

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 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 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 و الوثائق الإثباتية 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.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف 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.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : : Nom et prénom

رقم الانخراط : : N° Affiliation

رقم التسجيل : : N° Immatriculation

رقم بطاقة التعريف الوطنية : : N° CIN

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

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

العنوان : : Adresse

مبلغ المصاريف (درهم) : : Montant des frais (Dhs)

عدد الوثائق المرفقة : : Nombre de pièces jointes

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات : : Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي : : Nom et prénom

تاريخ الزيداد : : Date de naissance

رقم بطاقة التعريف الوطنية : : N° CIN

الجنس* : : Sexe* M ☐ ذكر ☐ F ☐ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : : N° INP

نوع العلاجات : : Type de soins

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

تاريخ الحمل : : Date de grossesse

التاريخ المرتقب للولادة : : Date prévue d'accouchement

تاريخ الاستشفاء : : Date d'hospitalisation

تاريخ الحادث : : Date d'accident

أسباب الحادث : : Causes

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

حرر ب : : Fait à

في : : le

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

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

حرر ب : : Fait à

في : : le

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية : : Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

* أشط الخانة : : * Cocher la mention utile pour chaque case

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : : تاريخ الإيدع

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

description des actes effectués

وصف العمليات المحرارة

[illegible]

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

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

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

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

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					