

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-799109

Complément

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10452		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : ELAYLAoui		SETTM	
Date de naissance : 26/07/1975		A 59608	
Adresse :			
Tél. : 0661149314		Total des frais engagés :	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan
Nature de la maladie :	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adjudicataire.	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : *CHAB* Le : *05/06/2023*

Signature de l'adhérent(e) :



05/06/2023

RELEVE 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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

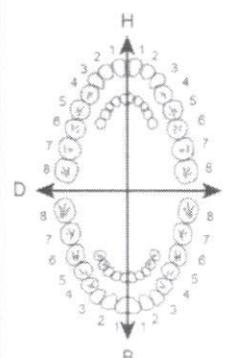
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
<hr/>	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

EXECUTION

SOINS DENTAIRES

CODE INPI (obligatoire) : 094016078

Etabli le : 28/02/93

Signature et cachet
du praticien

FRAIS PHARMACEUTIQUES

CODE INPE (Obligatoire) :

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
	TOTAL			

DEVIS

PROTHESE DENTAIRES

CODE INPE (Obligatoire) :

Etabli le :

Prothèse et Soins Dentaires :

Signature et cachet du praticien

Traitement ODF :

Date	Nº Semestre	Coef.	Honoraires
.....
.....
.....
.....
.....

CONDITIONS GENERALES D'ATTRIBUTIONS

Ne pourront être remboursés qu'après accord de la caisse :

- Les prothèses dentaires (Les prothèses esthétiques ne sont pas remboursables)
- Les traitement d'orthopédie faciale (ODF) :

- Doit être commencé avant le quatorzième anniversaire
- Le praticien traitant doit préciser la nature des malformations à corriger et indiquer la durée approximative du traitement.

Toute demande d'accord pour prothèse fixe doit être accompagnée par une radio avant traitement (« nom, cachet, date » obligatoire)

QUELQUES CONSEILS POUR REMPLIR LA FEUILLE DE SOIN

- 1- Etablir une feuille de soins par personne et par événement.
- 2- La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).
- 3- Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux-mêmes sur chaque feuille de soins.
- 5- La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les trois mois qui suivent le dernier acte médical.
- 6- Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.
- 7- Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.
- 8- L'obligation de remboursement prise par la CMIM est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

NOTE D'INFORMATION RELATIVE A LA LOI 09-08

Les données collectées par la CMIM sont nécessaires à la Gestion des remboursement 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, 35 bd d'anfa, 20000-CASABLANCA.

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



REFERENCE DOSSIER

Da Sane
18600



* D T 1 7 2 5 2 1 7 *

59446

(Réservée à la CMIM)

D:

T:

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : El H. R.HOUDAISS HASSAN

MATRICULE ASSURE : 10101541129

N° CIN : 8584943

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : El H. R.HOUDAISS Lien de parenté : Fille

MATRICULE BENEFICIAIRE : 10101541129

Date de naissance : 10/10/1962

Montant des frais (DHS) : 30000 Nombre de pièces jointes : 1

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

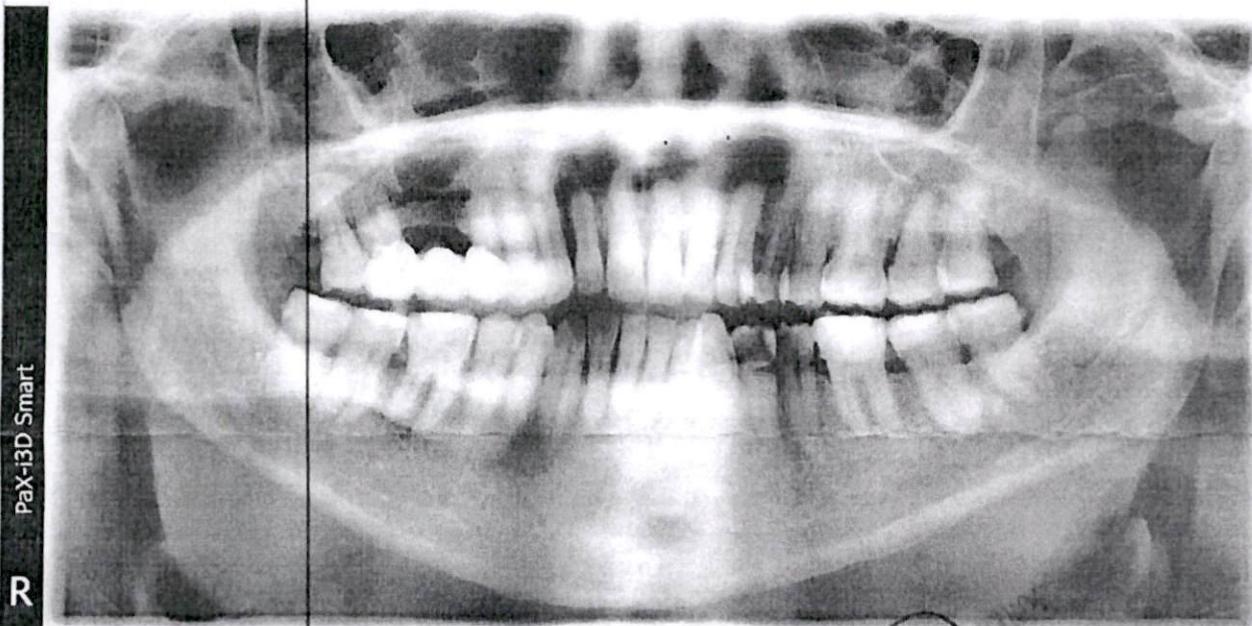
EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau :	
CACHET	

