

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 canaux, 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 canaux.

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

- Réclamation : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0026190

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1480 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ELMOUSTI RACHID.
Date de naissance : 26-06-49
Adresse : Cité ATTADAMOUNE Rue 2 N°6 OULFA CASABLANCA
Tél. 0663875063 Total des frais engagés : 672,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Complément CHOPS
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : BENJALLOUN AMINA Age: 65
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : CASABLANCA

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

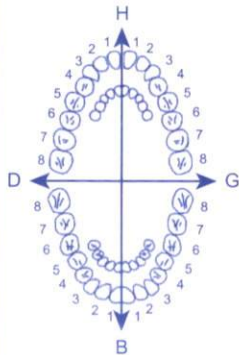
[illegible][illegible][illegible][illegible]

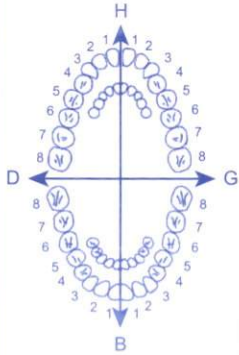
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	
			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>

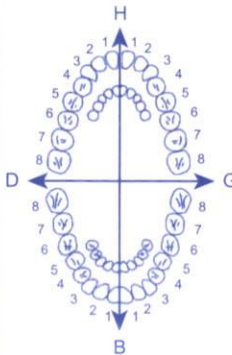
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

		DATE DU DEVIS	
		DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BENJELLOUN JAOUAD

Ancien Médecin - Chef de Centres de Santé
Diplômé en Homeopathie de L'Institut Boiron de Lyon
Lauréat de L'Université de Montpellier en ECHOGRAPHIE

- MEDECINE GENERALE -

C.E.S d'Expertise Médicale et de Réparation des Dommages Corporels
Membre fondateur du Collège National des Médecins Gestionnaires
Médecin-conseil de Compagnies d'Assurance

304, Avenue Oued Sebou, Hay Oulfa. 1er étage - Casablanca.

Tél : (0522) 90.18.96 - Fax : (0522) 90.90.84

E-mail : benjelloun_jaouad@hotmail.com

الدكتور بنجلون جواد

طبيب رئيسي للمركز الصحي سابقا
دبلوم الطب التجانسي والاكوغرافيا بفرنسا
شهادة في الخبرة الطبية وتعويض الاضرار الجسدية
- الطب العام -

عضو مؤسس للجمعية الوطنية للأطباء المسيرين
طبيب مستشار لشركات التأمين

نارغ وادي سبو، رقم 304، حي الألف - الدار البيضاء

الهاتف : (0522) 90.18.96 - فاكس : (0522) 90.90.84

E-mail : benjelloun_jaouad@hotmail.com

Casablanca

09 09 2022

Dr. Benjelloun Jaouad
Ammina

168,20

1. Augmentin 1g sachets : 2x1 sachet/j
x 8 j

30,00

2. Fluithron 800g 60 : 3x1 c. s/j

45,80

3. Enronex cp : 2x1 cp/j

50,10

4. Nabone 1000g : 2 pulvérisations/j
le matin

28,10

5. Fogalbe 1g : 3x1 c. s/j
avant le repas.

38,20

Dr. BENJELLOUN JAOUAD
Ancien Médecin - Chef de Centres de Santé
Diplômé en Homeopathie de L'Institut Boiron de Lyon
Lauréat de L'Université de Montpellier en ECHOGRAPHIE
- MEDECINE GENERALE -
C.E.S d'Expertise Médicale et de Réparation des Dommages Corporels
Membre fondateur du Collège National des Médecins Gestionnaires
Médecin-conseil de Compagnies d'Assurance
304, Avenue Oued Sebou, Hay Oulfa. 1er étage - Casablanca.
Tél : (0522) 90.18.96 - Fax : (0522) 90.90.84
E-mail : benjelloun_jaouad@hotmail.com

Dr. BENJELLOUN JAOUAD

Ancien Médecin - Chef de Centres de Santé
Diplômé en Homeopathie de L'Institut Boiron de Lyon
Lauréat de L'Université de Montpellier en ECHOGRAPHIE

- MEDECINE GENERALE -

C.E.S d'Expertise Médicale et de Réparation des Dommages Corporels
Membre fondateur du Collège National des Médecins Gestionnaires
Médecin-conseil de Compagnies d'Assurance

304, Avenue Oued Sebou, Hay Oulfa. 1er étage - Casablanca.

