## 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 prīse 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 المختير).

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 الملاجات و الوثائق الاثباتية إلى التعاصدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه العالة، 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.

Cachet et signature de la mutuelle	توقيع و طابع التعاضدية
Identification de l'agent :	
Date de dépôt du dossier :	تاريخ الإيدع:



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم Réf ANAM 1.1.01.01

N° Bordereau :		N° Dossier :				
Partie réservée à l'ass	uré(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)*	من لـه*	علاقة القرابة بين المستفيد و المؤ			
C	زوج 🦳 onjoint	ابن 🔵 Enfant				
Adresse :			العنوان:			
Montant des frais (Dhs) :			مبلغ المصاريف (درهم) :			
Nombre de pièces jointes :			عدد الوثائق المرفقة :			
Déclaration du méde	cin traitant	ب المعالج	تصريح الطبيد			
Bénéficiaire de soins			المستفيد من العلاجات			
Nom et prénom :			الاسم العائلي و الشخصي :			
Date de naissance :			تاريخ الازدياد:			
N° CIN:	ШШ		رقم بطاقة التعريف الوطنية:			
^ Sexe*:	1 ° ذکر M ٔ ™	انثی 🕝	الجُنسُ*:*			
Identification du me	édecin traitant	المعالج	تعريف الطبيب			
N° INP		:	الرقم الوطني الاستدلالي للممارس			
Type de soins			نوع العلاجات			
مـرض * مـرض *	l Pli confidentiel rem	is*: Oui	تم تقديم الظرف المغلق * : Non			
	Date de grossesse :		تاريخ الحمل: اللالا			
أمومة * 💮 Maternité *	Date prévue d'accouche	ement :	التاريخ المرتقب للولادة :			
أستشفاء * ﴿ ` Hospitalisation *	Date d'hospitalisati		تاريخ الاستشفاء:			
Hospitalisation *	Date d'accident :		تاريخ الحادث:			
Accident *	Causes :		أسباب الحادث :			
ا ذكر أعلاه .  J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseigr  Fait à :  le : المؤمن له (لها)  Signature de l'assuré	حررب: <u>في: لــــ</u> ن	Je déclare les inform Fait à : le : ئۆسسة الصحية	أصرح بمصداقية و صحة المعلوما ations ci-dessus sincères et véritables. خرر بـ: فــــي: للمبادلة في المبادلة أو الم توقيع و طابع الطبيب المعالج أو الم édecin traitant ou de l'Etablissement de soins			

- INP : Identification Nationale du Praticien - ° Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

" أشطب الخانة

يمنع منعا كليا بيع هذا المطبوع

description des actes effectués				جراة	Actes de وصف العمليات المجراة		de Biologie	e Biologie, Radiologie et Imagerie			عمليات الإحياء، الأشعة و الصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات + Lettre clé + Cotation NGAP	يمة المعامل Valeur Clé		توقيع و طايع الطبيب المعالج é Signature et Cachet du Médecin traitant	تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المقوتر Montant facture	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
	£ #			4								
										II I/A W		
							1	INP:		ľ		
				-	-							
				-	+							
-							ı	INP:				
				+								
		CIM -	10		.1-							
		1	المونة	لسلس نجهيزات الطبية	جرد الوصفات التي تم تنفيذها و الن	ı				1 101 1		
The state of the s	Control of the Contro											
Description of	les ordonna	ances exéc	itées et d	CONTRACTOR OF THE PARTY OF THE	édicaux fournis		\ = \ \ \ = \ \ \ = \ \ \ \ = \ \ \ \ \					
تاريخ التنفيذ Date d'exécut		الثمن المقوتر		يزات الطبية	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجه		Actes Paran	iédicaux			عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ التظيذ		(B Monatory, m		يزات الطبية		تاريخ العمليات Dates des actes	Actes Paran رمز العمليات Code des actes		قيمة المعامل Valeur Clé	الميلغ المقوتر Montant facturé	عمليات المساعدين الطبيين توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
تاريخ التظيذ		الثمن المقوتر		يزات الطبية	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجه	تاريخ العمليات	رمز العمليات	nédicaux معامل العمليات Lettre clé +	قيمة المعامل	الليلغ المقوش	توقيع و طابع المساعد الطبي	
تاريخ التظيذ	tion	الثمن المقوتر Prix facture	é	يزات الطبية Signature et Cach de	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجه	تاريخ العمليات	رمز العمليات	nédicaux معامل العمليات Lettre clé +	قيمة المعامل	الليلغ المقوش	توقيع و طابع المساعد الطبي	
تاريخ التظيذ	tion	الثمن المقوتر	é	يزات الطبية Signature et Cach de	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجه	تاريخ العمليات	رمز العمليات	معامل العمليات Lettre clê + Cotation NGAP	قيمة المعامل	الميلغ المقوتر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي	
تاريخ التظيذ	tion	الثمن المقوتر Prix facture	é	يزات الطبية Signature et Cach de	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجه	تاريخ العمليات	رمز العمليات	معامل العمليات Lettre clê + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	الميلغ المقوتر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي	
تاريخ التظيذ	tion	الثمن المقوتر Prix facture	é	يزات الطبية Signature et Cach de	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجه	تاريخ العمليات	رمز العمليات	معامل العمليات Lettre clê + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	الميلغ المقوتر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي	
تاريخ التظيذ	ion	الثمن المقوتر Prix facture	6	يزات الطبية Signature et Cach de	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجه	تاريخ العمليات	رمز العمليات	معامل العمليات Lettre cle + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المِلِغ المغورر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي	
تاريخ التظيذ	ion	الثمن المقوتر Prix facture	6	يزات الطبية Signature et Cach de	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجه	تاريخ العمليات	رمز العمليات	معامل العمليات Lettre cle + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المِلِغ المغورر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي	
تاريخ التظيذ	ion	الثمن المقوتر Prix facture	6	يزات الطبية Signature et Cach de	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجه	تاريخ العمليات	رمز العمليات	معامل العمليات Lettre cle + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المِلِغ المغورر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي	
تاريخ التظيذ	ion	الثمن المقوتر Prix facture	6	يزات الطبية Signature et Cach de	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجه	تاريخ العمليات	رمز العمليات	معامل العمليات Lettre cle + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المِلِغ المغورر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي	