

## 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.



## Déclaration de Maladie

M23- 020636

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12706 Société : RAN 172692  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL KARROUNI Rhita  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : 066697545 Total des frais engagés : 3000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : JADOT RYAD Age : 11  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Complément de données  
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 : 25/08/2023  
Signature de l'adhérent(e) : 

### 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.

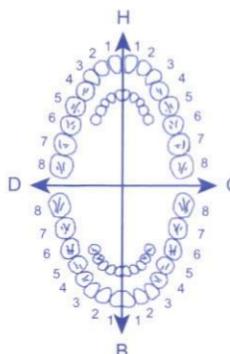
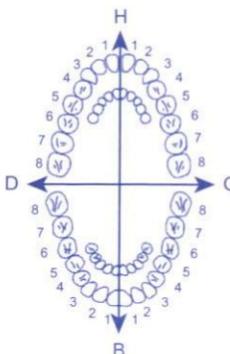
MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

[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.					
<b>Important :</b> 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		
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/> </div>	
OD.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>                          25533412                          00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">                         21433552                          00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">                         00000000                          35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">                         00000000                          11433553  <b>B</b> </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/> </div>	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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).

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

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

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

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأدمنتها بالوصفات المرسلية.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle 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.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعااضدية التي تنتمون إليها 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.

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

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

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

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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.

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

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

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

Cachet et signature de la mutuelle	توقيع وطابع التعااضدية
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 - مرجع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

### Partie réservée à l'assuré(e)

### خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **JAIDI Mounier** الاسم العائلي و الشخصي  
N° Affiliation : **55 222** رقم الانخراط  
N° Immatriculation : **710604** رقم التسجيل  
N° CIN : **AB III 927** رقم بطاقة التعريف الوطنية  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* : **Conjoint** علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

Adresse : **Residence El Houssein, B.D Ghandi, Imb 16, Apt 1, 20210 Casablanca** العنوان  
Montant des frais (Dhs) : **3000,00 Dhs** مبلغ المصاريف (درهم)  
Nombre de pièces jointes : **6** عدد الوثائق المرفقة

### Déclaration du médecin traitant

### تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **JAIDI RYAD** المستفيد من العلاجات  
Nom et prénom : **JAIDI RYAD** الاسم العائلي و الشخصي  
Date de naissance : **18 06 12** تاريخ الأزداد  
N° CIN : **18 06 12** رقم بطاقة التعريف الوطنية  
Sexe\* : **M** ذكر **F** أنثى الجنس\*

### Identification du médecin traitant

### تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **091027219** الرقم الوطني الاستدلالي للممارس

### Type de soins

### نوع العلاجات

Maladie *	مرض *	Pli confidentiel remis* :	Oui	Non	تم تقديم الظرف المغلق *
Maternité *	أمومة *	Date de grossesse :	تاريخ الحمل :		
Hospitalisation *	إستشفاء *	Date prévue d'accouchement :	التاريخ المرتقب للولادة :		
Accident *	حادثة *	Date d'hospitalisation :	تاريخ الإستشفاء :		
		Date d'accident :	تاريخ الحادث :		
		Causes :	أسباب الحادث :		

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.  
Fait à : **Casablanca** حري : **12 06 2023**  
le : **12 06 2023**  
توقيع المؤمن له (لها)  
Signature de l'assuré (e)

\* INP : Identification Nationale du Praticien  
\* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

### وصف العمليات المجراة

CDM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

[illegible]

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المحفوتر Montant facture	توقيع و ملاحظات طبيب الأشعة أو الإحصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Bijologiste
13/06/2015	B 2153		-	2800000	
12/06/2015		Z4		2000000	

Dr. A. ADIL



091035766

### Actes Paramédicaux

### 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 و ملاح المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical



# مركز الفحص الطبي بالأشعة الروداني CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU

Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH

Dr. Wafae MSEFER FAROUQI

Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI

Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -

Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie

Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie

I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, Le 12/06/2023

Patient

JAIDI RYAD

Examen(s) réalise(s)

AGE OSSEUX (POIGNET GAUCHE FACE)

## COMPTE RENDU

Age chronologique : Garçon de 10 ans.

### Résultat:

L'âge osseux selon l'Atlas de Greulich et Pyle est celui d'un garçon de 8 ans.

