

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> <th></th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td></td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td></td> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td></td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H			G		25533412			21433552		00000000			00000000		D 00000000			00000000		35533411			11433553		Montant des soins <input type="text"/>
	H			G																								
	25533412			21433552																								
	00000000			00000000																								
D 00000000			00000000																									
35533411			11433553																									
(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 devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																										



P 14 / 0053232

DATE DE DEPOT

03 / 09 / 2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1727	Signature de l'adhérent 															
Nom & Prénom		Ben Brahim Assiya																
Fonction	Retraitée	Phones																
Mail																		
MEDECIN	Prénom du patient																	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date														
Nature de la maladie			Date 1ère visite															
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances																		
Signature et cachet du médecin 																		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires																
Signature et cachet du Pharmacien																		
PHARMACIE	Date																	
Montant de la facture																		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date																
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET															
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date																
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV						CACHET		
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 et 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



780534740055650-92

DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

Affections de Longue Durée

REFERENCE DOSSIER



(Réservée à la CMIM)

D: _____
T: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : CHRAÏBI MIOU ALI
MATRICULE ASSURE : 1006101511 N° CIN : B/19255

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : CHRAÏBI MIOU ALI Lien de parenté : le même
MATRICULE BENEFICIAIRE : 1006101511
Date de naissance : 04/07/48
Montant des frais (DHS) : Nombre de pièces jointes :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau :	
CACHET	

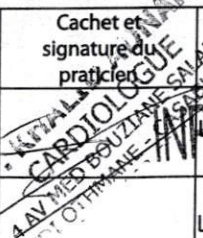
SIEGE SOCIAL : 36, Boulevard d'anfa - CASABLANCA Tél: 0522.20.24.20/21 Fax : 0522.26.24.51

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

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT.

Nom et prénom du malade : CHRISTIAN N'ON ALI
 Nature de la maladie : H.T.A - Coronarite
 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	05/07/19	CHECH	3000		INPE : 091002725
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 : INPE 092047539

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
05/07/19	Eyloric 30mg	02	43,20		
	Coralan 7,mg	03	563,00		
	Bmgat Long	03	92,80		
	Vastarel 20mg	03	150,40		
	TOTAL	11	2505,00		

OPTIQUE

Code INP :

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

Dr. ADNAN Khalid
Cardiologie

254 Av Mohamed Bouziane 1er étage
Salama III Sidi Othmane
20670

Tel.: 05 22 55 41 08
Mobile: 06 66 25 12 44 Whatsapp
Fax: 05 22 55 41 12
Email: kha_adnan@yahoo.fr
00 0 00099 2

le 05/07/2019

M. Ali CHRAIBI MIOU

43; 20 x 2
1) ZYLORIC Comprime à 300 mg Bte 28 Comprime

Prendre 1/2 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois

63,00 x 3
2) CORALAN Comprime Pellicule à 7,5 mg Bte 28 Comprime

Prendre 1 comprimé le matin et le soir, après le repas, pendant 3 mois

2,80 x 3
3) OMEPRAL 40 MG GÉLULE

Prendre 1 gélule le matin, après le repas, pendant 3 mois

50,40 x 3
4) VASTAREL LM Comprime A Lp à 35 mg Bte 60 Comprime

Prendre 1 comprimé le matin et le soir, après le repas, pendant 3 mois

Dr. ADNAN Khalid

1 = 2505,00
Dr. KHALID ADNAN
CARDIOLOGUE
254 AV MED BOUZIANE SALAMA II
SIDI OTHMANE - CASABLANCA
TEL : 05 22 55 41 08





RELEVÉ DES PRESTATIONS

Date de paiement : 29/07/2019 Num Paiement : 718276 Assuré : CHRAIBI MIOU ALI N° d'immatriculation : 10060051 Mode de règlement : Virement Veuillez Consulter Notre Espace Assuré https://assures.cmim.ma/	CHRAIBI MIOU ALI BMCE BANK "RET" BOUSKOURA GOLF CITY IMM 45 APPT 2 RDC BOUSKOURA 20000 CASABLANCA MAROC
Emis à Casablanca le : 29/07/2019	
Page:2 /2	

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 remboursé	Motif rejet
Pour CHRAIBI MIOU ALI / 10060051 \ 001CMIM0346M20190722176250										
ALD1235853	05/07/2019	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	200,00	300,00	0.00	170,00	
ALD1235853	05/07/2019	ECG (électrocardiographie)	1	1.00	85.00 %	100,00	100,00	0.00	85,00	
ALD1235853	05/07/2019	OMEPRAL 20 MG (Prix : 92,8 dhs)	3	1.00	85.00 %	278,40	278,40	0.00	236,64	
ALD1235853	05/07/2019	CORALAN 7.5 MG (Prix : 719 dhs)	3	1.00	85.00 %	1 689,00	2 157,00	0.00	1 435,65	
ALD1235853	05/07/2019	VASTAREL LM 35 MG (Prix : 150,4 dhs)	3	1.00	85.00 %	451,20	451,20	0.00	383,52	
ALD1235853	05/07/2019	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	86,40	86,40	0.00	73,44	
Total remboursé pour : ALI						2 805,00			2 384,25	

