

Déclaration de Maladie

M22- 0005586

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2693

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Tazi Madje

Date de naissance : 16/05/55

Adresse :

tél. : 066115558

Total des frais engagés :

42500,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

et du médecin :



de consultation : /

et prénom du malade : Age :

Le parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

de la maladie :

en longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

Si accident préciser les causes et circonstances :

Le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du
docteur 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 : 22/12/22

Signature de l'adhérent(e) : Nezha

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 des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

Instructions à suivre

élier une feuille de soins par personne et événement.

feille de soins doit être accompagnée de les pièces justificatives originales lassances médicales, factures, résultats examens de radiologie et/ou de laboratoire.

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

prospectus et les PPM concernant les licaments achetés doivent être joints aux onnances transmises.

feille de soins ainsi que les pièces ificatives doivent être présentées à votre uelle dans les deux mois qui suivent le nier acte médical, sauf s'il y a traitement al continu. Dans ce dernier cas, le dossier être présenté dans les soixante (60) jours suivent la fin du traitement.

remboursement des frais engagés sera cté sur la base de la tarification nationale éférence.

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

e personne coupable de fraude ou de fausse aration pour obtenir des prestations qui ont pas dues, est passible des sanctions les et réglementaires.

ligation de remboursement prise par la CPS est subordonnée au respect des litions réglementaires et de ce qui précède.

Cachet et signature de la mutuelle

تعليمات يجب اتباعها

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 المشتراء وأثمانتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تنتهي 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 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

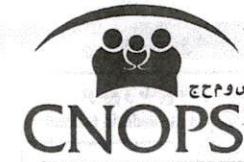
الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

توقيع و طابع التعاقدية

Identification de l'agent :



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)

الإسم العائلي والشخصي :

رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Conjoint ○ زوج Enfant ○ ابن ○

Adresse : RÉSIDENCE CORNICHE N° 10

CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) :

٦٣٥,٠٠

د.٠

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

Identification du médecin traitant

N° INP

00124352A

Type de soins

Maladie *

مرض *

Pli confidentiel remis* :

Oui

Non

Maternité *

أمومة *

Date de grossesse :

Hospitalisation *

استشفاء *

Date d'accouchement :

Accident *

حادث *

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

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

Fait à : CASABLANCA

le : فـ :

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

Fait à : في :
ZAHIA BEN YOUSSEF DR. BENDI

رد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممولة

التاريخ Date d'exécution	النوع المفoter Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
٢٠/٣/٢٢	٤٣٥,٢٠	٤٨، Avenue l'Emirage - Casablanca ١٧٥ Pharmacie l'Emirage INPE 092031384
	INP : [] [] [] [] [] []	
	INPE 092031384	
	INP : [] [] [] [] [] []	
	INP : [] [] [] [] [] []	
	INP : [] [] [] [] [] []	

Actes Paramédicaux

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



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

● 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	-	31/10/2022	Virement	-	963,00	616,00	154,00	770,00
1	-	30/10/2022	Virement	-	435,20	404,40	0,00	404,40
1	-	13/09/2022	Virement	-	652,80	606,60	0,00	606,60
1	-	29/07/2022	Virement	-	1 224,80	862,16	64,84	927,00
1	-	12/05/2022	Virement	-	1 030,00	660,00	165,00	825,00
1	-	13/04/2022	Virement	-	709,40	495,58	143,82	639,40
2	-	05/04/2022	Virement	-	1 484,20	1 188,81	74,89	1 263,70
1	-	03/02/2022	Virement	-	128,40	37,80	16,20	54,00

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





ORDONNANCE

Casablanca le

Le : 21/07/2022

M Benboulaqir Amaz

OG

①

EYESTIL Plus

1 gtt x4/j pdt 3 mois

16, Avenue El Moutaquef - Casablanca 10100
Pfarmacie El Moutaquef
Tél: 05 22 65 46 19 / 05 22 50 15 15
Fax: 05 22 65 46 21
S.A.L. Boulevard Panoramique, Casablanca
Ophtalmologie et Médecine Esthétique

A renouveler

② 1000 1000 1000 1000
Nb. 10x2ml x 1000 1000 1000 1000
③ A 1000 1000 1000 1000
g 1000 1000 1000 1000

of course