

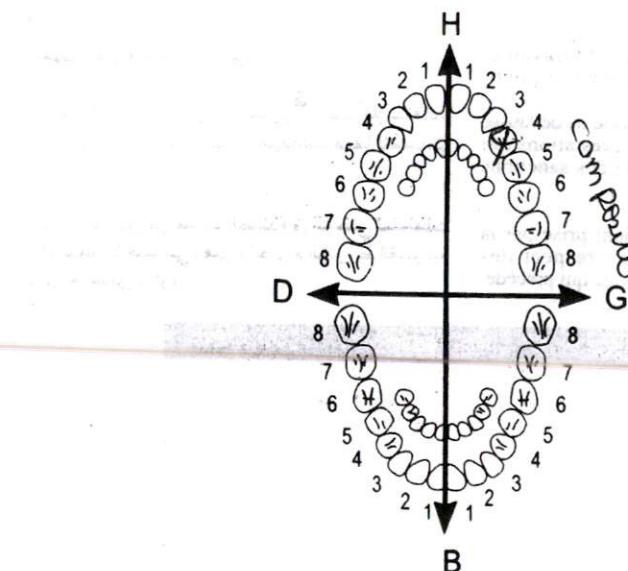
 CNOPS
Le meilleur est à venir pour la santé

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 REJET 3 PAYE

Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Palement	Mode Palement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 2	-	13/09/2022	Virement	-	1 542,71	642,05	116,24	758,29
75401226	21/07/2022	Payé en : 54 Jours		BAKKALI FADOUA	742,71	264,05	62,24	326,29
75401275	21/07/2022	Payé en : 54 Jours		BAKKALI FADOUA	800,00	378,00	54,00	432,00
3	-	11/08/2022	Virement	-	5 057,62	3 322,50	757,28	4 079,78



على الطبيب تحديد طبيعة العلاجات و كذا معاملها طبقاً لدليل العمليات المهنية.
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et son coefficient d'après la nomenclature des actes professionnels.

Instruction à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

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).

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 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.

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.

Cachet et signature de la mutuelle	
Identification de l'agent :	Signature et tampon de la mutuelle
Date de dépôt du dossier :	19/07/2022
Identification de l'agent :	DELEGATION ADMINISTRATIVE CASABLANCA
Date de dépôt du dossier :	19/07/2022

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 المشتردة وأشمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التماضجية التي تنتهي إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول ملإية طبية، ما دعا في حالة العلاج المستمر، في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة 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 طبقاً للمساءلة القانونية.

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

0650016550
ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.03.01
مع رقم



Feuille de soins Dentaires

موافقة مسبقة
Entente Préalable

تنفيذ
Exécution

N° Bordereau :

N° Dossier :

نسم العائلي والشخصي : **BAKKALI Fadoua**
م الاتخراط : **113183**
م التسجيل : **55916191843**
م بطاقة التعريف الوطنية : **A469156**
دقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*

Conjoint زوج Enfant ابن
_Adresse : **81 Rue Larache APP 98 Hay ESSAKAÏ CMS AL CASA CA**

Montant des frais (Dhs) : **800 Dhs**
Nombre de pièces jointes : **03**

مستفيد من العلاجات
سم العائلي والشخصي : **BAKKALI FADOUA**
Date de naissance : **11612143**
N° CIN : **A 1169156**
Sexe* : **M ذكر F ابنة**

قم الوطني الاستدلالي للممارس : **094012671**
ع العلاجات
جات :
وцин الاسنان :
يم الاسنان و الفكين :
جات أخرى :
المرافقه المسبقة :
حالة حادث يرجى تحديد ما يلي :
يغ الحادث :
باب الحادث :
اصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
Fait à : **CASA** le : **11/07/2022**
Signature de l'assuré (e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables
Fait à : **CASA** le : **11/07/2022**
توقيع المؤمن له (ها)
Signature de l'assuré (e)

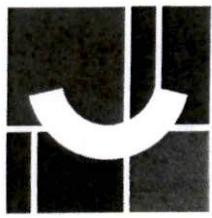
INP : Identification Nationale du Praticien
Cocher la mention utile pour chaque case