Tél : (0522) 90.18.96 - Fax : (0522) 90.90.84

E-mail : benjelloun_jaouad@hotmail.com

الدكتور بنجلون جواد

طبيب رئيسي للمركز الصحي سابقا
دبلوم الطب التجانسي و الاكوغرافيا بفرنسا
شهادة في الخبرة الطبية وتعويض الاضرار الجسدية
- الطب العام -

عضو مؤسس للجمعية الوطنية للأطباء المسيرين
طبيب مستشار لشركات التأمين

دارع وادي سبو، رقم 304، حي الألفة - الدار البيضاء
الهاتف : (0522) 90.18.96 - فاكس : (0522) 90.90.84

E-mail : benjelloun_jaouad@hotmail.com

Casablanca , le 05.09.2012

Dr. Benjelloun Jaouad

(Bronchites à répétition)

Radiographie pulmonaire

face

Centre de Radiologie et d'Imagerie
304, Avenue Oued Sebou, Hay Oulfa
Tél : (0522) 90.18.96 / Fax : (0522) 90.90.84

Dr. BENJELLOUN JAOUAD
Diplômé de l'Institut Boiron de Lyon
HOMEOPATHIE - ECHOGRAPHIE - CAS
304, Av. Oued Sebou Hay Oulfa - Cas
Tél : 05 22 90 18 96 / Fax : 05 22 90 90 84



NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 40 doses
P.P.V: 50,10 DH
Distribué par MSD Maroc



PPV: 168,20 DH
LOT: 647173
PER: 12/22

AUGMENTIN 1 g/125 mg
16 sachets



Fluibron® 0,3%
Ambroxol

Fluibron®

Ambroxol
Sirop
Flacon 200ml
PROMOPHARMA S.A.



ENROUEX®
10 comprimés à sucer



ENROUEX®

Propolis - Vitamine C
Eucalyptus - Echinacea - Gingembre

Propriété: 09/2024 PFC 45.00

ENROUEX est composé de plantes dont les propriétés sont bénéfiques pour la gorge et les voies respiratoires.

PPV (DH):

LOT N°:

VOGALENE® 0,1%
SOLUTION BUVALE 150ML



CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II.

Ex médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

Docteur Bouchaib ELMDARI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 08/09/2022

FACTURE N°08595/2022

NOM & PRENOM: BENJALLOUN AMINA

EXAMEN	MONTANT
RX. POUMONS DE FACE	200 DH
TOTAL	200 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :DEUX CENTS DH TTC

Centre de Radiologie El Oulfa
Bd. Oum Rabii - Rue 50, N°2 - 20220 Casablanca
Tél : 05 22 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 - Fax 05 22 93 56 31
El 05 22 93 04 93

Docteur Fatiha LASRI
Médecin Radiologue

Bd. Oued Oum Rabii – Rue 50, N°2- Oulfa – 20220 Casablanca
Tél. : 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 – Fax 0522 93 563Capital: 100 000, 00
Dhs - RC: SCP – TP: 37989156 – IF: 4049398 – ICE: 001581917000057
E-mail: radiologie-oulfa@.com

Docteur Fatiha LASRI
Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex Médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam

Dr Bouchaïb EL MDARI
Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex-Médecin attaché au CHU Ibn Rochd

- Scanner Spirale Corps Entier
- Dentascanner - Panoramique Dentaire
- Echographie Générale

- Echographie-Doppler Couleur
- Echographie Ostéo Articulaire
- Radiologie Numérisée

- Ostéodensitométrie
- Mammographie Numérisée
- Radiographie Rachis Entier
- Radio - Photo

Casablanca, le 08/09/2022

PATIENT : **BENJALLOUN AMINA**
MEDECIN TRAITANT : **DR. BENJELLOUN Jaouad**
EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX. POUMONS DE FACE**

- Thorax modérément distendu avec aplatissement des coupoles diaphragmatiques.
- Syndrome bronchique basal droit.
- Absence de foyer parenchymateux d'allure évolutive.
- Silhouette cardiomédiastinale d'aspect normal.
- Culs-de-sac pleuraux libres.

Conclusion :

- Thorax modérément distendu.
- Syndrome bronchique basal droit.
- Le reste de l'examen est sans particularité.