SIEGE SOCIAL : 36, Boulevard d'anfa - CASABLANCA Tél : 05 22 20 24 20 / 21 Fax : 05 22 26 24 51

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

Chart No: 20230223_112747

Name: ELRHODAIBI HASSAN Gender: Homme Age: 55Y



CLINIQUE DENTAIRE DR. TAOUFIK BENNOUNA
14, Bellevue, Casablanca, Maroc
Tél: +212 522 7875 75

EXECUTION

SOINS DENTAIRES

CODE INPE (Obrigatorio): KM1410104611

Etabli le : 23.02.202

Total des honoraires

Traitement QDF :

Date	N° Semestre	Coef.	Honoraires
.....



FRAIS PHARMACEUTIQUES

CODE INPE (Obrigatório): | | | | | | | | | |

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
.....
.....
.....
.....
	TOTAL		

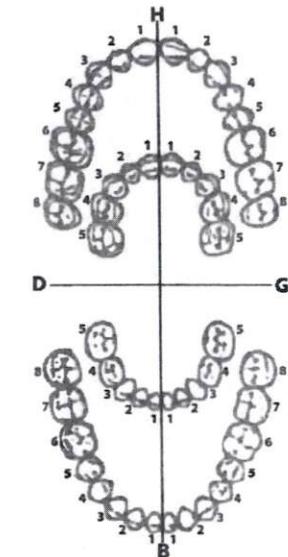
DEVIS

PROTHESE DENTAIRES

Etabli le :

Prothèse et Soins Dentaires

Prothèse et ODF sont soumises à un accord préalable de la CMIM



Traitement ODF :

Date	Nº Semestre	Coef.	Honoraires
.....
.....
.....
.....
.....

Signature et cachet du praticien

B23/133

CONDITIONS GENERALES D'ATTRIBUTIONS

Ne pourront être remboursés qu'après accord de la caisse :

- Les prothèses dentaires (Les prothèses esthétiques ne sont pas remboursables)
- Les traitement d'orthopédie faciale (ODF) :

- Doit être commencé avant le quatorzième anniversaire
- Le praticien traitant doit préciser la nature des malformations à corriger et indiquer la durée approximative du traitement.

Toute demande d'accord pour prothèse fixe doit être accompagnée par une radio avant traitement (« nom, cachet, date » obligatoire)

QUELQUES CONSEILS POUR REMPLIR LA FEUILLE DE SOIN

- 1- Etablir une feuille de soins par personne et par événement.
- 2- La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).
- 3- Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux-mêmes sur chaque feuille de soins.
- 5- La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les trois mois qui suivent le dernier acte médical.
- 6- Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.
- 7- Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.
- 8- L'obligation de remboursement prise par la CMIM est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

NOTE D'INFORMATION RELATIVE A LA LOI 09-08

Les données collectées par la CMIM sont nécessaires à la Gestion des remboursement 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, 35 bd d'anfa, 20000- CASABLANCA.

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



DEMANDE D'ACCORD / REMBOURSEMENT SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

(Réservée à la CMIM)

D:

T:

18600
Dr KARIM

DT 169407 59446

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : EL AHDAD BI HASSAN

MATRICULE ASSURE : 10954129

N° CIN : BE 84 943

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : EL RIBACKI BI HASSAN Lien de parenté : frère

MATRICULE BENEFICIAIRE : 10150567

Date de naissance : 01/01/67

Montant des frais (DHS) : 900,00 Nombre de pièces jointes : 104

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau :	
CACHET	

SIEGE SOCIAL : 36, Boulevard d'anfa - CASABLANCA Tél : 05 22 20 24 20 / 21 Fax : 05 22 26 24 51

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

RELEVE DES PRESTATIONS



الصندوق التعاوني المهني المغربي

Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine

Date de paiement : 03/04/2023
 Num Paiement : 1626226
 Assuré : EL RHODAIBI HASSAN
 N° d'immatriculation : 10054129
 Mode de règlement : Virement

