

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Les soins dentaires sont classés en 4 catégories : Soins dentaires, Soins orthodontiques, Soins parodontaux, Soins maxillo-faciaux.

Veuillez fournir une facture.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux															
				Montant des soins															
				Début d'exécution															
				Fin d'exécution															
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			Montant des soins
	H		G																
	25533412	21433552	00000000	00000000															
	00000000	00000000	00000000	00000000															
35533411	11433553																		
(Création, Remont, adjonction) (Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession)		Date du devis																	
		Fin de																	

MUPRAS
Ministère de Prévoyance
Sociale
de Royal Air Maroc

W16-081238

DATE DE DEPOT

10.06.2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1480
Nom & Prénom ELMOUSTI RACHID		
Fonction Retraite	Phones 0663875063	
Mail ELMOUSTIRACHID1@GMAIL.COM		
MEDECIN	Prénom du patient AMINA	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 01-03-56	Date
Nature de la maladie		
Complément soins		
S'a-t-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
PHARMACIE		
Montant de la facture	Date	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date		
Nombre		
AM	PC	IM
Montant détaillé des Honoraires		



Ordre du jour



La solidarité n'est pas 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	ENREGISTRE 1	EN COURS DE TRAITEMENT 1	PAYE	NON PAYE 1
-------------	--------------	--------------------------	------	------------

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
2	-	29/05/2019	Virement	-	5 466,90	1 138,09	12,99	1 151,08
1	-	23/05/2019	Virement	-	1 275,70	797,20	124,05	921,25
56348716	24/04/2019	Payé en : 29 jours		BENJALLOUN AMINA	1 275,70	797,20	124,05	921,25
1	-	08/04/2019	Virement	-	3 250,00	1 800,00	360,00	2 160,00
2	-	25/02/2019	Virement	-	2 222,20	516,80	18,20	535,00
2	-	28/01/2019	Virement	-	1 893,20	821,28	149,66	970,94
1	-	12/12/2018	Virement	-	1 490,80	486,60	46,60	533,20
2	-	22/11/2018	Virement	-	3 852,50	1 873,90	120,79	1 994,69

Royaume du Maroc



MME AMINA BENJALLOUN
CT ATTADAMOUN R 2 N 6 AZ
OULFA
CASABLANCA
20000 CASABLANCA CENTRE DE TRI

000056348716

Accusé de Réception

N° Réception : 56348716
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BENJALLOUN AMINA
Immatriculation : 93230532 / 090013027
Nom et Prénom Bénéficiaire : BENJALLOUN AMINA
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 24/04/2019 10:40
Lieu de réception : CASA SIEGE 90138
Valeur du dossier : 1275,70
Nombre de pièces : 10
Code Agent : 9MGE156

Code Etablissement :
Etablissement :

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

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.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل 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 المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية 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.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
رجع رقم 1.1.01.01
ReI ANAM

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **BENSELLOUN Amina** : اسم العائلي و الشخصي

N° Affiliation : **153844** : رقم الانخراط

N° Immatriculation : **938230538** : رقم التسجيل

N° CIN : **A78767** : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له

Conjoint ☒ زوج ☐ Enfant ☐ ابن
Adresse : **Cité Tadamone, rue 2, n°6 Azhari EL oulfa CASABLANCA** : عنوان

Montant des frais (Dhs) : **1275,00** : مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : **10** : عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **BENSELLOUN Amina** : مستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **BENSELLOUN Amina** : اسم العائلي و الشخصي

Date de naissance : **01/3/1956** : تاريخ الازدياد

N° CIN : **A78767** : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe : **M** ذكر **F** أنثى : جنس

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **1091022954** : لرقم 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 : ☐ استشفاء ☐ Date prévue d'accouchement : : التاريخ المرتقب للولادة

Accident : ☐ حادث ☐ Date d'hospitalisation : : تاريخ الاستشفاء

Causes : : أسباب الحادث

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

Fait à : **CASABLANCA** حرر

le : **26/3/2019** في

توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré(e)

أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritable

Fait à : **CASABLANCA** حرر

le : **26/3/2019** في

توقيع الطبيب المعالج
Signature du médecin traitant

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : : تاريخ الإيداع

Dr. BENJELLOUN JAOUAD

Ancien Médecin - Chef de Centres de Santé
Diplômé en Homeopathie de L'Institut Boiron de Lyon
Lauréat de L'Université de Montpellier en ECHOGRAPHIE

- MEDECINE GENERALE -

E.S d'Expertise Médicale et de Réparation des Dommages Corporels
Membre fondateur du Collège National des Médecins Gestionnaires
Médecin-conseil de Compagnies d'Assurance

304, Avenue Oued Sebou, Hay Oulfa. 1er étage - Casablanca.

