

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 المرسله بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية 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 (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لأنحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات 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 للمسطور القانونية.

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

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

<p>الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي C.N.S.S. Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<p>رجع رقم 610-1-02 - Réf.</p>	<p>Reg. ANAM : 1.2.01.01</p>
موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *			

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي :
Nom et prénom :

رقم التسجيل : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
N° Immatriculation :

رقم بطاقة التعريف الوطنية : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
N° CIN :

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

العنوان :
Adresse :

مبلغ المصاريف : Dhs درهم
Montant des frais :

عدد الوثائق المرفقة :
Nombre de pièces jointes :

تصريح الطبيب المعالج
Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات
Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي :
Nom et prénom :

تاريخ الازيداد : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
Date de naissance :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :
N° CIN :

الجنس : *
Sexe* : M ذكر F أنثى

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

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Médecin traitant الطبيب المعالج	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
---	---

نوع العلاجات*
Type de soins*

Hospitalisation مرض Maladie حادثه Accident أمومة Maternité استشفاء

<p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>ف: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Le :</p> <p style="text-align: center;">توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)</p>	<p>أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>ف: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Le :</p> <p style="text-align: center;">توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>
--	--

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