En vous remerciant de votre confiance

Dr. A. ADIL  
CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI  
400, Bd Brahim Roudani 1<sup>er</sup> étage - Maârif, 20100 Casablanca - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma  
Tél.: 0522 23 50 70 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68  
RC : 500035 - CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040

## Laboratoire Anoual

Laboratoire de Biologie Médicale  
Biologie moléculaire  
Biologie Spécialisée  
Radio immuno-analyse  
Diagnostic Prénatal



مختبر أنوال

**Docteur Jamal FEKKAK**

Radio-biologiste  
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris  
Diplômé de l'Université Paris VII  
et de l'Institut Pasteur de Paris  
Biologiste Qualiticien

FACTURE N° 2301130006

Enf Ryad JAIDI

Demande N° 2306130006

Date de l'examen : 13-06-2023

Analyses :

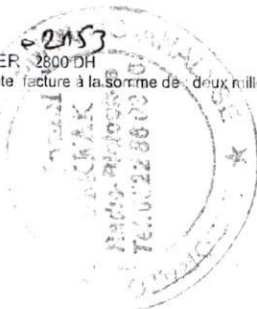
### Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Vrl	Clefs
	GH/GUCAGON+ B-BLOQUANT	E2100	E

Total des B : 0 - 2153

TOTAL DOSSIER : 2800 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux mille huit cents dix ans DH



**Il est Strictement Interdit de Changer les Noms,  
Prénoms et les Dates des Analyses.**

Angle Bd. Anoual-Bd d'Alexandrie, Quartier des Hôpitaux-Casablanca - Tél.: 05.22.86.03.36 / 06 59 27 33 92 - Fax : 05.22.86.04.97  
زاوية شارع أنوال وشارع الاسكندرية حي المستشفيات الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86 03 36 / الفاكس : 06 59 27 33 92 / 05 22 86 04 97  
Email : laboratoire-anoual@outlook.fr Site web : www.labanoual.ma - IF : 42032540 - ICE N° 001703721000037 - INP: 093000883

**Dr. Mohammed BENNOUNA**

**PEDIATRE**

Diplômé de la faculté de Médecine  
de Lille (France)  
Réanimation Néonatale  
ph.Métrie, Endoscopie digestive  
et Proctologie Pédiatrique  
Diplômé de la faculté de Médecine  
Xavier Bichat- Paris



**الدكتور محمد بنونة**

إختصاصي في أمراض الأطفال و الرضع  
خريج كلية الطب بليل (فرنسا)

إنعاش المولود الجديد  
شهادة جامعية في فحص المعدة و الأمعاء  
بالشعاع الداخلي للأطفال (باريس)

**12.06.2023**

Casablanca, le ..... في الدار البيضاء،

**Enfant JAIDI RYAD**

Age : 10 ans 11 mois

Poids : 27,80 Kg

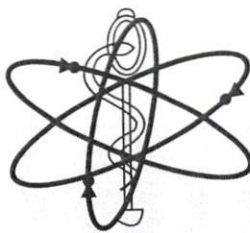
TEST DE STIMULATION DE L'HORMONE

Dr. Mohammed Benouna  
**Dr. M. BENNOUNA**  
**PEDIATRE**  
220, Bd Ghandi Dar Asmaa - Casablanca  
Tél 0522.95.12.32 Urgence 06 61 14.73 72



E-mail : medbenouna09@gmail.com

220، شارع غاندي، دار أسماء (قرب بيزاهوت) الطابق 1، البيضاء - الهاتف: 05 22 95 12 32 - المحمول: 06 61 14 73 72  
220, Bd Ghandi - DAR ASMAA (près de Pizza Hut) - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - Tél. : 05 22 95 12 32 - GSM 06 61 14 73 72



Enf Ryad JAIDI

Né(e) le : 18-06-2012

Dossier N° : 2306130006

Date de l'examen : 13-06-2023

Prélevé le : 13-06-2023 08:00 en interne

Edité le : 23-06-2023

DR : Dr Mohamed BENNOUNA

Adresse :

Page 1 / 1

cofrac



ACCREDITATION  
N° 8 3245  
Portée disponible sur  
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

## HORMONOLOGIE

IOAge : 10 ans

Poids : 28 Kg

Taille : 139 cm

## EXPLORATIONS FONCTIONNELLES

### GH/GLUCAGON

GH/GLUCAGON

Temps	GLYCEMIE (g/l) <sup>[AC]</sup>	GH (µg/l)	GH (µUI/ml)
0	0.87	0.36	1.08
30	1.44	0.66	1.98
60	1.09	0.26	0.78
90	0.77	1.35	4.05
120	0.63	18.30	54.90
150	0.81	5.44	16.32
180	0.88	2.95	8.85