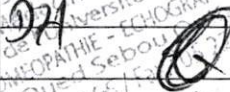

N.C

**Confraternellement
DR. LASRI FATIHA**

(Signature)
Centre de Radiologie El Oulfa
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N°2
Casablanca - 20220
Tel: 05 22 93 04 93 - Fax: 05 22 93 56 37

(Signature)
Médecin Radiologue

وصف العمليات المجراة

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفقوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant
25.09.2022		C		150,00 DH	
20.09.2022		entide			

CIM - 10

جاءت الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممولة

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
09.09.2022	322,٤٠	Dr. J. BACHA Lar far Bd Oued Bouregba - Sidi CASABLANCA Tél: 0522 80 18 99
	INP : [][][][][][][][][][] [INPE: 092056433]	
	INP : [][][][][][][][][][]	
	INP : [][][][][][][][][][]	

عمليات الأحياء، الأشعة والصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste -
08/09	A. Zouhal	70	Liv	Centre de Radiologie El Ouhl Bd. Dum Rami - Rue 3014 2 Casablanca - 20220 Tel: 05 22 93 56 Fax: 05 22 93 56	
11		PA-60			
INP : 041142357					
INP :					
INP :					

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.);

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la Tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

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. (Article 135 de la Loi 65 - 00);

Pour plus d'informations, visitez le site www.cnops.org.ma ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al KHALIL, B.P 209- Rabat.

يجب تعبئة ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...).

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاضدية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل).

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية التي تنتمون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وإرجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الاخلال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين إسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة الخليل ص.ب 209 الرباط.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري): N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ة)

الاسم العائلي والشخصي: **BENJALLOUN Amina**
Nom et prénom :
رقم الانخراط: **1513844**
N° Affiliation :
رقم التسجيل: **03212301532**
N° Immatriculation :
رقم بطاقة التعريف الوطنية: **178767**
N° CIN :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة): **ابن** ☒ Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*

العنوان: **cité Tadamone rue 2, n° 6 Azkari Eloulfa CASABLANCA**
Adresse :

إجمالي المصاريف (بالدرهم): **672,20 DH**
Montant des frais (Dhs) :
عدد الوثائق المرفقة: **09**
Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

الاسم العائلي والشخصي: **Benjaloun Amina**
Nom et prénom :
تاريخ الزيادة: **21/11/15**
Date de naissance :
رقم بطاقة التعريف الوطنية: **178767**
N° CIN :
الجنس*: **أنثى** ☒ Féminin ☐ Masculin ذكر ☐ Sexe* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج: **091082954**
N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

نوع العلاجات: **مرض** ☒ * Maladie*
تم تقديم الطرف المغلق*: **oui** ☐ non ☐
Pli confidentiel remis*:
تاريخ الحمل: **11/11/15**
Date de grossesse :
التاريخ المرتقب للولادة: **11/11/15**
Date prévue d'accouchement :
تاريخ الاستشفاء: **11/11/15**
Date d'hospitalisation :
تاريخ الحادث: **11/11/15**
Date d'accident :
أسباب الحادث: **حرق**
Causes :

فعل في: **CASABLANCA**
Fait à :
في: **21/11/15**
Le :
توقيع المؤمن (ة)
Signature de l'assuré(e)
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
فعل في: **CASABLANCA**
Fait à :
في: **21/11/15**
Le :
أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

* Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع علامة في الخانة المناسبة

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent :

تاريخ الإيداع: **11/11/15**
Date de dépôt du dossier :



MME BENJALLOUN AMINA
CT ATTADAMOUN R Z N 6 AZ
OULFA
CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

Accusé de Réception



N° de Dossier : 76308931 Date et heure : 16/09/2022 11:16
Nom et prénom Assuré : BENJALLOUN AMINA
Immatriculation : 93230532 / 090018027
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: BENJALLOUN AMINA / 01
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS
Lieu de réception : CASA 90171
Valeur en Dirhams : 672,20 Nombre de pièces : 9
Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE489
Nom Etablissement :



En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information	EN COURS DE TRAITEMENT 1	PAYE	NON PAYE 1
-------------	--------------------------	------	------------

Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 2	-	31/10/2022	Virement	-	1 436,40	867,57	98,60	966,17
76308931	16/09/2022	Payé en : 45 jours		BENJALLOUN AMINA	672,20	434,20	33,00	467,20
76309152	16/09/2022	Payé en : 45 jours		BENJALLOUN AMINA	764,20	433,37	65,60	498,97
1	-	03/10/2022	Virement	-	969,70	250,02	40,58	290,60
1	-	30/07/2022	Virement	-	2 144,80	1 177,79	252,53	1 430,32
1	-	02/07/2022	Virement	-	539,10	192,66	21,61	214,27
2	-	06/06/2022	Virement	-	4 412,10	2 114,50	134,80	2 249,30
1	-	02/06/2022	Virement	-	308,90	130,01	18,09	148,10
1	-	12/05/2022	Virement	-	1 950,00	600,00	75,00	675,00
1	-	16/03/2022	Virement	-	682,10	471,40	67,32	538,72
1	-	01/03/2022	Virement	-	988,70	447,48	96,10	543,58