

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

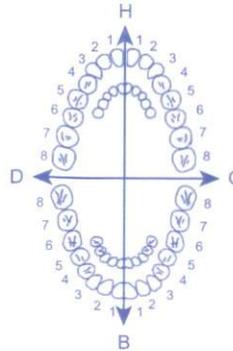
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

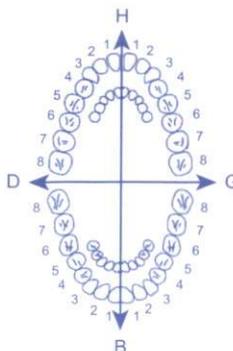
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

I) Partie Réservee Aux Actes Médicaux

إطار خاص بالخدمات الطبية

تاريخ إجراء الأعمال الطبية Date des actes médicaux	بيان وفق قائمة الأعمال الطبية Designation des actes suivant nomencl	تسليم ورقة الكشف Délivrance d'une ordonnance	فحوص و التحليلات الموصوفة Examens et analyses prescrits	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع و خاتم الطبيب Signature et cachet du médecin
04/03/2024		C			

II) Examens et Analyses Prescrits

الفحوص و التحليلات

تاريخ إجراء الأعمال الطبية Date des actes médicaux	نوعية الفحص أو التحليل Nature de l'examen ou de l'analyse	الأعمال الطبية المعامل حسب القائمة Coefficient suivant nomenclature	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع الطبيب وخاتم المؤسسة Signature du médecin et cachet de l'établissement
04/03/2024	P450x2		1000	

III) Partie Réservee Aux Actes Courants

إطار خاص بالأعمال الطبية العادية

التاريخ Date	الأعمال المزاولة actes pratiqués	العدد Nombre	الثمن Prix Unitaire	إجمالي الثمن Prix total	الدواء المستعمل Médicament utilisé	خاتم وتوقيع القائم بالأعمال Cachet et Signature du praticien

- Chaque agent est, responsable vis à vis de la C.M.S.S. des membres de sa famille.
- Ne peuvent bénéficier des prestations de la C.M.S.S. que :
 - La femme légitime, les enfants ayant moins de 21 ans et ouvrant droit aux allocations familiales.
- L'agent est tenu d'informer la C.M.S.S. des modifications portées sur la situation familiale.
- La présentation de la carte Mutuelle est obligatoire.
- Conformément à l'article 39 du statut, toute infraction (Fraude, Abus ou falsification etc...) au règlement intérieur de la caisse expose son auteur à des poursuites.

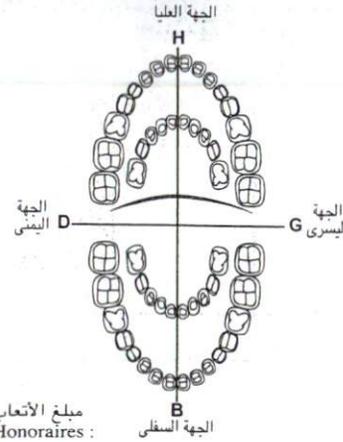
- Pièces à joindre obligatoirement au présent bulletin :
- Cas d'hospitalisation :
 - La facture détaillée et acquittée
 - La note confidentielle du Médecin traitant
 - L'ordonnance des analyses et radios.
 - Cas de consultation :
 - Ordonnance médicale achetée par la pharmacie et accompagnée des prospectus et vignettes.
 - La prise en charge est obligatoire en cas d'hospitalisation, prothèse dentaire, optique et soins spéciaux.
 - Le dossier complet doit être remis à la C.M.S.S. dans un délai d'un mois.

IV)

**إطار خاص بعلاجات الأسنان وتركيب الأجهزة الاصطناعية
Partie Réservee Aux Soins et Prothèses Dentaires**

1) Devis Dentaire

تسعيرة الأسنان



الجهة العليا		الجهة السفلى	
H	2 5 5 3 3 4 1 2	H	2 1 4 3 3 5 5 2
الجهة اليمنى	0 0 0 0 0 0 0 0	الجهة اليسرى	0 0 0 0 0 0 0 0
	0 0 0 0 0 0 0 0		0 0 0 0 0 0 0 0
	3 5 5 3 3 4 1 1		1 1 4 3 3 5 5 3

المعامل
Coefficient masticatoire

العلاجات أو الأجهزة الاصطناعية المقترحة
Soins et prothèses préconisés

التاريخ :

خاتم و توقيع القائم بالأعمال
Cachet et Signature du Praticien

2) Avis Contrôle Dentaire

رأى المكلف بمراقبة الأسنان

رقم الكفالة : P. en charge n° التاريخ :
 الأعمال :
 المعامل :
 تعويض التعاضدية :
 الباقي على حساب المشارك :

توقيع المشارك
Signature du Mutualiste

خاتم و توقيع التعاضدية
Cachet et Signature CMSS

3) Facture du Praticien

فاتورة القائم بالأعمال

التاريخ :
 الأعمال :
 المعامل :
 الثمن :

خاتم و توقيع القائم بالأعمال الذي يشهد على صحة تاريخ إجراء العلاجات
Cachet et Signature du Praticien attestant la date de l'exécution des soins

كل عمل أجري يجب الإشارة إليه في الرسم أعلاه N.B Tout acte effectué doit être mentionné sur schéma ci-dessus

