الضمان الاجتماعي
CNSS
Le devoir de vous protéger

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de Soins Maladie

موافقة مسبقة * Entente préalable *		تنفيذ * Exécution *	

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم 610-1-02 - Réf.

Réf. ANAM : 1.2.01.01

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e) — **خاص بالمؤمن له (لها)**

Nom et prénom : ..... الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : I_I_I_I_I_I_I_I_I_I رقم التسجيل :

N° CIN : I_I_I_I_I_I_I_I_I_I رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Conjoint ☐ زوج — Enfant ☐ ابن

Adresse : العنوان :

Montant des frais : ..... Dhs درهم — مبلغ المصاريف :

Nombre de pièces jointes : ..... عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant — **تصريح الطبيب المعالج**

Bénéficiaire de soins — **المستفيد من العلاجات**

Nom et prénom : ..... الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : I_I_I_I_I_I_I_I_I_I تاريخ الازدياد :

N° CIN: I_I_I_I_I_I_I_I_I_I رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : M ☐ ذكر F ☐ أنثى — الجنس:*

INPE et code à barres ** — **الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر****

Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
I_I_I_I_I_I_I_I_I_I	I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

Type de soins* — **نوع العلاجات***

Hospitalisation ☐ استشفاء — Maternité ☐ أمومة — Accident ☐ حادثة — Maladie ☐ مرض

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

- * Cocher la mention utile pour chaque case — * أشطب الخانة المناسبة
- ** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء ص.ب.2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 080 203 3333
CNSS_Place de DAKAR _ Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

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, ...).

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

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés .

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.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable.
La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

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.

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، ....).

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة ، يجب تقديم الملف في حدود شهرين(60يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.
لائحة هده الخدمات متوفرة لدى جميع و كالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي .

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO	توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence
Date d'arrivée: I_I_I_I_I_I_I_I_I_I تاريخ الاستلام:	Identification de l'agent :..... Date de dépôt du dossier: I_I_I_I_I_I_I_I_I_I تاريخ الإيداع:

DRAFT

Description des actes effectués — وصف العمليات المجراة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
INPE et code à Barres I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I				
INPE et code à Barres I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I				

CIM-10 | | | |

Actes Paramédicaux — عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I					
INPE et code à Barres I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie — عمليات الإحياء، الأشعة والصور

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I				
INPE et code à Barres I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I				

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INPE et code à Barres I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I		
INPE et code à Barres I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total