

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 canalaires, 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																
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																	

Visa et cachet du praticien

Visa et cachet du praticien



W18-393786

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 734
Nom & Prénom <u>Bernarda Abdelhak</u>		
Fonction : <u>Retraite</u>	Phones. <u>0613 211232</u>	
Mail <u>bernarda2015@yahoo.com</u>		
MEDECIN		
Prénom du patient <u>Bernarda Abdelhak</u>		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>62</u>	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		
Montant de la facture		Date
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



(Réservée à la CMIM)

D:

T:	
----	--

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ (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	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau : CACHET 	

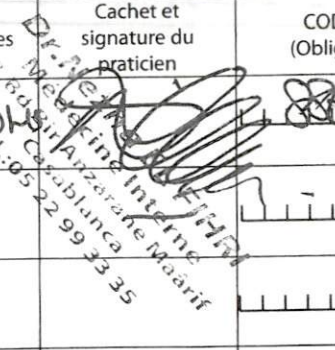
SIEGE SOCIAL : 36, Boulevard d'anfa – CASABLANCA Tél: 0522.20.24.20/21 Fax : 0522.26.24.51

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

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du malade : Mme BURRADA CATIA
 Nature de la maladie : Maladie de Horton
 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/M/2017 S	3000	3000		889/09
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, Dialyse Psychothérapie...)

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INP :

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
M/M/A/17	Cortangl 5	02	22,82	45,60	Pharmacie des Pyramides El Mustapha GHANAF 4, Bis Abdelkrim Bourbid (Ex. Jemac) Tél: 022 99 28 52 CASABLANCA
	Cortangl 1	03	13,40	40,20	
	Nolip 5	01	157,10	157,10	
	ESAC 40	01	226,00	226,00	
	Tamoxif 20	01	51,00	51,00	
	Niprilat 10	01	24,80	24,80	
	TOTAL	09	55,10	544,70	

OPTIQUE

Code INP :

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

Dr. Nezha ElFihri

Spécialiste en médecine interne

د. نزهة الفهري
متخصصة في الطب الباطني

Casablanca le: 11.11.2017.

Mme BERRADA LATIA
 $1 \times 22,80 = 22,80$

1- Cotaryl 5mg ep.

$1 \text{ cp } / \text{jour} \times 6 \text{ semaines}$
 $(3 \times 13,40 = 40,20)$

2- Cotaryl long ep.

$2 \text{ cp } / \text{jour} \times 6 \text{ semaines}$

3- Nolip 5mg:

$1 \text{ cp } / \text{jour} \times 6 \text{ semaines}$
 $226,00$

4- ESAE 40mg:

$1 \text{ gélule } / \text{jour} \times 6 \text{ semaines}$

51,00

5- Tangaril 500mg:

$1 \text{ cp } \times 3 / \text{jour} \times 10 \text{ jours}$

Pharmacie les Pyramides
El Mustapha GHANDAF
Bis Abdelrahim Saoubia (Ex. Jerrada)
Tél: 022 99 26 92 CASABLANCA

Dr. Nezha EL Fihri
Médecine Interne

Résidence Ennour 38 Angle Bd Bir Anzarane et Rue Ibnou Souraïje
Mâarif Casablanca - Tél. : 05 22 99 33 34 / 05 22 99 33 35 / Fax : 05 22 99 62 59
E-mail: nelfihri@hotmail.com

6 - Nibiol Fort:

24,80

1 cp x 3 hour
Over Repas.

(S)

X 5 jours

544,70

~~78~~

DR. NEFHA EL FERRI
Médecine Interne
Hôpital Mohammed VI
Casablanca 35
Tél: 01 21 99 33 35

Pharmacie les Pyramides
El Mustapha GHANDAF
4, Bis Abdelouahab Bouabidi (Ex Jemada)
R. 011 21 22 22 Casablanca



RELEVÉ DES PRESTATIONS

Date de paiement : 29/01/2018
Num Paiement : 356113
Assuré : BERRADA LATIFA
N° d'immatriculation : 10012738
Mode de règlement : Virement

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

Veuillez Consulter Notre Espace Assuré <https://assures.cmim.ma/>



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)