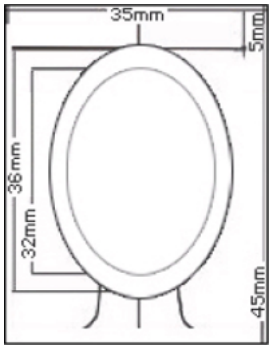


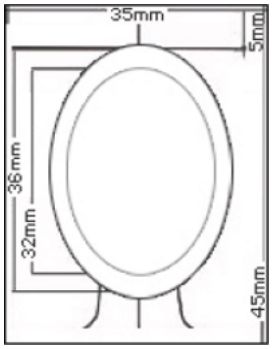
صورة صاحب الطلب

المملكة المغربية

طلب الاستفادة من نظام المساعدة الطبية

طلب جديد: ☐ تجديد الطلب: ☐

جهة	
عمالة أو إقليم	
باشوية ملحقة إدارية أو قيادة	
جماعة	



صورة الزوج

رقم الاستمارة: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

الرقم الشخصي للتغطية الصحية (ر.ش.ت.ص) *: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

1- معلومات حول صاحب(ة) الطلب

الإسم الشخصي		Prénom	
الإسم العائلـي		Nom	
بطاقة التعريف الوطنية			
تاريخ الازدياد	.. / .. /	مكان الازدياد	
العمالة أو الإقليم			
المهنة		مكان مزاولة المهنة	
عنوان السكن			

صفة السكن: ملك ☐ كراء ☐ سكن مجاني ☐ سكن صفيحي ☐ سكن طيني ☐ آخر ☐

مصاريف السكن :(السومة الكرائية أو القسط الشهر) ☐ عدد الغرف(باستثناء المطبخ و المرحاض) ☐

الحالة العائلية: عازب(ة) ☐ متزوج(ة) ☐ مطلق(ة) ☐ أرمل(ة) ☐ زوجة مهجورة ☐ أخرى ☐

عدد الزوجات** ☐

2- معلومات حول الزوجة

الإسم الشخصي		الإسم العائلـي	
بطاقة التعريف الوطنية		المهنة	
تاريخ الازدياد	.. / .. /	مكان الازدياد	
الإستفادة من نظام آخر للتغطية الصحية :نعم ☐ لا ☐		رقم (ش.ت.ص)	

عدد الأبناء : .....عدد الأبناء المتحمل نفقتهم*: ..... العدد الإجمالي لأفراد الأسرة (القاطنين تحت سقف واحد): .....**

لائحة الأطفال المتكفل بهم (*من غير الأبناء: أقل من 21 سنة أو المتمدرسين ما بين 21 و 26 سنة*)

رقم بطاقة التعريف الوطنية	الإسم الشخصي	الإسم العائلـي	تاريخ الازدياد ي / ش/ س	مكان الازدياد		صلة القرابة	الاستفادة من نظام آخر للتغطية الصحية (لا/ نعم)
				الجماعة	الإقليم		
			.. / .. /				
			.. / .. /				
			.. / .. /				
			.. / .. /				
			.. / .. /				
			.. / .. /				

* في حالة تجديد البطاقة

** في حالة تعدد الزوجات يقدم ملف لكل زوجة

*** أقل من 21 سنة أو المتمدرسين ما بين 21 و 26 سنة أو المعاقين العاجزين عن العمل

3- معلومات سوسيو إقتصادية (حضري - قروي)

الماء	**عداد فردي** ☐	**عداد مشترك** ☐	**أخرى** ☐ بئر ☐ مطفية ☐ سقاية عمومية ☐	**المتوسط الشهري لاستهلاك الماء** (درهم) .....
	صرف المياه	قنوات الصرف ☐ حفر مرحاضية ☐ أخرى ☐	**عدد نقط الماء**	حمام ..... دوش ..... مطبخ ..... مغسل (لافابو) .....

الكهرباء	**عداد فردي** ☐	**عداد مشترك** ☐	**أخرى** ☐ طاقة شمسية ☐ غاز ☐ أخرى ☐ بدون ☐	**المتوسط الشهري لاستهلاك الكهرباء** (درهم) .....

الهاتف	**محمول بدون اشتراك** ☐	**محمول باشتراك** ☐	**ثابت باشتراك** ☐	**بدون** ☐	**المتوسط الشهري لاستهلاك الهاتف** (درهم) .....

وسائل النقل الخاصة	**سيارة** ☐	**دراجة هوائية** ☐	**دراجة نارية** ☐	**عربة** ☐	**بدون** ☐	**الاستفادة من امتيازات عينية أو مادية** **- رخصة سيارة أجرة (كريما)** ☐ **- مأدونية النقل** ☐ **- امتيازات أخرى** ☐ **نوعها :.....**

4- معلومات خاصة بالممتلكات بالوسط القروي

الأراضي الفلاحية المستغلة	**مساحة الأراضي السقوية بالهكتار**	.. , ..	**مساحة الأراضي البورية بالهكتار**	.. , ..

الأشجار المثمرة	**نوعها**	.....	**مساحة الأراضي المشجرة بالهكتار**	.. , ..

