

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

- Reclamation : 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- 0053784

174430

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5942

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Jeune Baghou M

Nom & Prénom :

Bouhaik Saida Jeune Baghou

Date de naissance :

16/7/1955

Adresse :

64 der A Balama sidi marouf Ru
28 casa

Tél. :

0641734174

Total des frais engagés :

3379 dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

/ /

Nom et prénom du malade :

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 :

Casa 7/9/2023

Le :

/ /

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

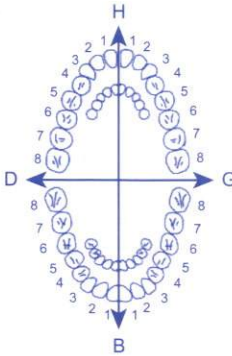
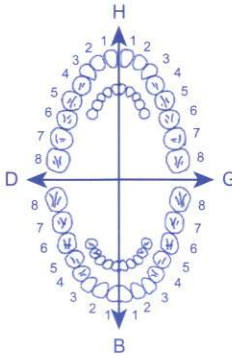
[illegible]

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	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D _____ G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

A diagram of a dental arch with teeth numbered 1 to 8 on both sides. The arch is symmetrical. Arrows indicate directions: H (up), B (down), D (left), and G (right).

<div><div>H</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div></div></div> <div><div>D</div><div>—————</div><div>G</div></div> <div><div>00000000</div><div>35533411</div></div> <div><div>00000000</div><div>11433553</div></div> <div>B</div>	
<div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>	

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 والتوقيع عليها وإرفاقها بجميع 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 الاستدلالي 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 الإخلال 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 زنقة الخليل ص.ب 209 الرباط.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :



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 : Nom et prénom : Bouhaik Saïda

رقم الانخراط : N° Affiliation : 28031413

رقم التسجيل : N° Immatriculation : 9152 8711405

رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° CIN : B134110118

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

العنوان : Adresse : 4 Lot des Salama Rue 28 Zouk Marjane

إجمالي المصاريف (بالدرهم) : Montant des frais (Dhs) : 3379,6

عدد الوثائق المرفقة : Nombre de pièces jointes : 5 P

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : Nom et prénom : Bouhaik Saïda

تاريخ الميلاد : Date de naissance : 16/07/1988

رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° CIN : B134110118

الجنس : Sexe* : Masculin ☒ ذكر ☐ أنثى Féminin

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de Santé (INPE)

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج : 051022103

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج : 051022103

Type de soins

Maladie* ☐ مرض

Maternité* ☐ أمومة

Hospitalisation* ☐ إستشفاء

Accident* ☐ حادث

Pli confidentiel remis* : ☐ oui ☐ non

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

نوع العلاجات

تم تقديم الطرقة المغلق : ☐ oui ☐ non

تاريخ الحمل :

التاريخ المرتقب للولادة :

تاريخ الاستشفاء :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

Fait à : حرر بـ

Le : في : 06/03/2013

توقيع المؤمن (ة)

Signature de l'assuré (e)

Fait à : حرر بـ

Le : في : 06/03/2013

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à : حرر بـ

Le : في : 06/03/2013

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant, le

ou de l'Établissement de soins

58, Bd Rachidi Parc de la Placitité

CASA BLANCA

ضع علامة في الخانة المناسبة

* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite يمنع منعا كلياً بيع هذا المطبوع

وصف العمليات المجراة

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

INP: | | | | | | | | | |

INP: | | | | | | | | | |

INP: | | | | | | | | | |

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

INP: 093000594

INP: | | | | | | | | | |

INP: | | | | | | | | | |

عمليات المساعدين الطبيين

INP: | | | | | | | | | |

INP: | | | | | | | | | |

INP: | | | | | | | | | |

NR

Royaume du Maroc

Date d'édition : 08/03/2023 09:32:40

MAROC BOUHAÏK SAÏDA

NO 04 LOT ESSALAMA HAY

FLOURIDA S

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

N° de Dossier :

77600077

Date et heure : 06/03/2023 09:34

Nom et prénom Assuré :

BOUHAÏK SAÏDA

Immatriculation :

95771405 / 090238844

Nom et prénom bénéficiaire/kang:

BOUHAÏK SAÏDA

01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90142

Valeur en Dinar :

3 379,60

Nombre de pièces : 5

Code Etablissement :

Agent de réception : YNGESM/

Nom Etablissement :



