Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et

par événement.

تعليمات يجب اتباعها

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 mutuelle dans les deux mois qui suivent le doit être présenté dans les soixante (60) jours justificatives doivent être présentées à votre premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier 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 égales 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

المختبر). يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

التماهدية التي تنتمون إليها في طرف ههرين من تاريخ اول عملية طبية، ما عدا في مالة العلاج الستمر. في هذه المالة، يجب تقديم اللف في حدود شهرين (60 يوما) يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الاثباتية إلى من تاريخ انتهاء الملاء.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية e Shal mig i Sce.

توقيع و طابع التعاضدية	 تاریخ الإیدع :
عاضدية.	
Cachet et signature de la mutuelle	ldentification de l'agent :
Cachet et signati	identification de l'agent : Date de dépôt du dossier : L



Feuille de soins Maladie ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

التأمين الإجباري عن المرض

مرجع رقم 1.1.01.01 Réf ANAM Assurance Maladie Obligatoire

N° Bordereau :	2	N° Dossier :
Partie réservée à l'assuré(e)	suré(e)	خاص بالمؤمن له (لها)
Nom et prénom :		الإسم العائلي و الشخصي :
N° Affiliation :		رقم الانخراط :
N° Immatriculation :		رقم التسجيل:
N° CIN:		رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*	avec l'assuré(e)*	علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له*
C Adresse :	Conjoint (25) Enfant	ابن 🔘 tı العذوان :
Montant des frais (Dhs) :		مبلغ المصاريف (درهم):
Nombre de pièces jointes :		عدد الوثائق المرفقة :
Déclaration du médecin traitant	cin traitant	تصريح الطبيب المعالج
Bénéficiaire de soins		المستقيد من العلاجات
Nom et prénom :		الاسم العائلي و الشخصي :
Date de naissance :		تاريخ الازدياد :
N° CIN:		رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe*:	M ist F	الجنسُّ: انتي
Identification du médecin traitant	decin traitant	تعريف الطبيب المعالج
N° INP		الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :
Type de soins		نوع العلاجات
مرض * O * Maladie *	Pli confidentiel remis*:	تم تقديم الظرف المغلق * : (noN) iuo
امومة * المعاددة الم	Date de grossesse : Date prévue d'accouchement :	تاريخ الحمل :
استشفاء * 🔘 * المتشفاء المتشفاء	Date d'hospitalisation :	تاريخ الإستشفاء :
Accident *	Causes:	اسباب الحادث :
اشهد بصحة كل ما ذكر أعلاده . Jatteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant. Fait à : الماليا الماليا : al		أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à :
Signature de l'assuré (e)		Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soin

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

* أشطب الخانة

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإمياش Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste											عمليات المساعدين الطبيين	توقيع و طابع المساعد الطبي	Signature et Cachet du Paramédical									
2	المبلغ المقوش Montant facture											510	للبلغ المغوتر	Montant facturé									
et Imageri	قيمة المعامل Valeur Clé				1 1 1 1								قيمة المعامل	Valeur Clé		Julia Malanta							
Radiologie	معامل المعليات Lettre clé + Cotation NGAP	Lettre clé + Cotation NGAP			INP:			nsrp : 1			RAP :	dicaux	aslet (tentile)	Cotation NGAP		INP: I				INP			INP
Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie	رمز العمليات Code des actes	Code des actes										Actes Paramédicaux		20									
Actes d	تاريخ العمليات Dates des actes											Ac	تاريخ العطيات	Dates des actes									
وصف العمليات المجراة	توقيع و طابع الطبيب المالج Signature et Cachet du Médecin traitant	77									جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المونة Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis	توقيع و طابع الصيدني أو معون التجهيزات الطبية Slomatine at Cachar di Pharmacian at Ann Fourniscours	dispositifs médicaux										
لجراة	البلغ المقوتر Montant facture										لتجهيزات الطب mestiffs m	بهيزات الطبية مادي تم مستعده	des										
description des actes effectués	قيمة المعامل Valeur Clé	99								01	ية المونة Itées et dis) 			-	-				-		-	
	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP									CIM · 10	nces exéct	اللمن المفوتر	Prix facturé							INF:			INP
iption des	رمز العمليات Code des actes										es ordonna		nol		-				_	-		_	N
descr	تاريخ العمليات Date des actes										Description d	تاريخ استقيد	Date d'exécution										