V) **Partie Réservee Aux Lunettes** إطار خاص بالنظارات

1) **Devis optique** تسعيرة النظارات
Date : : الطبيب
Date : : Docteur : التاريخ

Verres	وصفة Prescription	رقم قائمة الأعمال N° Nomenclature	نوع الزجاج Nature verres	الثمن Prix	الزجاج
V. Loin: O.D.					البعد : ع يم
O.G.					ع يس
V. Près : O.D.					القرب : ع يم
O.G.					ع يس
D.F. O.D.					المزدوج : ع يم
O.G.					ع يس
Monture					الإطار :
TOTAL					المجموع :

الخاتم والتوقيع
Cachet & Signature

2) **Avis Contrôle Optique** رأي المكلف بالمراقبة

Date : : رقم الكفالة : : P. en charge n° : التاريخ

Verres :	تعويض التعاضدية Remb. C.M.S.S.	الباقى Reste à charge	الزجاج
V. Loin			البعد
V. Près			القرب
D.F.			المزدوج
Monture			الإطار :
TOTAL			المجموع

موافقة التعاضدية
Accord C.M.S.S

توقيع المشترك
Signature du Mutualiste

3) **Facture de l'Opticien** فاتورة النظارات

Date : : التاريخ

Fournitures :	Verres	الزجاج	المواد
	Monture	الإطار	
TOTAL			المجموع

الخاتم والتوقيع
Cachet & Signature

ص.ت.ض.ل.
للكالات



C.M.S.S.
REGIES

الصندوق التعاضدي للضمان الاجتماعي للوكالات م.ت.

CAISSE MUTUELLE DE SECURITE SOCIALE
DES REGIES AUTONOMES DE DISTRIBUTION

3, زقة بوشعيب فراد - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.30.41.17 - ص.ب.88 - الدار البيضاء

3, Rue Bouchaïb Ferrad - CASABLANCA - B.P.88 - Téléphone : 05.22.30.41.17

ورقة العلاجات FEUILLE DE SOINS

التعاضدي والمستفيد
MUTUALISTE & BENEFICIAIRE

NOM ET PRENOM : Kouineh Abdelhakim الإسم الكامل
MATRICULE & SERVICE : 16161616 الرقم والمصلحة
REGIE ou CENTRE : CMSS REGIES الوكالة أو المركز

NOM ET PRENOM : Moi - même الإسم الكامل
DATE DE NAISSANCE : تاريخ الازدياد
DEGRE DE PARENTE : درجة القرابة

توقيع التعاضدي
Signature du Mutualiste

En Cas d'accident في حالة حادثة
S'agit-il d'un accident occasionné par tiers : هل الحادثة تسبب فيها الغير
أشهد بشرفي على صحة المعلومات المبينة بهذا المطبوع
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés

الطبيب المعالج
PRATICIEN

NATURE MALADIE : التشخيص Date : 4/3/21 التاريخ
الخاتم والتوقيع
Cachet & Signature

التعاضدية
C.M.S.S.

ملاحظات
OBSERVATIONS Ds. N° :
خاتم و توقيع التعاضدية
Cachet & Signature CMSS

RMQS.

- BIEN REMPLIR CETTE PREMIERE PAGE POUR EVITER TOUT REJET DE VOTRE DOSSIER.
- EXTRAIT : STATUT ET REGLEMENT INTERIEUR VOIR PAGE 2



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr F. SEKKAT Dr A. LAKHMIRI Ep BRITEL

FACTURE

FACTURE : 51457

CASABLANCA LE : 02/04/2024

Analyses effectuées le: 04/03/2024

Pour.....: **Mr. KOUIDER ABDELKRIM**

Sur prescription du: Dr ELMRINIM

Code.....: 34XA4632



Organisme.....:

Montant Net : 1000.00 **Dhs**

Arrêtée la présente facture à la somme de :

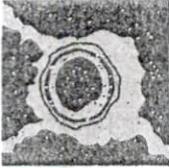
MILLES Dhs 00 Cts

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
IBN KHALDOUN
104 bis, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Chatila
Dr. F. SEKKAT
A. BRITEL

104 مكرر، زاوية عبد المومن - ا، زنقة شاتلا - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.99.37.20/21 - الفاكس : 0522.99.37.86
104 bis, Angle Bd Abdelmoumen - 1, Rue Chatila - Casablanca - Tél.: 0522.99.37.20/21 - Fax : 0522.99.37.86

Email : laboratoire.ibnkhaltdoun@gmail.com

I.F : 01085932 - Patente : 34772143 - ICE : 001676411000013



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. F. SEKKAT. Dr. A. LAKHMIRI Ep BRITEL
ANATOMOCYTOPATHOLOGISTES

Nom : KOUIDER ABDELKRIM

Docteur : ELMRINI.M

Age : 69A ans

Date de réception : 04/03/2024

Organisme :

Code Patient : 34XA4632

Organe : Prostate.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Adénome de prostate.
Résection vaporisation de prostate.

Le matériel examiné est de 10 g et correspond à l'examen histologique à des copeaux de parenchyme prostatique où la composante glandulaire est grossièrement nodulaire parfois, constituée de glandes de taille variable, petites à moyennes, à pourtours arrondis ou peu contournés et bordées d'un revêtement cylindrique régulier, clair soulevé ici et là en espèces de papilles intra-luminales. Ces glandes sont parfois de petite taille, à revêtement cubique basophile. Ces glandes sont centrées d'un matériel éosinophile, évoluant au sein d'un tissu interstitiel fibreux, pénétré d'éléments mononucléés denses en foyers, avec une composante musculaire lisse également hyperplasique et répartie de façon harmonieuse.

CONCLUSION :
- Hyperplasie adénoleiomyomateuse commune.
- Absence de spécificité ou de malignité sur ces prélèvements.

Signé : Dr. F. SEKKAT