

## Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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).

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

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

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

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة واثمنتها بالوصفات المرسلة.

**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.**

**يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق اثباتية إلى التعاقدية 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.**

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفية الوطنية المرجعية.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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.

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

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاقدية

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  
Réf ANAM 1.1.03.01

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) : ..... مبلغ المصاريف (درهم) :

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 الأزيداد :

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

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

Identification du chirurgien dentiste

تعريف طبيب الأسنان

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

Type de soins ..... نوع العلاجات

Soins\* : ..... علاجات :

Prothèse\* : ..... تعويض الأسنان :

Orthodontie et O.D.F\* : ..... تقويم الأسنان والفكين :

Autres\* : ..... علاجات أخرى :

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

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

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

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

<p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه . J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.</p> <p>Fait à : ..... حرر ب : le : ..... في : توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré (e)</p>	<p>أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : ..... حرر ب : le : ..... في : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>
---	--

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

\* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع متعا كليا بيع هذا المطبوع

