

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>

s à suivre

une feuille de soins par personne et
enement.

feille de soins doit être accompagnée de
toutes les pièces justificatives originales
(ordonnances médicales, factures, résultats
des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée
doivent être portés par les praticiens eux mêmes
sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les
médicaments achetés doivent être joints aux
ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces
justificatives doivent être présentées à la
CNOPS dans les deux mois qui suivent le
premier acte médical, sauf s'il y a traitement
médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier
doit être présenté dans les soixante (60) jours
qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera
effectué sur la base de la tarification nationale
de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et
maladies professionnelles ne sont pas couverts.

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.

L'obligation de remboursement prise par la
CNOPS est subordonnée au respect des
conditions réglementaires et de ce qui précède.

تعليمات يجب الاباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل
حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية
(وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو
المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من
طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية
المشتارة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاثبتاتية إلى
الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي في
ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما
عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة،
يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما)
من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصاروفة على أساس التعريفة
الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض
المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة
من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر
القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات
الاحتياط الاجتماعي و herein باحترام الشروط القانونية
وكل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع التأمينية
Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de Soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01

مراجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : BOUHATI SAIDA

رقم الاتخراط : 1218031418

رقم التسجيل : 1152177114815

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 1813141101118

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Joint conjoint زوج Enfant ابن

العنوان : 64 lot 188 مجمع ساندري

مبلغ المصارييف : 601 درهم

Nombre de pièces jointes : 24+ prospectus

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : BOUHATI SAIDA

تاريخ الإزدياد : 11/06/1971

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 091039412

الجنس * : ذكر أنثى

Identification du médecin traitant

N° INP

091039412

Type de soins

نوع العلاجات

Maladie * مرض * Pli confidentiel remis : Oui Non

رقم الوطني الاستدلالي للإنتظام

Maternité * أمومة * Date de grossesse :

119.03.01.01.01.01

Hospitalisation * استشفاء * Date prévue d'accouchement :

119.03.01.01.01.01

Accident * حادث * Date d'hospitalisation :

119.03.01.01.01.01

Causes :

119.03.01.01.01.01

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : 119.03.01.01.01.01

حرر بـ : 119.03.01.01.01.01

Le : 19/03/2010 توقيع المؤمن له (لها)

Fait à : 119.03.01.01.01.01

Signature de l'assuré (e)

حرر بـ : 119.03.01.01.01.01

Dr. CARIOU

Endocrinologue

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

119.03.01.01.01.01

Maârif - CASABLANCA

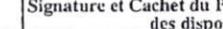
INP : Identification Nationale du Professionnel
• Cocher la mention utile pour chaque case

أشطب الخانة *

CIM-10

مجرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur des dispositifs médicaux
19/12/ 2018	351,30	 Dr. Sana CHRAIBI 48, Lot. Essaouira 05 23 97 40 65

[NP: | | |

INP: | | | | | | | |

INP : | | | | | | | |

THE JOURNAL OF CLIMATE VOL. 17, NO. 10, OCTOBER 2004

INP :

JNP: [] [] [] [] [] [] []

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

INP: | | | | | | | |



CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES
DE PRÉVOYANCE SOCIALE
Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

