

# 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																
<b>O.D.F.</b> 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																	



W18-393791

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 734
Nom & Prénom <u>Berracha Abdelhak</u>		
Fonction : <u>Recevable</u>	Phones : <u>0613218232</u>	
Mail : <u>a. berracha.2016@hotmail.com</u>		
MEDECIN		Prénom du patient <u>Berracha Abdelhak</u>
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age <u>47</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		Date .....
Montant de la facture		
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

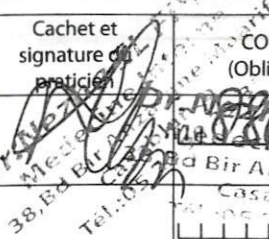
Cette feuille est téléchargeable sur votre extranet : [www.cmim.ma](http://www.cmim.ma)



PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du malade: BELRADA LATIFA  
 Nature de la maladie: Alfection Rhumatoïdique  
 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	16/01/2018	3000			
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
16/01/18	Avloxy 40	1	41,80.	41,80.	Pharmacie Les Pyramides El Mustapha - Casablanca M. Abdelhak Bouadja Tel: 022 99 29 22 CASABLANCA
	Contrancyl 9mg	2	22,80.	45,60	
	Contrancyl 9mg	4	13,40.	53,60	
	Esac 40.	1	226,00.	226,00	
	Sepeen 500	1	210,00.	210,00	
	Voliprane 1g	2	14,00.	28,00	
	TOTAL	11		605	

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: 16.01.2018.

Mme BURADA LATIFA.

41,80.

1- Autocardyl 40 mg cp (S.V) x 2 weeks  
22,80 x 2 = 45,60 1/4 cp / jour

2- Cortanyle 5 mg cp (S.V) x 2 weeks.  
45,60 1 cp / jour (S.V)

13,40 x 4 = 53,60 Cortanyle 1 mg cp (S.V) x 2 weeks.  
2 cp / jour (S.V)

226,00 4- ESAC 40 mg (S.V) x 2 weeks  
1 g / jour le soir (S.V)

1/210<sup>mg</sup> Seperen 500 mg cp (S.V) x 5 jours.  
1 cp x 2 / jour

6- Doligrane 1 g cp (S.V) x 5 jours.  
14,00 x 2 = 28,00 1 cp x 2 / jour au besoin

605,00 8- dolleur

Pharmacie les Pyramides  
El Mustapha GRANDAF

Dr. Nezha EL Fihri  
Médecine Interne  
38, Bd Bir Anzarane et Rue Ibnou Souraïja  
Mâarif Casablanca

Résidence Ennour 38 Angle Bd Bir Anzarane et Rue Ibnou Souraïja  
Mâarif Casablanca - Tél. : 05 22 99 33 34 / 05 22 99 33 35 / Fax : 05 22 99 62 59

E-mail: nelfihri@hotmail.com





### RELEVÉ DES PRESTATIONS

Date de paiement : 29/01/2018  
Num Paiement : 356113  
Assuré : BERRADA LATIFA  
N° d'immatriculation : 10012738  
Mode de règlement : Virement  
Veuillez Consulter Notre Espace Assuré <https://assures.cmim.ma/>



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



Emis à Casablanca le : 29/01/2018

Page:3 / 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 \ 001CMIM0329M20180123267468										
ML1775479	16/01/2018	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	300,00	300,00	0.00	255,00	
ML1775479	16/01/2018	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	238,00	238,00	0.00	202,30	
ML1775479	16/01/2018	CORTANCYL 5 MG (Prix : 22,8 dhs)	6	1.00	85.00 %	99,20	136,80	0.00	84,32	
ML1775479	16/01/2018	AVLOCARDYL 40 MG (Prix : 41,8 dhs)	1	1.00	85.00 %	41,80	41,80	0.00	35,53	
ML1775479	16/01/2018	ESAC 40MG 40 MG (Prix : 226 dhs)	1	1.00	85.00 %	226,00	226,00	0.00	192,10	
Total remboursé pour : LATIFA						905,00			769,25	

**Décompte : 356113 Date de Paiement : 29/01/2018 Prestation : 769,25 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)