EL RHODAIBI HASSAN (BANK OF AFRICA)

AUC

EL OULFA MAROC

Emis à Casablanca le : 04/04/2023

Page : 1

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

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 EL RHODAIBI HASSAN /10054129 \001CMIM0222M20230328430704										
DT169407	23/02/2023	RADIO PANORAMIQUE	1	15,00	85,00	300,00	165,00	0,00	140,25	
DT169407	23/02/2023	Détatrage haut	1	12,00		300,00	0	0,00	0,00	Délai de l'acte non respecté
DT169407	23/02/2023	Détatrage bas	1	12,00		300,00	0	0,00	0,00	Délai de l'acte non respecté
Total remboursé pour HASSAN						900,00			140,25	
Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129 \001CMIM0222M20230328430710										
DT1725217	28/02/2023	OB normal 1 ou 2 faces (46)	1	10,00	25,50	600,00	0	0,00	255,00	
DT1725217	28/02/2023	OB normal 1 ou 2 faces (47)	1	10,00	25,50	600,00	0	0,00	255,00	
DT1725217	28/02/2023	OB normal 1 ou 2 faces (48)	1	10,00	25,50	600,00	0	0,00	255,00	
DT1725217	28/02/2023	OB normal 1 ou 2 faces (37)	1	10,00	25,50	600,00	0	0,00	255,00	
DT1725217	28/02/2023	OB normal 1 ou 2 faces (36)	1	10,00	25,50	600,00	0	0,00	255,00	
Total remboursé pour HASSAN						3 000,00			1 275,00	
Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129 \001CMIM0270M20230329432639										
ML3249392	10/01/2023	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1,00	85,00	300,00	300,00	0,00	255,00	
ML3249392	10/01/2023	OXYGENOTHER. (CPAP) LOCATION	2	1,00	85,00	1 600,00	2 400,00	0,00	1 360,00	
Total remboursé pour HASSAN						1 900,00			1 615,00	
Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129 \001CMIM0280M20230331437171										
ALD1397896	05/01/2023	PHARMACIE	1	1,00	85,00	945,43	945,43	0,00	803,62	
Total remboursé pour HASSAN						945,43			803,62	
Total général remboursé									3 833,87	

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

BANK OF AFRICA
140 AVENUE HASSAN II
ANFA
CASABLANCA
MAROC



Demande de Complément D'information

N° demande 4129627

REFERENCE DOSSIER



ML3249392

RENSEIGNEMENT CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : EL RHODAIBIHASSAN
Matricule Assuré : 10054129
Collège : APP

RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : EL RHODAIBIHASSAN
Matricule du Bénéficiaire : 10054129
Lien de parenté :

COLLECTIVITE

Le complément d'information demandé sur cet
imprimé doit parvenir à la CMIM dans un délai
de 3 mois

Casablanca, le : 08/03/2023

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous avons bien reçu votre dossier
N°**ML3249392**

Cependant, nous avons besoin de ces informations indispensables
à son traitement :

-RESULTAT DU DERNIER BILAN

A noter que ce complément d'information devra nous parvenir
au plus tard 3 mois de la réception de cette lettre, le cas échéant votre dossier
sera rejetée.

Dans cette attente, veuillez agréer, Madame, Monsieur
l'expression de nos sentiments distingués.

Service Prestation

A remplir si demandé :

Nom et prénom du bénéficiaire (Avec cachet du médecin traitant) :

.....
.....
.....
.....

Nature de la maladie (Avec cachet du médecin traitant) :

.....
.....
.....
.....

Cachet & visa du médecin / pharmacie / Laboratoire / Radiologue/ clinique :

.....
.....
.....
.....

Cachet & visa de l'opticien :

.....
.....
.....
.....

Date début et fin des séances (Avec cachet du médecin traitant) :

.....
.....
.....
.....

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.

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénom du malade : El HADJ AïBÉ Massam
Nature de la maladie (1) : Hypertension
CIM-10 : I10

(e) À fournir formulaire de maladie de longue durée si ALD non déclarée (voir site CMIM)

NATURE DES PRÉSTATIONS

Praticien	Date début et fin de soins (1)	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					

(e)¹ - La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, psychothérapie ...).
- Accord préalable obligatoire

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE: 11111111

Date (jj/mm/yy) début Traitement	Date (jj/mm/yy) fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
13/01/23		INSEG 40/200mg Bte 90g	2	43,77	87,54€
PHARMACIE JEANTE 78, Cours de la Liberté LYON 3 ^e - Tél. 04 78 60 12 2 69 2 01864 1					
			TOTAL	2	87,54€

(v)² Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

OPTIQUE

Code INPE:

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(a)³- La prescription et la facture des verres sont obligatoires.

