

## Instructions à suivre

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.);

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la Tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

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. (Article 135 de la Loi 65 - 00);

Pour plus d'informations, visitez le site [www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma) ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al KHail, B.P 209- Rabat.

## تعليمات يجب اتباعها

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقيع عليها وإرفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...).

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاضدية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل).

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي،

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفية الوطنية المرجعية،

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية التي تنتمون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء اول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج،

يعاقب بغرامة وإبراجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الاخلال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق [www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma) أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE)، يجب على المستفيدين تدوين إسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنقة الخليل ص.ب 209 الرباط.

## Cachet et signature de la mutuelle

## توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : ..... تاريخ الإيداع : .....



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري): ..... N° du Tél (optionnel): .....

### Partie réservée à l'assuré(e)

### خاص بالمؤمن له (ة)

الإسم العائلي والشخصي : ..... Nom et prénom :  
رقم الانخراط : ..... N° Affiliation :  
رقم التسجيل : ..... N° Immatriculation :  
رقم بطاقة التعريف الوطنية : ..... N° CIN :  
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة)\* : ..... Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*  
Conjoint  زوج  Enfant  ابن   
العنوان : ..... Adresse :  
إجمالي المصاريف (بالدھم) : ..... Montant des frais (Dhs) :  
عدد الوثائق المرفقة : ..... Nombre de pièces jointes :  
العنوان : ..... Adresse :

### Déclaration du médecin traitant

### تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات Bénéficiaire de soins

الإسم العائلي والشخصي : ..... Nom et prénom :  
تاريخ الإزدياد : ..... Date de naissance :  
رقم بطاقة التعريف الوطنية : ..... N° CIN :  
الجنس\* : ..... Sexe\* :  
Masculin  ذكر  Féminin  أنثى

### Identification du médecin traitant

### تعريف الطبيب المعالج

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE) : ..... الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة و مؤسسات العلاج

Type de soins	نوع العلاجات
Maladie* <input type="checkbox"/> مرض* <input type="checkbox"/>	تم تقديم الظرف المغلق* : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Maternité* <input type="checkbox"/> أمومة* <input type="checkbox"/>	Date de grossesse : ..... تاريخ الحمل :
Hospitalisation* <input type="checkbox"/> إستشفاء* <input type="checkbox"/>	Date prévue d'accouchement : ..... التاريخ المرتقب للولادة :
Accident* <input type="checkbox"/> حادث* <input type="checkbox"/>	Date d'hospitalisation : ..... تاريخ الإستشفاء :
	Date d'accident : ..... تاريخ الحادث :
	Causes : ..... أسباب الحادث :
Fait à : ..... حرر بـ : Le : ..... في : توقيع المؤمن (ة) Signature de l'assuré (e)	Fait à : ..... حرر بـ : Le : ..... في : أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

\* Cocher la mention utile pour chaque case

\* ضع علامة في الخانة المناسبة

