			
15	25		35533411	11433553			
16	26						
18	28						
21	31						
24	34						
27	37						
30	40						
33	43						
36	46						
39	49						
42	52						
45	55						
48	58						
51	61						
54	64						
57	67						
60	70						
63	73						
66	76						
69	79						
72	82						
75	85						
78	88						
81	91						
84	94						
87	97						
90	100						
		(Création, Remont, adjonction)					
		Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					

Visa et cachet du praticien

Visa et cachet ou préfet



W18-393786

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 734

Nom & Prénom Bessanda Abdellah

Fonction : Retraite Phones : 0613 21 82 32

Mail : bessanda2016@gmail.com

MEDECIN

Prénom du patient Bessanda Abdellah

Adhérent Conjoint Enfant Age 62

Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
------------------------------	---------------------------------

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

QUELQUES CONSEILS POUR REMPLIR LA FEUILLE DE SOIN

- 1- La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les 3 mois qui suivent le premier acte médical.
- 2- les risques liés aux accidents de travail, de la voie publique et les maladies professionnelles, Pouvant être indemnisés par un tiers responsable ne sont pas couverts.
- 3- l'obligation de remboursement prise par la CMIM est subordonnée au respect des conditions réglementaires.
- 4- La présente demande est remplie par le médecin lors de chaque visite et par le pharmacien lors de l'exécution de chaque ordonnance médicale.
- 5- les ordonnances sur lesquelles doivent être collées les codes-barres de produits pharmaceutiques (à défaut joindre la partie de l'emballage portant le prix du produit) et les prospectus des produits pharmaceutiques
- 6- Facture de l'opticien : lunettes & lentilles
- 7- Prescription des analyses et radio
- 8- Copies des résultats des analyses et comptes rendus des radiographies doivent être joints aux ordonnances transmises
- 9- Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible de sanctions légales et réglementaires.

NOTE D'INFORMATION RELATIVE A LA LOI 09-08

Les données collectées par la CMIM sont nécessaires à la Gestion des remboursements des dossiers Maladie/ Maternité.

Peuvent seuls, dans la limite de leurs attributions respectives, être destinataires de ces informations: le personnel de la CMIM, les médecins conseil, les affiliés, le souscripteur, les praticiens conventionnés, le dispositif de contrôle externe et les organes de règlement du secteur en cas de besoin.

Conformément à la loi n°09-08, vous pouvez accéder aux informations vous concernant, les rectifier ou vous opposer au traitement de vos données pour motif légitime, par courrier avec accusé de réception à l'adresse suivante : CMIM, service audit interne, 36 bd d'anfa, 20000-CASABLANCA.

Ce traitement a reçu récépissé de la commission nationale de contrôle de la protection des données à caractère personnel, sous le numéro A-161/2013, en date du 28/02/2014



DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

REFERENCE DOSSIER



* M L 1 6 5 4 6 6 5 *

(Réservée à la CMIM)

D :

T :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom :

MATRICULE ASSURE : _____ N° CIN : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : Lien de parenté :

MATRICULE BENEFICIAIRE : _____

Date de naissance : _____

Montant des frais (DHS) : Nombre de pièces jointes : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLOYEUR	CACHE DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau :	
CACHET	

SIEGE SOCIAL: 36, Boulevard d'anfa – CASABLANCA Tél: 0522.20.24.20/21 Fax : 0522.26.24.51

Cette feuille est téléchargeable sur votre extranet : www.cmim.ma

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du malade : M. D. GOUIN

Nature de la maladie : Maladie de Wilson.

CIM-10: _____

Nature des prestations

Praticien	Date début et fin de soin	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INP (Obligatoire)
Médecin traitant	M/1/2017 - S		3000		8889109
Radiographie					
Analyses					

Praticien	Date début et fin de soins*	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INP (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					

* la date fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, DialysePsychothérapie..)

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INP:

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
11/11/17	Cortamgl 5 cortamgl 1 nolip 8 esac 40 Tangamgl 5 niwoj fat	02 03 01 01 01 01	12,82 13,40 157,10 226,00 51,00 14,82	15,60 10,20 157,10 226,00 51,00 14,82	
	TOTAL	09		344,70	Pharmacie les Pyramides El Mustapha GHANDAF Bis Ahdernihm Benhribet (Fk Imam)

OPTIQUE

Code INP :

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

Casablanca le: 11/11/2017

- Mme BERRADA LATifa
- $12 \times 22,80 = 273,60$
- 1- Gatoranyl 5mg ep.
 $(3 \times 13,40 = 40,20)$ 1 cp / jour \Rightarrow si $\times 6$ semaines
- 2- Gatoranyl long ep:
 $2 \text{ cp } / \text{jour}$ \Rightarrow si $\times 6$ semaines
- 3- Nolip 5mg:
 $226,00$ 1 cp / jour le soir
 Pharmacie les Pyramides
 El Mustapha GHANDAF
 Dr. Abderrahim Bouabid (Ex. Jemaa)
 Tel: 05 22 99 33 34 CASABLANCA
- 4- ESAE 40mg: \Rightarrow si $\times 6$ semaines
 $1 \text{ gélule } / \text{jour}$ le soir
- 5- Tanfanil 500mg: \Rightarrow si $\times 10$ jours
 $1 \text{ cp } \times 3 / \text{jour}$

6 - Nitrofurantoin:

24,80

1 CP x 2 Kour (S.i.)
avec Repas. X 5 jours

544,70

~~1~~

Pharmacie les Pyramides
El Mustapha Ghérida
6, Bis Bd des Pyramides
Casablanca (Ex. Jemaa)

Dr. Néha El FIHRI
Médecine Maârif
Casablanca
Tél: 02 299 33 35



RELEVE DES PRESTATIONS

Date de paiement : 29/01/2018
 Num Paiement : 356113
 Assuré : BERRADA LATIFA
 N° d'immatriculation : 10012738
 Mode de règlement : Virement
 Veuillez Consulter Notre Espace Assuré <https://assures.cmim.ma/>



BERRADA LATIFA S.G.M.B Ret
 CITE RAHA N 50 BEAUSEJOUR OASIS 22000
 CASABLANCA
 MAROC



Emis à Casablanca le : 29/01/2018

Page:2 /3

Nous avons le plaisir de vous informer ci-dessous des règlements effectués en votre faveur.

Détail de vos remboursements

N° dossier	Date de soins	Actes	Qte	Coef	Taux de Remboursement	Dépenses	Base de remboursement	Remboursement autre mutuelle ou assurance	Montant rembourse	Motif rejet
Pour BERRADA LATIFA / 10012738 \ 001CMIM0329M20180123267453										
ML1654665	11/11/2017	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	300,00	300,00	0.00	255,00	
ML1654665	11/11/2017	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	387,60	387,60	0.00	329,46	
ML1654665	11/11/2017	NOLIP 10MG	1	1.00	85.00 %	157,10	157,10	0.00	133,54	
Total remboursé pour : LATIFA						844,70			718,00	

Décompte : 356113 Date de Paiement : 29/01/2018 Prestation : 718,00 DHs

Pour vos prochaines demandes de remboursement ,notez bien que :

- La pharmacie doit être justifiée par les codes à Barres, à défaut il faut envoyer les Prix Public de Vente (PPV) et les prospectus.
- Le médecin traitant ainsi que les auxiliaires médicaux doivent renseigner obligatoirement l'Identifiant National du Praticien (INP)