- En cas de changement d'acuité visuelle, un certificat du médecin traitant mentionnant l'ancienne et la nouvelle acuité est obligatoire pour le remboursement des verres avant délai.

QUELQUES CONSEILS POUR REMPLIR LA FEUILLE DE SOIN

- 1- Établir une feuille de soins par personne et par événement.
- 2- La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).
- 3- Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux-mêmes sur chaque feuille de soins.
- 4- 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).
- 5- La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les trois mois qui suivent le dernier acte médical.
- 6- Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.
- 7- Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.
- 8- L'obligation de remboursement prise par la CMIM est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

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 conseils, 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, 35 Bd d'Anfa, 20000 - CASABLANCA.

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



REFERENCE DOSSIER



(Réservée à la CMIM)

D:

T:

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : EL AHDABI Hassan
MATRICULE ASSURE : 1901541298 N° CIN : BE 84 943

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE

Nom et Prénom : Dr HAOUIZI HASSAN Lien de parenté : Femme
MATRICULE BÉNÉFICIAIRE : 10501567

Date de naissance : 1962-07-18 Montant des frais (DHS) : 962,94 / 1875/1/EYR0 Nombre de pièces jointes : 01
(*) L'exhaustivité et l'exhaustivité des informations remplies, vous garantissent le bon traitement de votre demande de remboursement.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau :	
CACHET	

SIEGE SOCIAL : 36, Boulevard d'anfa - CASABLANCA Tél : 05 22 20 24 20 / 21 Fax : 05 22 26 24 51

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

PHARMACIE JEANTET
 Martin MR JEANTET
 78, COURS DE LA LIBERTE
 69003 LYON
 FRANCE
 N° SIRET: 38920045200016
 Code NAF: 4773Z - FR49389200452

Page 1 / 1

FACTURE

N°546

Du 13/01/2023

Date de l'échéance 14/01/2023

EL RHODAIBI HASSAN
 18 rue pre gaudry
 69007 LYON

Opérateur: _ C

Désignation Code produit	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
INEGY 10MG/20MG CPR PLQ/ 90 3400939095677	2	40,167	2,10%	80,33
N° Lots : W016912 W016912				
Honor. dispens. HG7	2	2,703	2,10%	5,41
Montant HT		Taux TVA (*)		Montant TTC
85,74		2,1% (4)		87,54
Total HT			Total TVA	Total TTC
85,74			1,80	87,54

Mode(s) de règlement

Espèces

87,54

Reste dû

0,00

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

ARMACIE JEANTET
 78, Cours de la Liberté
 69003 - Tél. 04 78 60 12 37
 69 2 01884 1

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

(NF525) 125//1/FACTURATION/FACTURE/FVNF/N/UgME/N/kcNV/2.20.1 1 R3-24/0/B525/0370-1/187738

Docteur Jamal SIBAI

CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine

de Paris

Horaires d'ouverture :

du Lundi au jeudi 9h à 15h.

Samedi 9h à 11h.

Fermé le vendredi, samedi après-midi et le dimanche.

الدكتور جمال السباعي

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بباريس

أوقات العمل من الإثنين إلى الخميس من 9h إلى 15h

والسبت من 9h إلى 11h

العيادة مغلقة يوم الجمعة والسبت بعد الزوال والأحد

N° d'identification du praticien : 091129718

Casablanca, le 05 JAN. 2023

القسم الطبي الاستدلالي :

البيضاء ، في

Dr. J. SIBAI
CARDIOLOGUE
Angle 38, Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Araar - Casablanca
Tél.: 05 22 48 79 79 - 05 22 48 78 90

Dr. J. SIBAI
CARDIOLOGUE
Angle 38, Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Araar - Casablanca
Tél.: 05 22 48 79 79 - 05 22 48 78 90

Dr. J. SIBAI
CARDIOLOGUE
Angle 38, Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Araar - Casablanca
Tél.: 05 22 48 79 79 - 05 22 48 78 90

INEGY 10/12

19/1/6 (am)

ARMACIE JEANTE
78, Cours de la Liberté
100 3^e - Tél. 04 78 60 11
6^e 01 86 41
le 13/01/13

Dr. J. SIBAI
CARDIOLOGUE
Angle 38, Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Araar - Casablanca
Tél.: 05 22 48 79 79 - 05 22 48 78 90

زاوية 1، زفة العuar (كي لوسيك سباق) و 38 شارع للايلوت - عمارة بعسي - الطبق الأول - الدار البيضاء 20090 الهاتف : 00179045100004 - 05 22 48 79 79 / 05 22 48 78 90
Angle 1, Rue El Araar (ex.Gay Lussac) et 38, Bd. Lalla Yacout - Imm.BMCI - 1er Etage - Casablanca 20090 - Tél.: 05 22 48 79 79 / 05 22 48 78 90