توقيع و طابع الممارس و ملخصة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de



الطب الخاتمة

مع مذكرة



Casablanca, le 14/07/2022

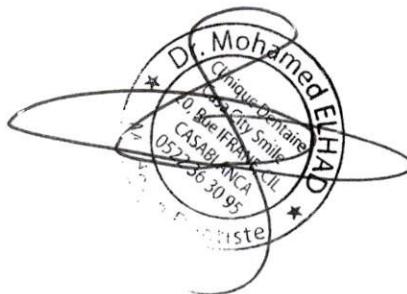
Identifiant fiscal : 42755569
Patente : 35631614
ICE : 002229790000078
INPE : 094012671

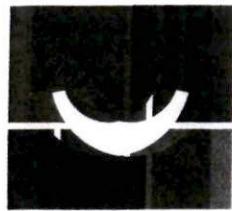
Facture établie
Au nom de *Me. BAKKALI Fadoua*

Je soussigné, *Docteur Mohamed EL HAD*,

Atteste avoir facturé la somme de *800 dirhams*,
Huit cents dirhams

Dr EL HAD Mohamed





**CASABLANCA
CITY
SMILE**
DENTISTE

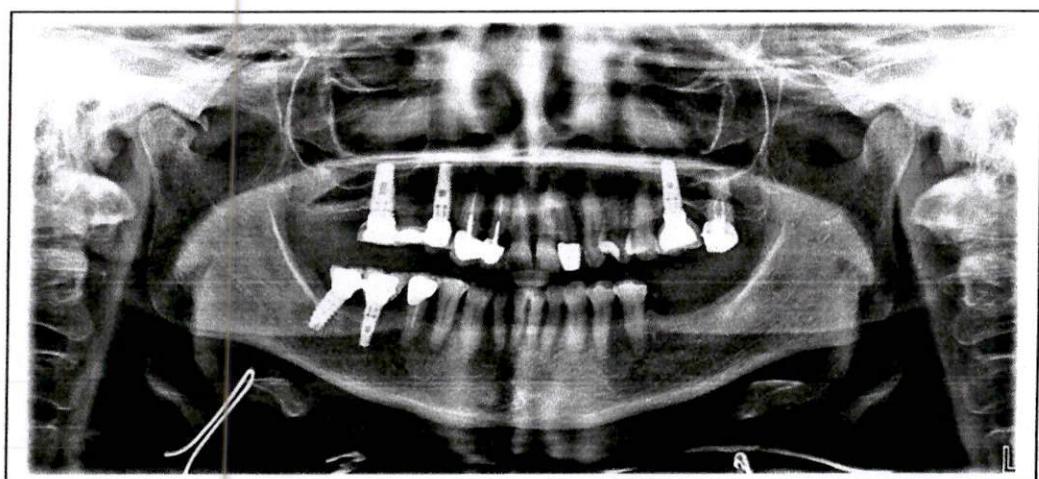
