

ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins Dentaires

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم 1.1.01.01 Réf ANAM



Entente Préalable* موافقة مسبقة* تنفيذ* Exécution*

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

خاص بالمؤمن (ة) Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم 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 (بالدرهم) : Montant des frais (Dhs) :
عدد الوثائق المرفقة : Nombre de pièces jointes :

تعريف الطبيب المعالج Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات Bénéficiaire de soins

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

تعريف طبيب الأسنان Identification du médecin dentiste

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

نوع العلاجات : Type de soins :
تعويض الأسنان : Prothèse* :
علاجات أخرى : Autres* :
رقم الموافقة المسبقة : N° Entente Préalable :
في حالة حادث يرجى تحديد مايلي : En cas d'accident précisez :
تاريخ الحادث : La date de l'accident :
أسباب الحادث : Les causes de l'accident :

حرر ب : Fait à :
في : Le :
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
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

La vente de cet imprimé est formellement interdite يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

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

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقيع عليها، كما يجب إرفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية والفواتير والرقم التسلسلي للدواء، الفحوصات الإشعاعية عند الإقتضاء...).

La feuille de soins doit porter le code INPE du praticien, ainsi que son cachet, sa signature et la date des actes ;

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرمز التعريفي الوطني لمهنيي الصحة المعالج INPE الخاص بطبيب الأسنان إضافة لتوقيعه وختمه بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

L'obtention d'une entente préalable de votre mutuelle est nécessaire pour certaines prestations. Visitez le site de la CNOPS ou votre mutuelle pour plus d'informations;

يتعين الحصول على الموافقة المسبقة للتعاضدية بخصوص بعض علاجات الأسنان. ولهذا الغرض، يرجى الاطلاع على الموقع الإلكتروني للصدوق أو التعاضدية للمزيد من المعلومات.

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

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à la Mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical. Pour l'orthodontie, le délai est de 60 jours après la fin de chaque semestre. Une entente préalable est nécessaire pour le premier semestre;

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء اول عمل طبي و في حالة تقويم الأسنان، يتم احتساب أجل 60 يوماً ابتداء من تاريخ انتهاء كل أسدس علاج ويجب طلب الموافقة المسبقة للتعاضدية قبل الشروع في أول أسدس علاج.

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);

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

Pour plus d'informations, visitez le site www.cnops.org.ma ou le site de votre mutuelle.

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصدوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

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 Khlil, B.P 209- Rabat .

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE)، يجب على المستفيدين تدوين أسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصدوق الكائن في: 4 زقة الخليل ص.ب 209 الرباط.

توقيع وطابع التعاضدية Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

تاريخ الإيداع : Date de dépôt du dossier :

