

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Établir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مريض وكل 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 الأصلية (وصفات طبية، فواتير، نتائج الضروررية أو صفحات 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 للمريض 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 la fin des soins dentaire.

يجب تقديم ورقة علاجات اللثة السنية ووثائق التوثيق في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين بعد انتهاء العلاجات.

La feuille de soins de la prothèse dentaire ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent la mise en place de la prothèse dentaire définitive.

يجب تقديم ورقة علاجات اللثة السنية ووثائق التوثيق في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين بعد وضع لثة السنية النهائية.

La feuille de soins de l'orthodontie faciale ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suit le semestre accordée par la CNSS

يجب تقديم ورقة علاجات التويم السني الوجهي ووثائق التوثيق في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين بعد موافقة اللجنة المشورة من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

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

سيتم تعويض المبلغ المصروف على أساس التعريفية لوظيفة المرجعية.

L'accord préalable de la CNSS pour l'orthodontie faciale est nécessaire et valable pour une durée de six mois.

الموافقة المسبقة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بالنسبة للتويم السني الوجهي ضرورية وصالحة لمدة ستة أشهر.

L'accord préalable de la CNSS pour l'orthodontie faciale et la prothèse dentaire est soumis à l'accord préalable de la caisse étrangère dans des cas particuliers ; et ce, en application des dispositions des conventions internationales.

إن الموافقة المسبقة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بالنسبة لعلاجات اللثة السنية و التويم السني الوجهي رهنية بالموافقة المسبقة للصندوق الوطني الاجنبي في بعض الحالات وذلك طبقا لما تضمن عليه بنود الاتفاقيات الدولية.

Toute personne capable de fraude pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

كل من ثبت عليه على أو تصريحا كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسطور القانوني.

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 وطبع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

Date de dépôt du dossier : _____ تاريخ الإيداع : _____



ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان

Feuille de Soins Bucco-dentaire

موافقة مسبقة
Entente préalable

تنفيذ
Exécution

مديرية التوظيفات العائلية
والصحية

Direction des Prestations
Familiales et Sociales

رقم الهاتف: 461 4 75 29

Application de la Convention de Sécurité Sociale MAROC -

N° du code à barre :

N° Dossier sur l'application :

Partie réservée à l'assuré(e) :

Nom et prénom :

N° Immatriculation :

N° de la carte Nationale d'Identité :

Qualité de l'assuré(e) : Travailleur Pensionné

Adresse au Maroc :

Nombre de pièces jointes :

Référence de l'attestation d'ouverture de droit : { formulaire du
N° de dossier de l'attestation.....

Déclaration du Chirurgien Dentiste

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° de la carte d'Identité Nationale :

Lien de parenté du Bénéficiaire avec l'assuré(e) : Conjoint زوج M ذكر F Enfant ابن بنت

Sexe : M F

INPE et code à barres :

Type se soins : اللعلاج اللثة السنية تقويم الأسنان الوجهي علاجات أخرى

Soins : اللعلاج اللثة السنية تقويم الأسنان الوجهي علاجات أخرى

Orthodontie faciale : اللثة السنية تقويم الأسنان الوجهي

Autres soins : علاجات أخرى

N° Entente préalable :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés et avant
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

Le :

توقيع المؤمن له (ها)
Signatures de l'assuré(e)

توقيع وطبع طبيب الأسنان
Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste

Description des ordonnances

جدول الوصفات

Date d'execution تاريخ تنفيذ	Prix facture مبلغ الفاتورة	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux توقيع وطابع الصيدلي أو موزن الأجهزة الطبية
INP :		

INP :		
-------	--	--

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحصاء، الأشعة و الصور

Date des actes تاريخ العمليات	Code des Actes رمز العمليات	Motif Lettre de Coation NGAP مطلب العملية حرف تسمية NGAP	Valeur cte قيمة الحساب	Montant facture مبلغ الفاتورة	Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الأحيائي

INP :					
-------	--	--	--	--	--

INP :					
-------	--	--	--	--	--

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدة الطبيين

Date des actes تاريخ العمليات	Code des Actes رمز العمليات	Motif Lettre de Coation NGAP مطلب العملية حرف تسمية NGAP	Valeur cte قيمة الحساب	Montant facture مبلغ الفاتورة	Signature et Cachet du Paramedical توقيع وطابع المساعد الطبي

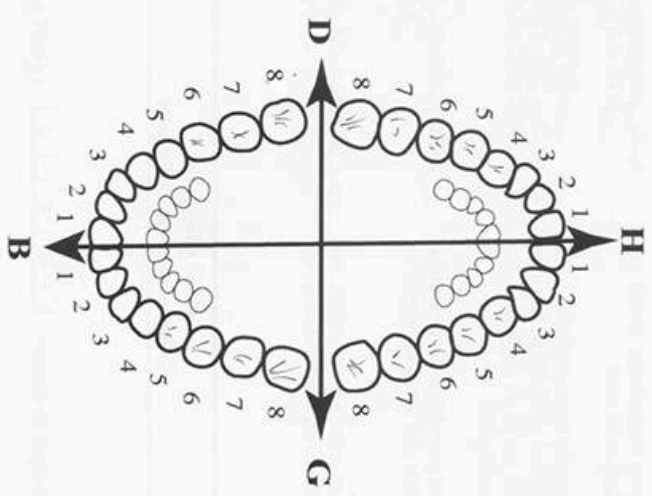
INP :					
-------	--	--	--	--	--

INP :					
-------	--	--	--	--	--

Description des actes effectués

وصف العمليات الجراحية

Dents traitées أسنان معالجة	Code des actes رمز العمليات	Date des actes تاريخ العمليات	Motif Lettre de Coation NGAP مطلب العملية حرف تسمية NGAP	Valeur cte قيمة الحساب	Montant Facture مبلغ الفاتورة	Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste توقيع وطابع طبيب الأسنان Dentiste



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

على الطبيب تحديد السن المعالجة الجراحية مع تحديد طبيعة العلاجات وكذا معاملاتها طبقا لتابل العمليات المهنية