Accusé de Réception



AMMO



Cabinet
d'Implantation
Cochléaire

Cabinet Spécialisé
en ORL

الدكتور عبد الحميد بنغالم

Docteur Abdelhamid BENGHALEM

أستاذ مبرز

PROFESSEUR AGREGÉ

أمراض وجراحة الأذن والأنف والحنجرة

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

عضو الأكاديمية الفرنسية

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

مقيم سابقاً بالأكاديمية الطبية بباريس

Ancien Résident du Collège
de Médecine des Hôpitaux de Paris

عضو الأكاديمية الأوروبية لجراحة قاعدة الجمجمة

MEMBRE DE L'E.A.O.N.O

رئيس سابق SMORL, PAFOS, SIFORL

Past Président SMORL, PAFOS, SIFORL

كاتب عام MAFOS

Secrétaire Général MAFOS

عضو المكتب التنفيذي العالمي

MEMBRE EXECUTIF IFOS INTERNATIONAL

Casablanca, le

23/01/2023

الدار البيضاء، في

M. ~~Enfant~~

Signature

☒ NFS

☒ UREE GLYCEMIE + IONOGRAMME

☒ BILAN D'HEMOSTASE

☐ GROUPAGE

☐ V.S.

☐ ASLO

☐ IDR A LA TUBERCULINE

☐ DOSAGE QUANTIFERON TUBERCULOSE

☒ T3, T4, TSH.US

☒ THYROLOBULINE

☒ BILAN PHOSPHOCALCIQUE

☒ BILAN HEPATIQUE

☒ BILAN LIPIDIQUE

☒ SEROLOGIE

LABORATOIRE MERS SULTAN
Dr. SAYEN FARD
196, Avenue Mers Sultan
Casablanca - Tél/Fax : 05 22 22 41 55
INPE : 05 22 22 41 55

Dr. BENGHALEM
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE ET
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
58, Bd. Rachidi - Place de la Fraternité
CASABLANCA
Tél : 0522 48 60 00 / 01 - 0522 48 63

En cas d'urgence, s'adresser à la Clinique RACHIDI - Tél. : 05 22 22 12 96 / 05 22 29 48 36 - Fax : 05 22 22 03 57

58, شارع الراشدي - ساحة الأخوة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 48 60 00 / 05 22 48 60 01 - Whatsapp : 06 56 53 61 42

58, Bd. Rachidi - Place de Fraternité - Casablanca - Tél. : 05 22 48 60 00 / 05 22 48 60 01 - Whatsapp : 06 56 53 61 42
E.mail : abdelhamid.benghalem@gmail.com / cabinetmedical58@gmail.com - ICE : 001711024000057



Dr. Fahd SAYEH
Pharmacien Biologiste

مختبر التحليلات الطبية

LABORATOIRE MERS SULTAN

D'ANALYSES ET DE BIOLOGIE MEDICALES

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - IMMUNOLOGIE

Prélèvement du: 16/01/2023 8:17
Dossier N° : 230116-503

230116-503



23-001150

Mme BOUHAÏK Saida

Prescripteur:

Page : 1 / 2

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE AVEC PLAQUETTES

Globules rouges	4,52	M/mm ³	(4 - 5,4)
Hémoglobine	13,4	g/dL	(11,5 - 15,5)
Hématocrite	38,8	%	(35 - 47)
VGM	86	fL	(75 - 95)
TCMH	30	pg	(27 - 32)
CCMH	35	%	(30 - 36)
Globules blancs	10 710 *	/mm ³	(4000 - 10000)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles	65,8 % Soit 7047/mm ³	(50 - 75) (2000 - 7500)
Lymphocytes	25,0 % Soit 2678	(25 - 35) (1500 - 4000)
Monocytes	7,3 % Soit 782/mm ³	(2 - 8) (100 - 800)
Polynucléaires Eosinophiles	1,5 % Soit 160,65/mm ³	(Inférieur à 4) (Inférieur à 400)
Polynucléaires Basophiles	0,4 % Soit 42,84/mm ³	(Inférieur à 1) (Inférieur à 100)
Plaquettes	352 000 /mm ³	(140000 - 500000)