Technique: Chimioluminescence (Cobas 6000)

Commentaire : REPONSE NORMALE

A compléter par les autres arguments du diagnostic du déficit en GH :

- Paramètres auxologiques (courbe de croissance)
- Paramètres hormonaux (IGF1, IGFBP3 et deux tests de stimulation faibles)

Conformément aux recommandations de la SFBC depuis 2018, les résultats de la somatotrophine ne sont rendus qu'en µg/l  
(Calibration par rapport au standard international WHO 2nd IS 98/574)





مركز الفحص الطبي بالأشعة الروداني  
CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU  
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH  
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI  
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI  
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -  
Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie  
Radiologie Conventiennelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie  
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 12/06/2023

FACTURE N° : FA:00 5682/23  
Nom : JAIDI RYAD

Arrêtée la présente facture à la somme de : 200,00 Dhs

**DEUX CENTS DHS**

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

POIGNET GAUCHE FACE 200,00 Dhs

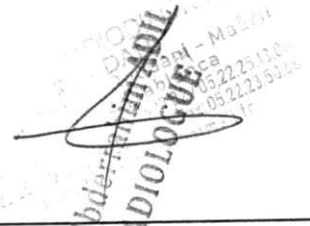
Total de : 200,00 Dhs

Mode de règlement ESPECES

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342



091035766



CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI, S.A.R.L. au capital de 2.300.000,00 DH

400, Bd Brahim Roudani 1<sup>er</sup> étage - Maârif, 20100 Casablanca - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma  
Tél.: 0522 23 50 70 / 06 60 73 95 97 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68  
RC : 500035 - CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040

**Dr. Mohammed BENNOUNA**

**PEDIATRE**

Diplômé de la faculté de Médecine  
de Lille (France)

Réanimation Néonatale

ph.Métrie, Endoscopie digestive  
et Proctologie Pédiatrique

Diplômé de la faculté de Médecine  
Xavier Bichat- Paris



**الدكتور محمد بنونة**

إختصاصي في أمراض الأطفال و الرضع  
خريج كلية الطب بليل (فرنسا)

إنعاش المولود الجديد

شهادة جامعية في فحص المعدة و الأمعاء

بالشعاع الداخلي للأطفال (باريس)

**07.06.2023**

Casablanca, le ..... في الدار البيضاء،

**Enfant JAIDI RYAD**

Age : 10 ans 11 mois

Poids : 27,80 Kg

AGE OSSEUX

Dr Mohammed Bennouna

**Dr. M. BENNOUNA**  
**PEDIATRE**

220, Bd Ghandi Dar Asmaa - Casablanca  
Tel: 0522.95.12.32 Urgence 06 61 14.73.72

**CENTRE DE RADIOLOGIQUE**  
**ROUDANI**  
490, Bd Brahim Roudani - Maarif  
20103 - Casablanca  
Tél: 0522.25.12.96 / 05.22.25.13.02 / 05.22.25.13.04  
05.22.25.13.07 / 05.22.25.13.09 - Fax: 05.22.25.13.06

E-mail : medbennouna09@gmail.com

220، شارع غاندي، دار أسماء (قرب بيزاهوت) الطابق 1، البيضاء - الهاتف: 05 22 95 12 32 - المحمول: 06 61 14 73 72

220, Bd Ghandi - DAR ASMAA (près de Pizza Hut) - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - Tél. : 05 22 95 12 32 - GSM 06 61 14 73 72



Le plug-in Adobe Flash Player n'est plus compatible

Accueil > Application > assure app

/portailapps/www/index.php/assures/auth... [Ma Situation](#) [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 Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information

EN COURS DE TRAITEMENT 2

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 2

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	-	18/08/2023	Virement	-	3 587,50	1 434,60	340,68	1 775,28
81989685	14/07/2023	Payé en : 35 jours		JAIDI RYAD	3 000,00	1 176,00	286,50	1 462,50
81989377	14/07/2023	Payé en : 35 jours		JAIDI RYAD	587,50	258,60	54,18	312,78
1	-	28/06/2023	Virement	-	540,80	218,56	45,03	263,59
5	-	01/06/2023	Virement	-	2 249,90	829,53	164,96	994,49
1	-	14/03/2023	Virement	-	214,00	64,00	12,00	76,00
1	-	02/02/2023	Virement	-	383,60	139,88	27,04	166,92

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

★★★★★