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 la CNOPS 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 المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي 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 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 طبقا للمساطر القانونية.

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

توقيع وطابع التعاضدية
Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :.....

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :

|_|_| |_|_| |_|_|_|_|

CNOPS ص و م ح ج

ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة
Feuille de soins pour les Affections de Longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.02.01 مرجع رقم

N° Bordereau : ..... **N° Dossier :** .....

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : ..... : الإسم العائلي والشخصي

N° Affiliation : |_|_|_|_|_|_| رقم الانخراط :

N° Immatriculation |_|_|_|_|_|_|_|_|_| رقم التسجيل :

N° CIN : |_|_|_|_|_|_|_|_| رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : ..... العنوان :
.....

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

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

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : ..... : الإسم العائلي والشخصي

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| تاريخ الإزدياد :

N° CIN : |_|_|_|_|_|_|_|_| رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : M ☐ ذكر F ☐ أنثى الجنس* :

Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج

N° INP |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins نوع العلاجات

Admission ALD* : Oui Non قبول المرض المزمن :

N° dossier ALD* : |_|_|_|_|_|_|_| رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD : |_|_|_|_| رمز المرض المزمن :

Soins* ambulatoires ☐ علاجات خارجية

Pli confidentiel remis* : Oui Non تم تقديم الظرف المغلق :

Hospitalisation* ☐ استشفاء

Date d'hospitalisation : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| تاريخ الاستشفاء

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

Fait à : ..... : حرر بـ

le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| : في

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

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

Fait à : ..... : حرر بـ

le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| : في

توقيع وطابع 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

Description des actes effectués — وصف العمليات المجراة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant

CIM-10			

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INP :		
INP :		
INP :		

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie — عمليات البيولوجيا والأشعة والتصوير

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP :					
INP :					
INP :					

Actes Paramédicaux — عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP :					
INP :					
INP :					