BIOCHIMIE

Hémoglobine glyquée	6,7	%	
(Technique : par H.P.L.C)			
> 8 Action à entreprendre			
< 7 Objectif			
< 6 Niveau non-diabétique			
Glycémie à jeun	1,01	g/L	(0,6 - 1,1)
	5,56	mmol/L	(3,8 - 6,1)
C Réactive Protéine (CRP)	2,96	mg/L	(Inférieur à 5)
Créatinine	6,16	mg/L	(5 - 12)
	54,21	μmol/l	(44 - 106)
Transaminase - SGOT	16,31	UI/L	(Inférieur à 31)
Transaminase - SGPT	15,10	UI/L	(Inférieur à 31)



Dr. Fahd SAYEH
Pharmacien-Biologiste

مختبر التحليلات الطبية

LABORATOIRE MERS SULTAN

D'ANALYSES ET DE BIOLOGIE MEDICALES

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - IMMUNOLOGIE

Prélèvement du: 16/01/2023 8:17
Dossier N° : 230116-503

230116-503



23-001150

Mme BOUHAÏK Saida

Prescripteur:

Dossier N° : 230116-503

Mme BOUHAÏK Saida

Page : 2 / 2

BIOCHIMIE

Calcium	96,43	mg/L	(85 - 103)
Phosphatases Alcalines	93,97	UI/L	(Inférieur à 258)
(Technique : Cinétique enzymatique)			
Phosphore	36,48	mg/L	(25 - 45)
Triglycérides	0,59	g/l	(0,5 - 2)
Cholestérol Total	1,74	g/L	(1,45 - 2)
	4,49	mmol/L	(3,7 - 5,2)
Cholestérol H.D.L	0,57	g/L	(0,45 - 0,65)
	1,47	mmol/L	(0,9 - 1,68)
Cholestérol L.D.L	1,05	g/l	(Inférieur à 1,8)

VITAMINES

25-OH Vitamine D (D2 + D3)	48,89	ng/mL
----------------------------------	-------	-------

(Technique : Chimiluminescence CLIA)

Interprétation :

Carence vitaminique D : < 20 ng/mL

Insuffisance vitaminique D : 20 - 29 ng/mL

Taux normal : 30 - 100 ng/mL

Possible intoxication vitaminique D : > 100 ng/mL

HORMONOLOGIE

Ferritinémie	73,02	ng/mL	(12 - 135)
(Technique : Chimiluminescence CI 900i)			
T.S.H Ultra sensible	2,925	μUI/ml	(0,35 - 5,1)
(Technique : Chimiluminescence CL900i)			
T3 Triiodothyronine libre	2,40	pg/ml	(1,8 - 4,2)
(Technique : Chimiluminescence CI 900i)			
T4 Thyroxine libre	10,44	ng/L	(5 - 14)
(Technique : Chimiluminescence CI 900i)			

IMMUNOLOGIE-SEROLOGIE

Thyroglobuline	0,21 *	ng/ml	(1,28 - 50)
----------------------	--------	-------	---------------

(Technique : Chimiluminescence)

LABORATOIRE MERS SULTAN
Dr. Fahd SAYEH
196, Avenue Mers Sultan
Casablanca - Tél : 05 22 22 41 52
Fax : 05 22 22 41 52

LABORATOIRE MERS SULTAN D'ANALYSES MEDICALES

Dr. Fahd SAYEH

N° 196; Mers sultan Appt 32 5ème étage Tel :05 22 22 41 52

Mail : labo.merssultan@gmail.com

N° facture : 23-01630

Facture

Date de prélèvement 16/01/2023

Mme BOUHAÏK Saïda

Casablanca, le 16/01/2023

CNOPS

Code Acte	Designation Acte	Cotation B
NFS	NUMERATION FORMULE SANGUINE AVEC PLAQUETTES	80
HBA1C	Hémoglobine glyquée	100
GLY	Glycémie à jeun	30
CRP	C Réactive Protéine (CRP)	100
CREA	Créatinine	30
GOT	Transaminase - SGOT	50
GPT	Transaminase - SGPT	50
CA	Calcium	30
PAL	Phosphatases Alcalines	50
PHOS	Phosphore	40
TRIGL	Triglycérides	60
CHT	Cholestérol Total	30
HDL	Cholestérol H.D.L	50
LDL	Cholestérol L.D.L	50
VITD	25-OH Vitamine D (D2 + D3)	450
FERRI	Ferritinémie	250
TSHUS	T.S.H Ultra sensible	250
T3L	T3 Triiodothyronine libre	300
T4L	T4 Thyroxine libre	200
THYRO	Thyroglobuline	400

Total B 2600

Total en dirhams 2882

Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux Mille Huit Cent Quatre-Vingt-Deux Dirhams ***

