

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
		H	25533412 21433552	D 00000000 00000000	<input type="text"/>
		G	00000000 00000000	35533411 11433553	<input type="text"/>
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					
Montant des soins					
Date du devis					
Fin de					

Vues et rapports du praticien

Vues et rapports du dentiste



W18-393791

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 734

Nom & Prénom

Berrecheh Abdellah

Fonction : Représentant | Phones. 0613218232

Mail : m.berrecheh.2016@gmail.com

CG

MEDECIN

Prénom du patient

Berrecheh Abdellah

Adhérent Conjoint Enfant

Age 72

Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

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

Y a vu

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des horariaires
		W

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

MUPRAS
08 JUL 2019
ACCUEIL

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'ASSURE (E)

Nom et Prénom :

MATRICULE ASSURE : N° CIN :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE

Nom et Prénom : Lien de parenté :

MATRICULE BÉNÉFICIAIRE :

Date de naissance :

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

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

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 : BOUCADIA YANN
Nature de la maladie : Affection Pluronatallogie
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	§ 300 DHS		Dr. M. B. A. Bir Anzar 38, Bd Bir Anzar Casablanca Tél: 0524 42 12 12	
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:

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
16/01/18	Audocare 40	1	41,80.	41,80.	Pharmacie les Pyramides El Mustapha - Casablanca Tel 02 99 26 92 00
	Cortancyl 5mg	2	22,80.	45,60	
	Cortancyl 5mg	4	13,40.	53,60	
	Esac 40.	1	226,00.	226,00	
	Sepeen 500	2	210,00.	210,00	
	Doliprane	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 BERRADA LATIFA.

41,80.

1- Autocortyl 40 mg qd: **S.V.**

$22,80 \times 2 = 114$ ep / jour $\times 2$ mois

2- Cortanyl 5 mg qd: **S.V.**

$13,40 \times 4 = 53,60$ ep / jour $\times 2$ mois.

3- Cortanyl 1 mg qd

$53,60 \times 2 = 107,20$ ep / jour $\times 2$ mois.

4- ESAC 40 mg: **S.V.**

1 gélule / jour le soir $\times 2$ mois

$\sqrt{200} = 14,00$ ep / jour $\times 2$ mois.

6- Doliprane 1 g ep: **S.V.**

$14,00 \times 2 = 28,00$ ep / jour au besoin

~~605,00. 8- doleller~~

Pharmacie les Pyramides
El Mustapha GRANDAF

Dr. Nezha EL FIHRI
Médecine Interne
38, Bd Bir Anzarane
Casablanca - Tél. : 05 22 99 33 34 / 05 22 99 33 35 / Fax : 05 22 99 62 59

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

E-mail: nelfihri@hotmail.com



RELEVE 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)