

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 prise 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 المختبر).

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة واثمنتها بالوصفات المرسل.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعااضدية 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 طبقاً للمساطر القانونية.

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



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
مرجع رقم 1.1.02.01
Ref ANAM

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي و الشخصي :
 رقم الانخراط :
 رقم التسجيل :
 رقم بطاقة التعريف الوطنية :
 علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له*
 Conjoint زوج Enfant ابن
 العنوان :
 مبلغ المصاريف (درهم) :
 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات
 الإسم العائلي و الشخصي :
 تاريخ الأزيداد :
 رقم بطاقة التعريف الوطنية :
 الجنس* : M ذكر F أنتى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدالي للممارس :
 نوع العلاجات
 قبول المرض المزمن : Oui Non
 رقم ملف المرض المزمن :
 رقم العرض المزمن :
 تم تقديم الظرف المغلق : Oui Non
 تاريخ الاستشفاء :
 Date d'hospitalisation :
 * Cocher la mention utile pour chaque case

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه .
 J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.
 حرره :
 في :
 توقيع المؤمن له (لها)
 Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
 Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
 حرره :
 في :
 توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
 Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

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

* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعا كلياً بيع هذا المطبوع

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعااضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع :