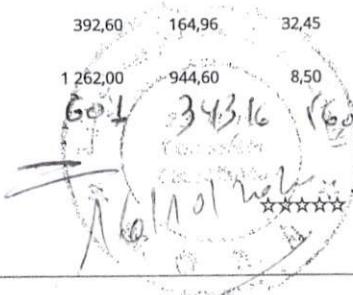
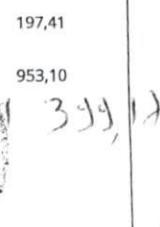
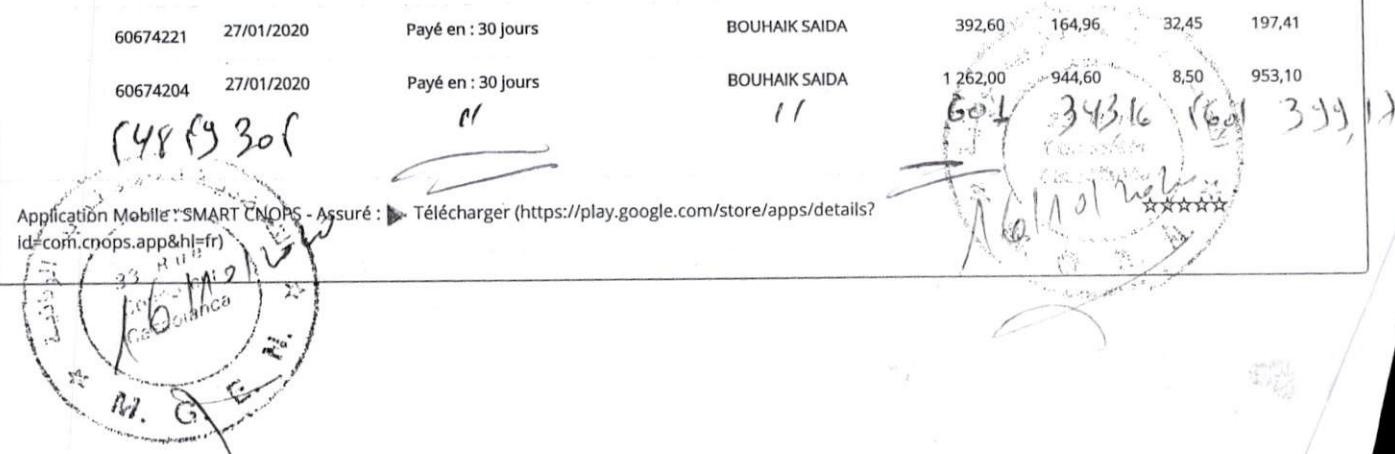
EMPLOYEURS

CNOPS

Accueil > Application > assure app

lock (/portailapps/www/index.php/assures/auth) **Assure** Remboursements Prises en charge Immatriculation Menu ▾

