

## Instructions 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.

## تعليمات يجب اتباعها

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 المرسلية.

**يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التفاضلية 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 للإستفادة 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.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التفاضلية

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : ..... تاريخ الإيداع : .....



## ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins Dentaires

موافقة مسبقة  
Entente Préalable\*

تنفيذ\*  
Exécution\*

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

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي و الشخصي : ..... Nom et prénom :

رقم الانخراط : ..... N° Affiliation :

رقم التسجيل : ..... N° Immatriculation :

رقم بطاقة التعريف الوطنية : ..... N° CIN :

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

ابن  Enfant  
زوج  Conjoint

العنوان : ..... Adresse :

مبلغ المصاريف (درهم) : ..... Montant des frais (Dhs) :

عدد الوثائق المرفقة : ..... Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات  
Bénéficiaire de soins

الإسم العائلي و الشخصي : ..... Nom et prénom :

تاريخ الازدياد : ..... Date de naissance :

رقم بطاقة التعريف الوطنية : ..... N° CIN :

الجنس\* : ..... Sexe\* :  
أنثى  F  
ذكر  M

Identification du chirurgien dentiste

تعريف طبيب الأسنان

الرقم الوطني الاستدالي للممارس : ..... N° INP

نوع العلاجات  
Type de soins

علاجات : ..... Soins\* :

تعويض الاسنان : ..... Prothèse\* :

تقويم الاسنان و الفكين : ..... Orthodontie et O.D.F\* :

علاجات أخرى : ..... Autres\* :

رقم المرافقة المسبقة : ..... N° entente Préalable :

في حالة حادث يرجى تحديد ما يلي : ..... En cas d'accident précisez :

تاريخ الحادث : ..... La date de l'accident :

أسباب الحادث : ..... Les causes de l'accident :

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

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

حرر ب : ..... Fait à :

حرر ب : ..... Fait à :

في : ..... le :

في : ..... le :

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

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

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

\* أشطب الخانة

