

ملف طلب التحمل DOSSIER DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

N° de dossier رقم الملف Date : التاريخ

Nom de l'établissement إسم المؤسسة
Adresse : العنوان
Tél.: الهاتف | E-mail: البريد الإلكتروني | Fax : الفاكس

A remplir par l'établissement خاص بالمؤسسة

Assuré المؤمن
N° immatriculation رقم التسجيل
Nom & prénom de l'assuré (e) الاسم العائلي والشخصي
N° de la CIN رقم بطاقة التعريف الوطنية
Adresse : العنوان
Tél. الهاتف

Bénéficiaire des soins différent de l'assuré المستفيد من العلاج

Nom et prénom الاسم العائلي والشخصي
N° de la CIN رقم بطاقة التعريف الوطنية
Lien avec l'assuré Conjoint (زوج) | Enfant (ابن) علاقة القرابة

Hospitalisation الإستشفاء

Service d'hospitalisation مصلحة الاستشفاء
Nature d'hospitalisation طبيعة الاستشفاء
Maladie (مرض) | Maternité (ولادة)
Chirurgie (جراحة) | ALD/ALC (مرض مزمن/مرض مكلف)
Exploration (استكشافات) | Accident (حادث)
Motif d'hospitalisation سبب الاستشفاء
Date prévisible d'hospitalisation التاريخ المتوقع للاستشفاء
le في
Admis (e) en urgence استقبال في حالة استعجال
le في

Durée prévisible d'hospitalisation مدة الاستشفاء المتوقعة

Nombre de jours عدد الأيام
Séjour normal استشفاء عادي
Soins intensifs علاجات مكثفة
Réanimation إنعاش
Cuveuse الحاضنة

Nature des prestations أعمال طبية	Code acte الرمز	Cotation المعامل	Forfait المبلغ الجزافي	Quantité الكمية
Actes médicaux أعمال طبية				
Actes chirurgicaux Et Para-médicaux أعمال جراحية وشبه طبية				
Actes d'exploration استكشافات				

Pièces jointes

Copie CIN
Copie de la carte de l'assuré
Bilan confirmant le diagnostic
Note confidentielle

Ce formulaire doit être rempli avec exactitude pour bénéficier de la PEC dans le meilleur délai / Pour tout renseignement consulter le site de la CNOPS www.cnops.org.ma

INP/Code à barres, signature et cachet de l'établissement

INP/Code à barres, signature et cachet du médecin traitant

Signature de l'assuré