Caixa de la Salud de la 5/5/2022

Compte rendu radiologique

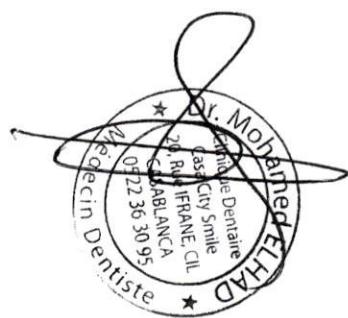
Nom : BAKKALI

Prénom : Fadoua

Date de Naissance : 16/12/1957 → Age : 64 ans et 6 mois

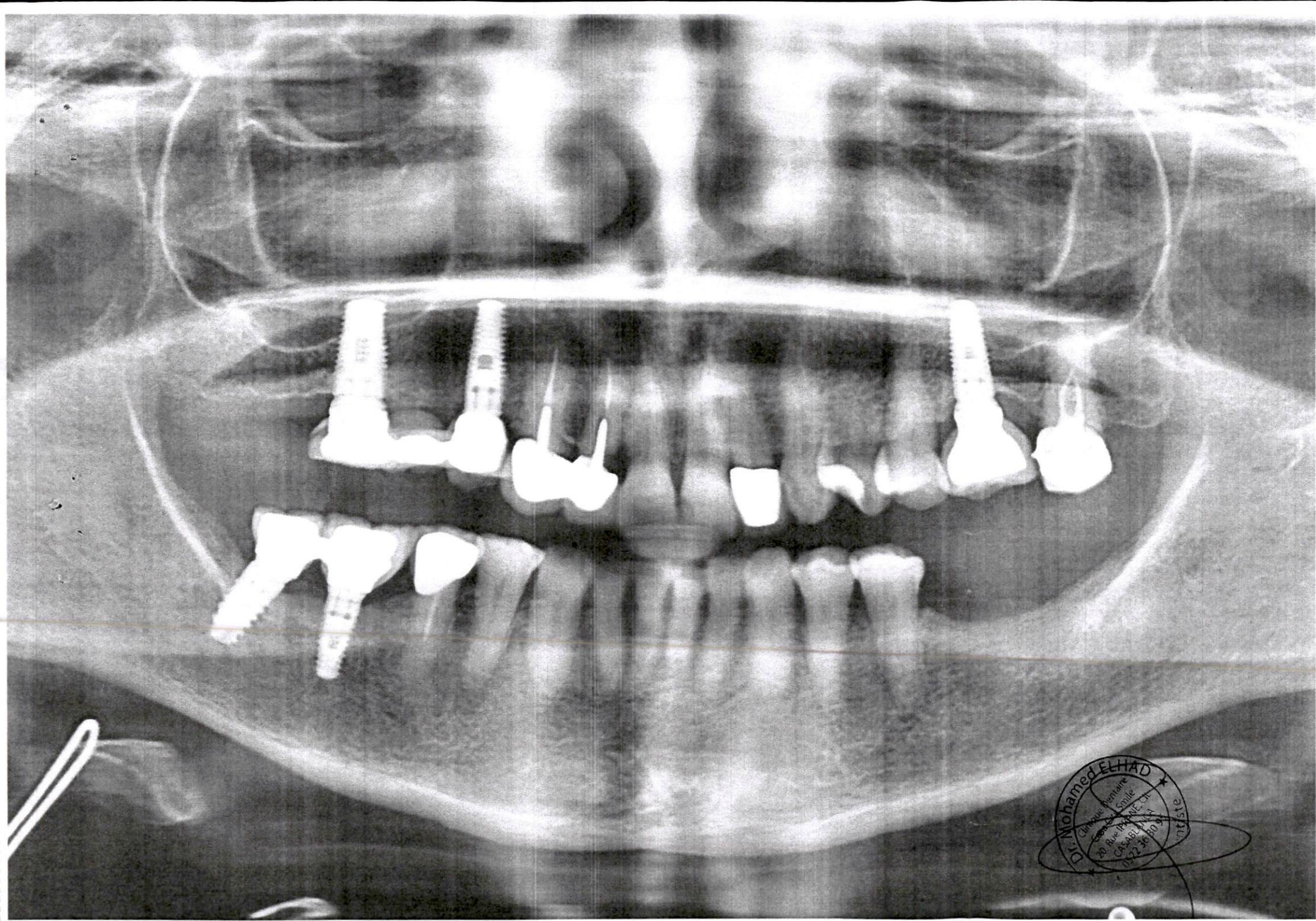


la radio panoramique a été réalisé pour le but de faire un traitement canalaire. Sur la dent 24



📞 +212 (5) 22 36 30 95 / +212(5) 22 36 09 04 📞 +212(6) 61 18 80 18 📩 elhad@casacitysmile.com

🌐 www.casacitysmile.com📍 20 Rue Ifrane, CIL 20 210 - Casablanca



Dr. Mohamed ELHAD
Clinique Dentaire
Coeur et Smile
20 Ave Ibn NEFEL
CASABLANCA
05236
Maroc
Dentiste