

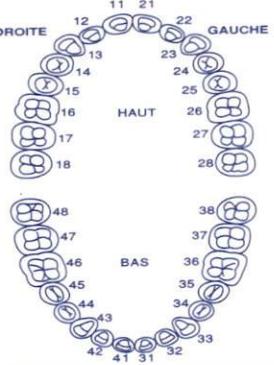
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

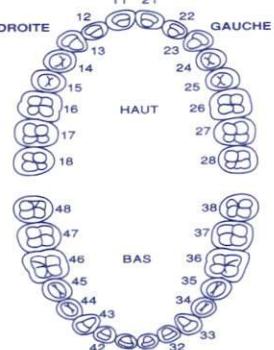
Coefficient des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

DROITE	12 13 14 15 16 17 18 48 47 46 45 44 43 42 41 31	H	25533412 00000000 00000000 35533411	GAUCHE	22 23 24 25 26 27 28 38 37 36 35 34 33 32	G	21433552 00000000 00000000 11433553
--------	--	---	--	--------	--	---	--

(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 1727

Nom & Prénom **Benbrahim Assilya**

Fonction **Retraitee** Phones

Mail

Signature de
l'adhérent
R...

MEDECIN Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age

Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

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

Nature des actes	Nbre de Coefficients	Montant détaillé des honoraires.
------------------	----------------------	----------------------------------

Signature et
cachet du
médecin

PHARMACIE	Date
------------------	------------

Signature et
cachet du
Pharmacien

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date
---------------------------------	------------

CACHET

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

AUXILIAIRES MEDICAUX	Date
-----------------------------	------------

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

(Réservée à la CMIM)

D:

T:

REFERENCE DOSSIER



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : CHRAIBI MIOU Ali

MATRICULE ASSURE : 10016101051 N° CIN : B19251

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : CHRAIBI MIOU Ali Lien de parenté : lui-même

MATRICULE BENEFICIAIRE : 10016101051

Date de naissance : 01/07/48

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 : CHRAZI M'N Ali

Nature de la maladie : HTA - 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	05/07/13	CHECH	3000	INPE. 001002725	
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 : INPE 092047539

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
05/07/13	Cyclosporine 300mg po 2	03	43,20		
	Coulan 7,5mg po 3	03	563,00		
	Bmegta 20mg po 03	03	92,80		
	Vastarel 2M 3mg po 03	03	150,40		
	TOTAL	11	850,40		

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



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



DR. KHALID ADNAN
CARDIOLOGUE
254 AV MED BOUZIANE SALAMA II
SIDI OTHMANE - CASABLANCA
TEL : 05 22 55 41 08



RELEVE 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 Assure 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

Nº 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	30/07/2019	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	200,00	300,00	0.00	170,00	
ALD1235853	30/07/2019	ECG (électrocardiographie)	1	1.00	85.00 %	100,00	100,00	0.00	85,00	
ALD1235853	30/07/2019	OMEPRAL 20 MG (Prix : 92,8 dhs)	3	1.00	85.00 %	278,40	278,40	0.00	236,64	
ALD1235853	30/07/2019	CORALAN 7.5 MG (Prix : 719 dhs)	3	1.00	85.00 %	1 689,00	2 157,00	0.00	1 435,65	
ALD1235853	30/07/2019	VASTAREL LM 35 MG (Prix : 150,4 dhs)	3	1.00	85.00 %	451,20	451,20	0.00	383,52	
ALD1235853	30/07/2019	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

