الصنـدوق الوطنـي لمنظمـات الاحتيـاط الاجتماعـي
ⵜⴰⵙⴷⴰⵡⵉⵜ ⵜⴰⵏⴰⵎⵓⵔⵜ ⵏ ⵜⵉⵡⵉⵍⴰⵏⵉⵏ ⵏ ⵓⵖⵢⵔⴰⵏ ⴰⵏⴰⵎⵓⵔ
Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale

التأمين الإجبـاري عن المـرض
Assurance Maladie Obligatoire

استمارة طلب تمديد حق الاستفادة من الخدمات المضمونة برسم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض

Réservé à l'assuré (e) خاص بالمؤمن له (لها)

Nom & prénom de l'assuré (e)		الاسم العائلي والشخصي للمؤمن (ة)
N° Immatriculation		رقم التسجيل
N° de la CIN		رقم بطاقة التعريف الوطنية
N° de Tél.:		رقم الهاتف
E-mail de l'Assuré		البريد الإلكتروني للمؤمن

Adresse : ..... العنوان

Bénéficiaire المستفيد

Nom et prénom		الاسم العائلي والشخصي
CIN		رقم البطاقة الوطنية
Date de naissance		تاريخ الازدياد

الجنس : ذكر ☐ أنثى ☐

نوع الإعاقة : ذهنية ☐ جسدية ☐

تصريح بالشرف و التزام خاص بالمؤمن له (لها)

أنا الموقع (ة) أسفله أصرح بأن ابني/ابنتي .....

- استوفى(استوفت) السن القانوني للاستفادة من التغطية الصحية الإجبارية الخاصة بأبناء المؤمنين
- يعانـي (تعاني) من إعاقة كاملة دائمة ونهائية يستحيل معها مزاولة أي نشاط مأجور
- لا يزال (تزال) تحت كفالتي الشخصية و غير مسجل (ة) بأي نظام خاص بالتامين الاجباري عن المرض

وأتعهد بأن أخبركم بأي تغيير يطرأ على الحالة الصحية أو المهنية لابني (ابنتي) خصوصا في حالة

- مزاولة أي نشاط مهني مأجور
- الاستفادة من أي نظام خاص بالتامين الاجباري عن المرض

قرأ و صودق عليه من طرف .....

بتاريخ ..... توقيع المصرح .....

ملاحظة هامة

طبقا لأحكام المادة 135 من القانون رقم 00 - 65 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، يعاقب بغرامة من 1000 إلى 5000 درهم وبإرجاع المبالغ المقبوضة بغير حق برسم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للحصول على خدمات غير مستحقة، دون الإخلال بتطبيق العقوبات الأشد منها المنصوص عليها في القانون الجنائي

4, Rue Al Khalil B.P. 209 - Rabat • Maroc Tél.: 05 37 70 92 66 /05 37 70 06 13 / 0538002020 Fax : 05 37 73 12 60
Site Web : www.cnops.org.ma