

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

* مو افقة مسبقة * تتفيذ Entente préalable * Exécution *

Réf: 610-1-03 مرجع رقم 1.2.02.01 Réf. ANAM

N° Dossier:

Partie réservée à l'assuré(e)) لها خاص بالمؤمن له)
Nom et prénom :	الاسم العائلي والشخصي :
N° I matriculation : I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I	رقم التسجيل:
N° CIN:	رقم بطاقة التعريف الوطنية: _ _ _ _ _ _ _ _
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *	علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)*
زوج Conjoint	Enfant ن
Adresse :	الأ-: ان ٠
Adresse .	العنوان :
Montant des frais :	مبلغ المصاريف : Dhs در هم
Nombre de pièces jointes :	عدد الوثائق المرفقة:
تصريح الطبيب المعالج Déclaration du médecin traitant	
Bénéficiaire de soins	·
Nom et prénom :	الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance :	تاريخ الازدياد : -
N° CIN: _ _ _ _ _ _ _ _ _	زقم بطاقة التعريف ال
	أنثى *
الجنس:	
INPE et code à barres **	الرقم المشفر الرقم الوطني الاستدلالي و **
_ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _
Médecin traitant	Etablissement de soins
الطبيب المعالج	المؤسسة العلاجية
Type de coine	ا نوع العلاجات
Type de soins Admission ALD*:	توع العدجات *قبول المرض المزمن:
Admission ALD . Oui	ا العراض المراض
N° dossier ALD : ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا	ر قد ملف المد ض الد
Code ALD:	
استشفاء *	*مرض * مرض
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des	Je déclare les informations ci-dessus
renseignements portés ci-avant.	أصرح بمصداقية وصحة sincères et véritables.
Fait à :	Fait à :
في: ا_ا_ا_ا ا_ا_ا ا	في ا_ا_ا_ا_ا_ا_ا
توقيع المؤمن له	توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Signature de l'assuré(e)	Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de
	<u>soins</u>
* Cocher la mantion utila nour chaque case * 4 udial d'il d'il d'il	

^{-**} Accoler l'étiquette portant l'Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins, ainsi que le code à barres.

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes				" " " " " " " " " " " " " " " " " " " "		المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
INPE et code à E	Barre	S						
1_1_1_1_1_	I_I.	_	I_I					
INPE et code à E	3arre	S						
_ _ _ _	1_1	_	<u> </u>					

CIM-10		

Actes Param	édicaux					يات المساعدين الطبيين
تاريخ العمليات Date des actes	العمليات Code d actes	es	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطب <i>ي</i> Signature et Cachet du Paramédi
INPE et code à E		_ I				
INPE et code à E		_ I				

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAPINABM	Lettre clé+ cotation Sigr		توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste		
INPE et code	à Barres _ _ _						
INPE et code							
1_1_1_1_	_ _ _						
De	ذها والتجهيزات الطبية الممود scription des ordonna تاريخ التنفيذ Date d'exécution PE et code à Barres ا _ _ _ _ _ _	inces exécuté		ıtı (t	بهیزات Signature	is توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التج الطبية et Cachet du Pharmacien et eurs des dispositifs médical	
	PE et code à Barres _						
Pro	estations et services n	on pris en ch	arge par l'	Organisme G	Sestionna	ire	
	Nature de la prestation	Prix Un		Quant		Prix Total	

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 CNSS 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 CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède. علاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث

رقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات ، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر)

سم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين نة علاج

رقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأثمنتها مرسلة

قة العلاجات والوثائق الاثباتية إلى الصندوق ان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، ملف في حدود شهرين(60يوما) من انتهاء العلاج

المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية

مة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير ن من خدمات عش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات السعاقب طبقا للمساطر القانونية

من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي م الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO

Identification de l'agent:			
Date de dépôt du dossier: _ _ _ _ _ _ _ _ _	Date d'arrivée:	1_1_1 1_1_1	_ _ _ ;
	-		