Tél : (0522) 90.18.96 - Fax : (0522) 90.90.84

E-mail : benjelloun_jaouad@hotmail.com

الدكتور بنجلون جواد

طبيب رئيسي للمركز الصحي سابقا
دبلوم الطب التجانسي و الاكوغرافيا بفرنسا
شهادة في الخبرة الطبية وتعويض الاضرار الجسدية

- الطب العام -

عضو مؤسس للجمعية الوطنية للأطباء المسيرين
طبيب مستشار لشركات التأمين

شارع وادي سبو، رقم 304، حي الألفة - الدار البيضاء

الهاتف : (0522) 90.18.96 - فاكس : (0522) 90.90.84

E-mail : benjelloun_jaouad@hotmail.com

Casablanca , le

2003. 03. 19

M^{me} Benjelloun Amina

- Triglycerides

- Cholesterol total

- T.S.H. us

- T₄ libre

LABORATOIRE TAZI
78 Rue d'Alger, Casablanca
Tél: 05 22 22 50 18 / 05 22 22 50 19

Dr. BENJELLOUN JAOUAD
Réparation Juridique du Dommage Corporel
Médecine Générale
HOMEOPATHIE - ECHOGRAPHIE
304, Av Oued Sebou Oulfa - Casa
Tél: 05 22 90 18 96 / Fax: 05 22 90 90 84

AUGMENTIN 1 g/125 mg ○
16 sachets



6 118000 160182

SYNTHEMEDIC
22 rue souheir benou al souheir roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr OR
Boite 14
641/150MF/21NRO P.P.V.: 142,10 DH
6 118001 020607

Nauselim 10mg ○
Boite de 20 comprimés



6 118000 091899

LOT : 9596
UT. AV : 09-20
P.P.V : 29 DH 00

PPV: 168,20
LOT: 608412
PER: 08/20

Vermox® 500 mg
1 comprimé ○



6 118000 011798

Solupred® 20mg

Solupred® 20/mg
20 Comprimés
effervescents ○



6 118000 060536

Vermox® 500 mg
1 comprimé ○



6 118000 011798

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

78, Rue d'Alger - CASABLANCA

Tél. : 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39 . Fax : 0522 29 64 86

LF 40 30 32 50

ICE 001656516000089 INPE: 093001246



T P : 35 504 101 - CNSS : 1121946 - R.C. : 187112 01

Casablanca le 26 mars 2019

Madame BENJELLOUN AMINA

FACTURE N°	291446
------------	--------

Analyses :

Chimie : Cholestérol total -----	B	30	Total : B 540
Chimie : Triglycérides -----	B	60	
Hormono : T4 libre -----	B	200	
Hormono : Thyreostimuline (TSH us) -----	B	250	

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

TOTAL DOSSIER 750,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Sept Cent Cinquante Dirhams

LABORATOIRE TAZI
TAZI Mohamed
BENUCSTY
78 Rue d'Alger - Casablanca
Tél 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39

Dr. BENJELLOUN JAOUAD

Ancien Médecin - Chef de Centres de Santé

Diplômé en Homeopathie de L'Institut Boiron de Lyon
Lauréat de L'Université de Montpellier en ECHOGRAPHIE

- MEDECINE GENERALE -

C.E.S d'Expertise Médicale et de Réparation des Dommages Corporels

Membre fondateur du Collège National des Médecins Gestionnaires

Médecin-conseil de Compagnies d'Assurance

304, Avenue Oued Sebou, Hay Oulfa. 1er étage - Casablanca.

Tél : (0522) 90.18.96 - Fax : (0522) 90.90.84

E-mail : benjelloun_jaouad@hotmail.com

Casablanca, le

الدكتور بنجلون جواد

طبيب رئيسي للمركز الصحي سابقا

دبلوم الطب التجانسي و الاكوغرافيا بفرنسا

شهادة في الخبرة الطبية وتعويض الاضرار الجسدية

- الطب العام -

عضو مؤسس للجمعية الوطنية للأطباء المسيرين

طبيب مستشار لشركات التأمين

شارع وادي الشماش (304) حي الألفة - الدار البيضاء

الهاتف : (0522) 90.18.96 - فاكس : (0522) 90.90.84

E-mail : benjelloun_jaouad@hotmail.com

Dr. BENJELLOUN JAOUAD
Régénération Juridique du Dommage Corporel
MÉDECINE - ECHOGRAPHIE
HOMEOPATHIE - ECHOGRAPHIE
304, Av Oued Sebou - Oulfa
Tél: 05 22 90 18 96 / Fax: 05 22 90 90 84

N^m = Benjelloun Amina

Augmentin sachets 1g : 2x1 sachet / j x 8j

Solapred 10mg : 3-g/j le matin x15j

Nausea 1g : 2x1-g/j avant les repas

Enxistum 1g : 1 gélule / j x 1j

Vermox 500mg : 1-g x1

Pharmacie TAM
Dr. Benjelloun Jaouad
302, Bd Oued Sebou - Oulfa
CASABLANCA
Tél: 0522 90 18 99

Dr. BENJELLOUN JAOUAD

Régénération Juridique du Dommage Corporel

Médecine Générale

HOMEOPATHIE - ECHOGRAPHIE

304, Av Oued Sebou Oulfa - Casa

él: 05 22 90 18 96 / Fax: 05 22 90 90 84



TAZI MOHAMED

مختبر التازي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

PHARMACIENS BIOLOGISTES - DIPLOMES D'ETUDES SPECIALES DE BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE,
HEMATOLOGIE, BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

NF EN ISO 9001:2008

ASCIIL
CERTIFICAT No 2315-2016

QUALITEM

www.ascii-qualitem.fr

TAZI KAR

Madame BENJELLOUN AMINA

Réf. : 19C1301

Page 1/

Examen du 26/03/19 - Edité le 26/03/19

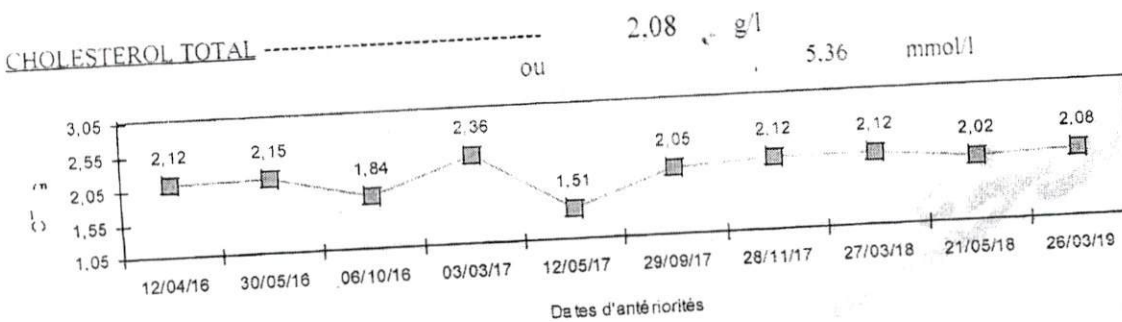
ANALYSES

RESULTATS

UNITES

NORMALES ANTECEDEN

BIOCHIMIE (AUTOMATE ROCHE COBAS 6000)



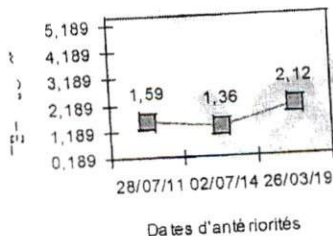
TRIGLYCERIDES ----- 1.04 g/l 1.19 mmol/l 0.35 - 1.35

ou

HORMONOLOGIE (CHIMILUMINESCENCE COBAS 6000)

T4 LIBRE ----- 12.19 ng/l 9.32 - 17.09

TSH Ultra - sensible ----- 2.120 μ UI/ml 0.27 - 4.21



LABORATOIRE TAZI
TAZI Karim
BIOLOGISTE
78, Rue d'Alger - Casablanca
Tél: 0522 27 28 08 - Fax: 0522 29 64 86