

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

يجب كتابة الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

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.

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.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

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

توقيع و طابع 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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] تاريخ الإيداع :

Date d'arrivée : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] تاريخ الإستلام :

ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins dentaires		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
موافقة مسبقة* Entente préalable*	تنفيذ* Exécution*	رجوع رقم : 610-1-04 Rég: ANAM 1.2.03.01
Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)		
الإسم العائلي والشخصي : Nom et prénom :		
رقم التسجيل : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] N° Immatriculation :		
رقم بطاقة التعريف الوطنية : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] N° de la Carte d'Identité Nationale :		
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)* Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* هو نفسه <input type="checkbox"/> Lui même <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/>		
العنوان : Adresse :		
مبلغ المصاريف : Dhs. Montant des frais :		
عدد الوثائق المرفقة : Nombre de pièces jointes :		
تصريح طبيب الأسنان Déclaration du Chirurgien Dentiste		
المستفيد من العلاجات : Bénéficiaire des soins : الإسم العائلي والشخصي : Nom et prénom :		
تاريخ الأزيداد : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Date de naissance :		
رقم بطاقة التعريف الوطنية : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] N° de la Carte d'Identité Nationale :		
الجنس* : Sexe* : M <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>		
تعريف الطبيب المعالج Identification du Chirurgien Dentiste		
الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] N° INP :		
نوع العلاجات Type de soins		
علاجات* <input type="checkbox"/> Soins*		
البدلة السنية* <input type="checkbox"/> Prothèse*		
تقويم الأسنان الوجهي* <input type="checkbox"/> Orthodontie faciale*		
علاجات أخرى* <input type="checkbox"/> Autres*		
رقم الموافقة المسبقة : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] N° Entente préalable : في حالة حادث. يرجى تحديد ما يلي : En cas d'accident préisez تاريخ : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Date d'accident		
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه. J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		
أصرح بمصادقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.		
ف : Fait à : توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré (e)		
ف : Fait à : توقيع وطابع طبيب الأسنان Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste		

* - INP : Identification Nationale du Praticien
* - Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع العلامة في الخانة المناسبة

دار المؤمن- ساحة دالكر- الدار البيضاء ص.ب. 2186 لدار البيضاء المحطة- الهاتف 05 22 54 86 07 الفاكس : 05 22 54 86 73 الموقع على الأنترنت : www.cnss.ma
Maison de l'Assuré-Place de DAKAR-Casablanca B.P 2186 Casa-Gare-Téléphone: 05 22 54 86 07- Fax : 05 22 54 86 73-Web:www.cnss.ma
مركز الاتصال 08200 7200 Centre d'appels

