





# Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

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).

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

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

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.

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

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

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.

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

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة بكل مرض ولكل حدث .

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

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأمنيتها بالوصفات المرسلة .

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 .

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية .

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض .

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

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

توقيع وطابع 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 : 11/11/2014

Date d'arrivée : تاريخ الاستلام : 11/11/2014



## ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان

### Feuille de soins dentaires

موافقة مسبقة\*  
Entente préalable\*

تنفيذ\*  
Exécution \*

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie  
Obligatoire

مرجع رقم : 610-1-04

Ref : ANAM 1.2.03.01

### Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : KANA Maryame

N° Immatriculation : 110794049

N° de la Carte d'Identité Nationale : 91454

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \* علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن Lui même ☒ هو نفسه

Adresse : 118 Casa Neuve

Montant des frais : 1000,00 Dhs. مبلغ المصاريف :

Nombre de pièces jointes : 03 عدد الوثائق المرفقة :

### Déclaration du Chirurgien Dentiste تصريح طبيب الأسنان

Bénéficiaire des soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : Kana Maryame الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : 13/05/1979 تاريخ الميلاد :

N° de la Carte d'Identité Nationale : 91454 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe\* : M ☐ ذكر F ☒ أنثى الجنس :

### Identification du Chirurgien Dentiste تعريف الطبيب المعالج

N° INP 094169117 الرقم الوطني للإستدالي للممارس :

Type de soins نوع العلاجات

Soins\* ☒ علاجات

Prothèse\* ☐ البدلة السنية

Orthodontie faciale\* ☐ تقويم الأسنان الوجهي

Autres\* ☐ علاجات أخرى

N° Entente préalable : رقم الموافقة المسبقة :

En cas d'accident préisez في حالة حادث . يرجى تحديد مايلي :

Date d'accident تاريخ : 11/11/2014

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ماذكر أعلاه.  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Fait à : Casa في : 11/11/2014

Le : 11/11/2014 توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

Fait à : Casa في : 11/11/2014

Le : 11/11/2014 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 الزمن - ساحة دكاك - الدار البيضاء من. ب. 2186 الدار 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





بيان تعويضات التأمين الصحي  
الإجباري

RELEVÉ DES PRESTATIONS  
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Référence structurée : 210806941517019

Emis à Casablanca le : 03/08/2021

Page : 1

Identifiant de la famille تعريف العائلة

KANA MARIEM  
DB NEJMA BLOC 457 N[ 1118 HAY HASSANI  
CASABLANCA 2023

N° d'immatriculation : 110794049

Règlement du mois : 08/2021

Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
KANA MARIEM										
076483724	20/04/2021	D	CHIRURGIEN DENTISTE	4 000,00	2 250,00	1,00	3,00	6 750,00	70	2 800,00
Total remboursé pour MARIEM										2 800,00
Total général remboursé										2 800,00

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Commentaire 076483724