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 Mutualées gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information	ENREGISTRE 2	EN COURS DE TRAITEMENT 7	PAYE	NON PAYE 1																																																																								
<p>💡 Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nb.Dossier(s)</th> <th>Date de réception</th> <th>Date Paiement</th> <th>Mode Paiement</th> <th>Bénéficiaire</th> <th>Frais engagés</th> <th>AMO</th> <th>Mutuelle</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- 1</td> <td>-</td> <td>16/06/2020</td> <td>Virement</td> <td>-</td> <td>1 345,00</td> <td>1 122,80</td> <td>8,50</td> <td>1 131,30</td> </tr> <tr> <td></td> <td>61824540</td> <td>20/04/2020</td> <td>Payé en : 56 jours</td> <td>BOUHAIK SAIDA</td> <td>1 345,00</td> <td>1 122,80</td> <td>8,50</td> <td>1 131,30</td> </tr> <tr> <td>- 1</td> <td>-</td> <td>11/05/2020</td> <td>Virement</td> <td>-</td> <td>700,00</td> <td>120,00</td> <td>5,00</td> <td>125,00</td> </tr> <tr> <td></td> <td>61703870</td> <td>21/04/2020</td> <td>Payé en : 20 jours</td> <td>BOUHAIK SAIDA</td> <td>700,00</td> <td>120,00</td> <td>5,00</td> <td>125,00</td> </tr> <tr> <td>- 2</td> <td>-</td> <td>26/02/2020</td> <td>Virement</td> <td>-</td> <td>1 654,60</td> <td>1 109,56</td> <td>40,95</td> <td>1 150,51</td> </tr> <tr> <td></td> <td>60674221</td> <td>27/01/2020</td> <td>Payé en : 30 jours</td> <td>BOUHAIK SAIDA</td> <td>392,60</td> <td>164,96</td> <td>32,45</td> <td>197,41</td> </tr> <tr> <td></td> <td>60674204</td> <td>27/01/2020</td> <td>Payé en : 30 jours</td> <td>BOUHAIK SAIDA</td> <td>1 262,00</td> <td>944,60</td> <td>8,50</td> <td>953,10</td> </tr> </tbody> </table> <p>(48 93 30 6)  11 11  604 343,16 (601 399,17)  </p>					Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total	- 1	-	16/06/2020	Virement	-	1 345,00	1 122,80	8,50	1 131,30		61824540	20/04/2020	Payé en : 56 jours	BOUHAIK SAIDA	1 345,00	1 122,80	8,50	1 131,30	- 1	-	11/05/2020	Virement	-	700,00	120,00	5,00	125,00		61703870	21/04/2020	Payé en : 20 jours	BOUHAIK SAIDA	700,00	120,00	5,00	125,00	- 2	-	26/02/2020	Virement	-	1 654,60	1 109,56	40,95	1 150,51		60674221	27/01/2020	Payé en : 30 jours	BOUHAIK SAIDA	392,60	164,96	32,45	197,41		60674204	27/01/2020	Payé en : 30 jours	BOUHAIK SAIDA	1 262,00	944,60	8,50	953,10
Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total																																																																				
- 1	-	16/06/2020	Virement	-	1 345,00	1 122,80	8,50	1 131,30																																																																				
	61824540	20/04/2020	Payé en : 56 jours	BOUHAIK SAIDA	1 345,00	1 122,80	8,50	1 131,30																																																																				
- 1	-	11/05/2020	Virement	-	700,00	120,00	5,00	125,00																																																																				
	61703870	21/04/2020	Payé en : 20 jours	BOUHAIK SAIDA	700,00	120,00	5,00	125,00																																																																				
- 2	-	26/02/2020	Virement	-	1 654,60	1 109,56	40,95	1 150,51																																																																				
	60674221	27/01/2020	Payé en : 30 jours	BOUHAIK SAIDA	392,60	164,96	32,45	197,41																																																																				
	60674204	27/01/2020	Payé en : 30 jours	BOUHAIK SAIDA	1 262,00	944,60	8,50	953,10																																																																				

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr>)

half
601,00

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle
ENDOCRINOLOGIE METABOLISME
Lauréate de La Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جووبيك

اختصاصية في أمراض الغدد والتغذية

خريجة كلية الطب بباريس

m^{me} BOUTHAÏK Saida

Casablanca, le : 19/12/18 ! !

6,80 x 3

LEVOTHYROX 25

1cp le matin - offert

PREZAAZ 25 149,20 d2

1cp/j

KALIDEFT 75 1 midi

Charmacie AL ABDELLAH
Dr. Saida CHRAIBI
Essarana
48, Bd. Maârif
Tél. 05 22 26 53
05 22 26 65
05 22 26 70

AB Dure F 1 dose tous les 2 mois, en
hiver, trois fois les trois mois en été

32,50 mois 12-02-04 - 07-10.

1fl. 84,70 d2
1 cuillère aps (NS) repas de midi et soir

7 = 35,130

Dr. CARIOU - BELQADI Joëlle
ENDOCRINOLOGIE
119, Bd. BIR ANZARANE
Maârif - CASABLANCA

119, شارع بئر انزاران - إقامة رمزي، باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 99 26 53 - 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67

119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maârif - 20100 CASABLANCA

Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr

PPV 149 DH
PER 05/21
LOT H1156

PREZAR 100mg
Losartan

28 comprimés pelliculés

6118000 041337

PPV 06/21
PER 06/21
LOT H1513

PREZAR 100mg
Losartan

28 comprimés pelliculés

6118000 041337

COOPER PHARMA

PPV : 6,80 DH

6118001 102006

COOPER PHARMA

PPV : 6,10 DH

6118001 102006

COOPER PHARMA

PPV : 6,80 DH

6118001 112006