

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.);

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

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;

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 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;

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 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 KHALIL, B.P 209- Rabat .

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

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

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

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

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

يعاقب بغرامة وإرجاع 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 أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعااضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :

ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان
Feuille de soins Dentairesالتأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم 1.1.01.01 Réf ANAM

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

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن (ة)

الاسم العائلي والشخصي : **Patient Demo**
 رقم الانخراط :
 رقم التسجيل :
 رقم بطاقة التعريف الوطنية :
 علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة) :
 العنوان :
 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

إجمالي المصاريف (بالدرهم) :
 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

الاسم العائلي والشخصي : **Patient Demo**
 تاريخ الزدياد :
 رقم بطاقة التعريف الوطنية :
 الجنس* :
 N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE) :
 Sexe* : Masculin ☐ ذكر Féminin ☐ أنثى

Identification du médecin dentiste

تعريف طبيب الأسنان

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

نوع العلاجات :
 تعويض الأسنان : ☐ علاجات : ☐ Prothèse* :
 علاجات أخرى : ☐ تقويم الأسنان والفكين : ☐ Orthodontie et O.D.F* :
 رقم الموافقة المسبقة :
 في حالة حادث يرجى تحديد مايلي :
 تاريخ الحادث :
 أسباب الحادث :
 N° Entente Préalable :
 En cas d'accident précisez :
 La date de l'accident :
 Les causes de l'accident :

Fait à : حرر بـ :
 Le : في :
 توقيع المؤمن (ة)
 Signature de l'assuré (e)
 أشهد بصحة
 كل ما ذكر أعلاه
 J'atteste sur l'honneur
 l'exactitude des renseignements
 portés ci-avant.

Fait à : حرر بـ :
 Le : 2021/02/26 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

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

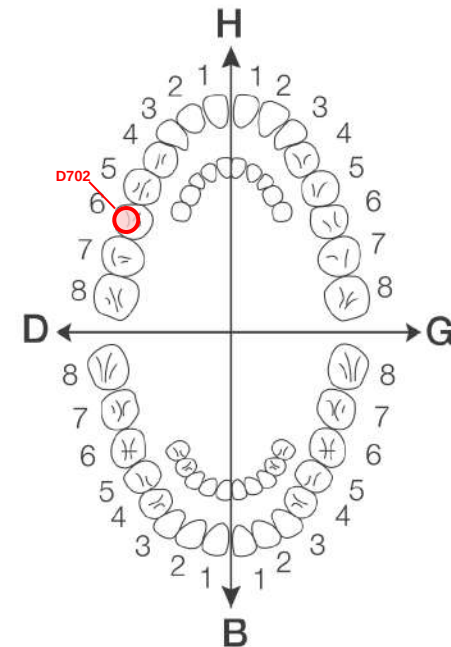
جـرد الوصفــــــــــــــــات

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

عمليات المساعدين الطبيين

وصف العمليات

CIM - 10



Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et son coefficient d'après la nomenclature des actes professionnels.