



Dossier de Demande de Prise en Charge

التأمين الصحي الإجباري
Assurance Maladie Obligatoire
Réf: ANAM: 1.1.1.05.01

N° du dossier :

Date:

Nom de l'établissement :

Adresse :

Tél :

Fax :

A remplir par l'établissement

Assuré :

N° immatriculation : /_/_/_/_ /_/_/_/_/_/_/_/_

Nom et prénom :

N° CIN:

Adresse :

Tel :

Bénéficiaire des soins différent de l'assuré

Nom et prénom :

N° CIN:

Date de naissance :

Lien de parenté : Conjoint

Enfant

Hospitalisation

Service d'hospitalisation:

Nature d'hospitalisation:

Maladicaie

Chirurgie

Exploration

Maternite

ALD/ALC

Accident

Motif d'hospitalisation :

Date prévisible d'hospitalisation:

Admis(e) en urgence le :

Durée prévisible d'hospitalisation

Nombre de jours

séjour normal

soins intensifs

réanimation

couveuse

Nature des prestations	code acte	cotation	forfait	quantité
------------------------	-----------	----------	---------	----------

Actes médicaux

Actes chirurgicaux
Actes para médicaux

Actes d'explorations

Actes facturés en sus et soumis au contrôle médical

Nature des prestations	code acte	cotation	forfait	quantité
------------------------	-----------	----------	---------	----------

Pièces jointes:

Copie CIN

Copie de la carte de l'assuré

Note confidentielle

Bilans confirmant le diagnostic

INP/ code barres, signature et cachet de l'établissement :

INP/ code barres, signature du médecin traitant:

Signature de l'assuré:

*Ce formulaire doit être rempli avec exactitude pour avoir une PEC dans le meilleur délai

* Pour tous renseignements consulter le site de la CNOPS : www.cnops.org.ma