Instructions à suivre	تعليمات يجب إتباعها
Etablir une feuille de soins par personne et par événement.	تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مريض 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 الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.
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.	يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية.
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.
Toute personne coupable de fraude pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.	كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة 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 و كل ما سبق ذكره.

ترقيم وطابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

Date de dépôt du dossier : |__|__|__|__|__|__|__|__| تاريخ الايداع :

Indice de révision : 04

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
CNSS
Le devoir de vous protéger

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de Soins Maladie

موافقة مسبقة * Entente préalable*		تنفيذ * Exécution *	

مديرية التعويضات العائلية والصحية
Direction des Prestations Familiales et Sociales

Réf. :451-4-42 : مرجع

Application de la Convention de Sécurité Sociale MAROC -.....

N° du code à barre :..... الرقم المشفر:
N° Dossier sur l'application :..... رقم الملف:

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

Nom et prénom : ..... الاسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation : ..... التسجيل :
N° de la carte d'Identité Nationale : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Qualité de l'assuré : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له(لها) *
Travailleur ☐ Pensionné ☐
Adresse au Maroc: العنوان في المغرب
Nombre de pièces jointes : ..... عدد الوثائق المرفقة:
Référence de l'attestation d'ouverture de droit { formulaire..... du..... au..... / N° de dossier de l'attestation.....

Declaration du Medecin traitant **تصريح الطبيب المعالج**

Bénéficiaire de soins **المستفيد من العلاجات**

Nom et prénom : ..... الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| تاريخ الازدياد:
N° de la carte d'Identité Nationale : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *
Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن
Sexe* : M ☐ ذكر F ☐ انثى الجنس *:

Type de soins :
Hospitalisation ☐ استشفاء Prothèse ☐ التقويم Appareillage ☐ العدات Maladie ☐ مرض

INPE et code à barres **		**رقم المشفر الرقم الوطني الاستدلالي	
Etablissement de soins	المؤسسة العلاجية	Médecin traitant	الطبيب المعالج
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	
Nom de l'établissement des soins :.....		Nom et prenom du medecin traitant :.....	
Nature de l'intervention :.....		Nature de la maladie :.....	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.	أشهد بصدقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Fait à : ..... le : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
ترقيم المؤمن له(لها)	Fait à : ..... le : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
Signature de l'assuré(e)	**ترقيم وطابع الطبيب المعالج او المؤسسة الصحية**
	Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

Description des actes effectués — وصف العمليات المجراة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé – Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant

INP et code a barres — الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر

INP et code a barres — الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر

CIM-10			

Actes Paramédicaux — عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé – Cotation NGAP	عدد العمليات Nombre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

INP et code a barres — الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر

INP et code a barres — الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième revision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie — عمليات الإحياء، الأشعة والصور

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé – Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة او الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

INP et code a barres — الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر

INP et code a barres — الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المدونة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي او ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

INP et code à barres — الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر

INP et code à barres — الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire — خدمات ومصالح غير متحملة من طرف المؤسسة المسيرة

Nature de la prestation طبيعة الخدمات	Prix Unitaire ثمن الوحدة	Quantité العدد	Prix Total الثمن الإجمالي