LABORATOIRE MERS SULTAN
Dr. SAYEH Fahd
196, Avenue Mers Sultan
Casablanca - Tél/Fax : 05 22 22 41 52
INPE : 093000594

INPE : 093000594 ICE : 001817241000003 IF : 41805987 RC : 240830



Cabinet d'Implantation Cochléaire
Cabinet Spécialisé en ORL

الدكتور عبد الحميد بنغاليم

أستاذ مبرز
أمراض وجراحة الأنف والأذن والحنجرة
عضو الأكاديمية الفرنسية
مقيم سابقاً بالأكاديمية الطبية بباريس
عضو الأكاديمية الأوروبية لجراحة قاعدة الجمجمة
رئيس سابق SMORL, PAFOS, SIFORL
كاتب عام MAFOS
عضو المكتب التنفيذي العالمي

Docteur Abdelhamid BENGHALEM
PROFESSEUR AGREGÉ

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Ancien Résident du Collège
de Médecine des Hôpitaux de Paris

MEMBRE DE L'EAONO

Past Président SMORL, PAFOS, SIFORL
Secrétaire Général MAFOS

MEMBRE EXECUTIF IFOS INTERNATIONAL

Casablanca, le

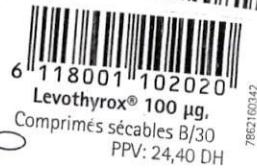
BOUHAÏK Saïda

2h.40 x h

1) .LEVOTHYROX 100 1 CPT A VIE

2) .OROPROPOLIS SPRAY 1PULV TROIS FOIS PAR JOUR

27/01/2023



Professeur BENGHALEM

T= 97.60

Pharmacie EL ABE
Dr. Saïda BOUHAÏK
40, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél : 05 22 22 12 96 / 05 22 29 48 36

Dr. BENGHALEM A.
PROFESSEUR AGREGÉ
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE ET
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
58, Bd. Rachidi - Place de la Fraternité
CASABLANCA
Tél : 05 22 48 60 00 / 01 - 05 22 48 63 65

En cas d'urgence, s'adresser à la Clinique RACHIDI - Tél. : 05 22 22 12 96 / 05 22 29 48 36 - Fax : 05 22 22 03 57
05 22 48 60 00 / 05 22 48 60 01 : الهاتف : الدار البيضاء - ساحة الأخوة - شارع الراشدي - 58, Bd. Rachidi - Place de la Fraternité - Casablanca - Tél. : 05 22 48 60 00 / 05 22 48 60 01 - Wathsapp : 06 56 53 61 42
E.mail : abdelhamid.benghalem@gmail.com / cabinetmedical58@gmail.com - ICE : 001711024000057



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 3

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 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
- 1	-	12/06/2023	Virement	-	300,00	120,00	5,00	125,00
80270378	10/04/2023	Payé en : 62 jours		BOUHAIK SAIDA	300,00	120,00	5,00	125,00
- 1	-	16/05/2023	Virement	-	4 744,90	2 739,55	585,75	3 325,30
79706436	13/03/2023	Payé en : 64 jours		BOUHAIK SAIDA	4 744,90	2 739,55	585,75	3 325,30
- 1	-	03/05/2023	Virement	-	3 379,60	2 458,72	588,22	3 046,94
79608099	08/03/2023	Payé en : 56 jours		BOUHAIK SAIDA	3 379,60	2 458,72	588,22	3 046,94
- 1	-	02/05/2023	Virement	-	1 814,80	914,76	209,09	1 123,85
79706369	13/03/2023	Payé en : 50 jours		BOUHAIK SAIDA	1 814,80	914,76	209,09	1 123,85
- 2	-	20/01/2023	Virement	-	3 837,90	2 204,40	66,39	2 270,79
77741168	30/11/2022	Payé en : 51 jours		BOUHAIK SAIDA	1 822,00	893,50	31,73	925,23
77743712	30/11/2022	Payé en : 51 jours		BOUHAIK SAIDA	2 015,90	1 310,90	34,66	1 345,56
- 2	-	05/01/2023	Virement	-	4 853,00	3 763,60	25,00	3 788,60
77016854	25/10/2022	Payé en : 72 jours		BOUHAIK SAIDA	2 923,30	1 908,90	25,00	1 933,90
77016779	25/10/2022	Payé en : 72 jours		BOUHAIK SAIDA	1 929,70	1 854,70	0,00	1 854,70

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

☆☆☆☆☆



8 dossiers imputés