Décompte : 718276 Date de Paiement : 29/07/2019 Prestation : 2 384,25 DHs

Pour vos prochaines demandes de remboursement ,notez bien que :

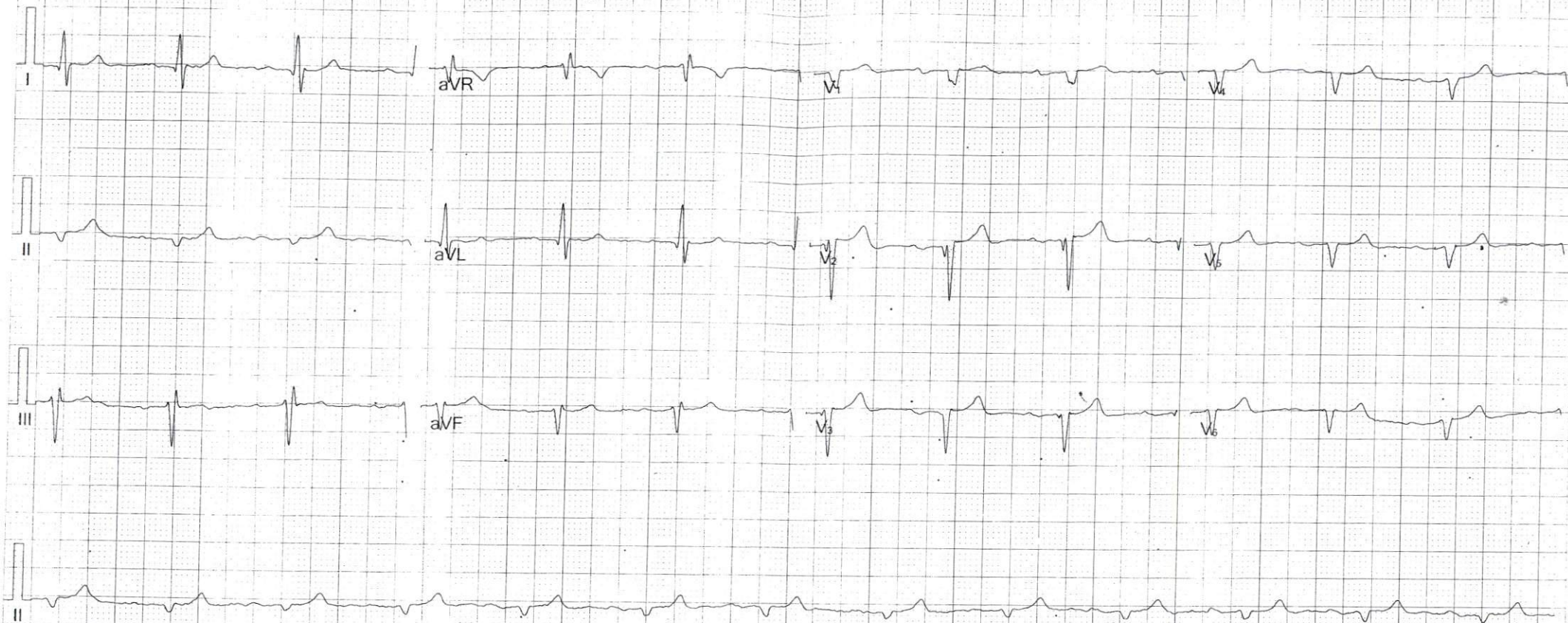
- La pharmacie doit être justifiée par les codes à Barres, à défaut il faut envoyer les Prix Public de Vente (PPV) et les prospectus.
- Le médecin traitant ainsi que les auxiliaires médicaux doivent renseigner obligatoirement l'Identifiant National du Praticien (INP)

ECG

Dr Khalid ADNAN

NOM: chraibi miou ali ID : Genre : Age : 70 DOB : 01-01-1948 Date Test: 05-07-2019 10:54
Case #: Investigation #: Médecin Référent: Dr Khalid ADNAN

10mm/mV 25mm/s



Fréquence : 1000 Hz Interval. PQ: 356 ms
Durée ECG: 25 s Interval. QT: -380 ms
FC : 74 0 bpm Interval. QTc: -49 ms
Durée P : 12 ms Axe P : 90.0°
Durée QRS : 0 ms Axe QRS : 90.0°
Durée T : -410 ms Axe T : 90.0°

Suggestion :

Signature Médecin:

Filtre Principal: On Filtre ADS: On