الماشية (عدد الرؤوس)	**الأبقار**	.....	**الإبل**	.....	**الأغنام**	.....	**الماعز**	.....

الدواب (عدد الرؤوس)	**الخيول**	.....	**البغال**	.....	**الحمير**	.....

عدد الدواجـــن	.....	**أدوات فلاحية ووسائل نقل**	**سيارة شحن (بيكوب)** ☐ **جرار** ☐ **آلة حصاد** ☐ **بدون** ☐

5- تصريح بالدخل

متوسط الدخل الشهري لصاحب الطلب (الراتب الشهري أو (و) الدخل المهني أو (و) عقاري أو (و) تحويلات...) (درهم)	.....	**متوسط الدخل الشهري لجميع أفراد الأسرة المتحمل نفقتهم** (درهم)	.....

الوثائق الواجب الإدلاء بها من أجل طلب الاستفادة من نظام المساعدة الطبية

- ✓ نسخة من بطاقة التعريف الوطنية أو البطاقة الوطنية للتعريف الإلكترونية لصاحب (ة) الطلب؛
- ✓ نسخة من بطاقة التعريف الوطنية أو البطاقة الوطنية للتعريف الإلكترونية للأشخاص المتكفل بهم الراشدين؛
- ✓ صورتان فوتوغرافيتان للتعريف لصاحب(ة) الطلب؛
- ✓ صورتان فوتوغرافيتان للتعريف للزوجة؛
- ✓ شهادة تثبت الإصابة بإعاقة تمنع من مزاولة نشاط مدر للدخل لأحد أبناء صاحب الطلب مسلمة من طرف المصالح التابعة لوزارة الصحة؛
- ✓ شهادة متابعة الدراسة بالنسبة للأبناء أو الأطفال المتكفل بهم الذين تتراوح أعمارهم بين 21 و 26 سنة؛
- ✓ شهادة الحياة الجماعية في حالة تعدد المستفيدين؛
- ✓ شهادة تحمل للأطفال الذين يعيشون تحت سقف واحد مع صاحب الطلب والذين يوجدون تحت كفالته الفعلية التامة والدائمة؛
- ✓ شهادة الأجرة لكل فرد مأجور في الأسرة
- ✓ شهادة السكنى في حالة الإدلاء ببطاقة التعريف الوطنية أو بالوصل المسلم للحصول على البطاقة الوطنية للتعريف الالكترونية

تصريـح بالشـرف

أنا الموقع أسفله، السيد (ة).....

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم :.....بتاريخ.....أشهد بصحة المعلومات المدلى بها بهذا الملف ، كما أصرح أني لا أستفيد من أي نظام للتغطية الصحية (سواء كمؤمن أو ذي حق) و لا أملك شيئا آخر غير ما صرحت به، وبأنني أعلم أن كل نقص في هذه المعلومات أو عدم صحتها يترتب عنه حرماني من الاستفادة من نظام المساعدة الطبية بالإضافة إلى المتابعة القضائية كما هو منصوص عليه في القانون رقم *65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية كما أني ألتزم بالتصريح بكل تغيير طرأ على المعلومات التي أدليت بها بالاستمارة.

حرر ب: ..... بتاريخ .....

إمضاء

---

*تنص المادة 142 من القانون المشار إليه أعلاه أن : كل غش أو تصريح كاذب أو تزييف لأجل الاستفادة من نظام المساعدة الطبية يعرض مرتكبه إلى العقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي المتعلق بهذه الأفعال، دون الإخلال بحق الإدارة في طلب إرجاع مصاريف الخدمات المقدمة إلى المعني بالأمر برسم المساعدة الطبية .

.....

خاص بالإدارة

قرار اللجنة المحلية

مقبول:☐ كفئـة في وضعية فقر ☐ كفئـة في وضعية هشاشة
مرفوض:☐

التعليل في حالة الرفض

.....

توقيعات أعضاء اللجنة المحلية .....

ب..... **بتاريخ**.....

قرار اللجنة الإقليمية في حالة الطعن الإداري

مقبول:☐ كفئـة في وضعية فقر ☐ كفئـة في وضعية هشاشة
مرفوض:☐

التعليل في حالة الرفض

.....

توقيعات أعضاء اللجنة الإقليمية.....

ب..... **بتاريخ**.....

تعيين المركز الصحي	
تاريخ إيداع الملف لدى السلطات المحلية	
تاريخ إرسال الملف للمعالجة المعلوماتية	
تاريخ التوصل بالملف للبث فيه من طرف اللجنة المحلية	
تاريخ التوصل بالملف للبث فيه من طرف اللجنة الإقليمية (في حالة الطعن)	

توصيـل بالإيـداع(*)

أشهد أنا الموقع أسفله السيد: .....أني توصلت من السيد (ة) **:**.....

الحامل (ة) لـ: - بطاقة التعريف الوطنية رقم.....بملف طلب الاستفادة من المساعدة الطبية تحت رقم: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

حرر ب: ..... بتاريخ.....

***لا يخول هذا الوصل صفة مؤهل لنظام المساعدة الطبية**

إمضاء وخاتم السلطة المحلية