

## Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض 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.

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأدمنتها بالوصفات المرسلة.

**La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle 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.**

**يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعااضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.**

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

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

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

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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.

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

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

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعااضدية

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : ..... تاريخ الإيداع :



## ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
مرجع رقم 1.1.02.01 Réf ANAM

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

### Partie réservée à l'assuré(e)

### خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : ..... الإسم العائلي و الشخصي :

N° Affiliation : ..... رقم الإنخراط :

N° Immatriculation : ..... رقم التسجيل :

N° CIN : ..... رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* ..... علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له\*  
Conjoint  زوج  Enfant  ابن

Adresse : ..... العنوان :

Montant des frais (Dhs) : ..... مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : ..... عدد الوثائق المرفقة :

### Déclaration du médecin traitant

### تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins ..... المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : ..... الإسم العائلي و الشخصي :

Date de naissance : ..... تاريخ الإزدياد :

N° CIN : ..... رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe\* : ..... الجنس\*  
M  ذكر  F  أنثى

### Identification du médecin traitant

### تعريف الطبيب المعالج

N° INP ..... الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins ..... نوع العلاجات

Admission ALD\* : ..... قبول المرض المزمن :  Oui  Non

N° dossier ALD\* : ..... رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD : ..... رقم المرض المزمن :

Soins ambulatoires\*  ..... تم تقديم الظرف المغلق :  Oui  Non  
Eلاجات خارجية\* \*Pli confidentiel remis\* :  Oui  Non

Hospitalisation\*  ..... تاريخ الإستشفاء : .....

|   |   |
|---|---|
| <p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه .<br/>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.</p> <p>Fait à : .....<br/>حريري : .....</p> <p>le : .....<br/>في : .....</p> <p>توقيع المؤمن له (لها)<br/>Signature de l'assuré (e)</p> | <p>أصرح بمصادقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .<br/>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : .....<br/>حريري : .....</p> <p>le : .....<br/>في : .....</p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية<br/>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p> |
|---|---|

- INP : Identification Nationale du Praticien  
- \* Cocher la mention utile pour chaque case

\* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعا كليا بيع هذا المطبوع

## Recommandations pour le médecin traitant

**QUELQUES CONSEILS A L'USAGE DU MEDecin TRAITANT  
POUR REMPLIR LE FORMULAIRE D'EXAMEN ALD**

Ce formulaire est à remplir si votre patient (e) est atteint (e) d'une affection de longue durée qui nécessite des soins continus ou particulièrement coûteux. Un seul formulaire est à remplir pour chaque patient .

Ce formulaire est rempli en accord avec votre patient et lui sera remis sous pli confidentiel pour constituer son dossier d'affection de longue durée auprès de la CNOPS.

Ce pli confidentiel doit contenir toutes les pièces justificatives originales.

L'assuré présentera le pli confidentiel à une agence CNOPS ou l'adressera par courrier à l'adresse suivante :

**Caisse Nationale des Organismes  
de Prévoyance Sociale  
8-10 rue Al Khaili B.P 209  
Rabat**

### Comment remplir ce formulaire

L'avis de la CNOPS est rendu en fonction des éléments figurant sur ce formulaire. C'est pourquoI le diagnostic précis de l'affection de longue durée motivant la demande et sa date présumée de début, confirmé par les arguments cliniques détaillés et par les résultats des examens complémentaires nécessaires, doit y figurer ainsi que les actes et prestations médicalement requis par la maladie. Il convient donc de décrire de façon détaillée le projet thérapeutique et le suivi que vous envisagez pour votre patient .

### Les affections de longue durée

Votre patient peut bénéficier des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire s'il est reconnu atteint d'une des affections, comportant un traitement prolongé et/ou une thérapie particulièrement coûteuse, inscrites sur la liste des maladies graves ou invalidantes nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux donnant droit à exonération en vertu de l'article 9 de la loi n°65-00 fixée par arrêté du ministre de la santé. <sup>(1)</sup>

Cette liste est arrêtée en considération de la fréquence de la maladie, de sa gravité, surtout en termes d'incapacité et d'invalidité, de sa chronicité, de la charge de morbidité dont elle est responsable et du coût de sa prise en charge.

Arrêté ministériel n° 2518-05 BO n° 5384 du 05/01/2006

Réf : 110401

8 Rue Al Khaili B.P 209 - Rabat - Tél. : 037.70.57.23 - Fax : 037.73.12.60  
Site web : www.cnops.org.ma

**Dossier d'examen ALD (à remettre sous pli confidentiel)  
Information(s) concernant la maladie**

Diagnose(s) de l'(des) affection(s) de longue durée motivant la demande et sa (leurs) date(s) présumée(s) de début

| ALD | CIM-10 | Date de début | Observations |   |   |
|-----|--------|---------------|--------------|---|---|
|     |        |               | 1            | 2 | 3 |
|     |        |               |              |   |   |
|     |        |               |              |   |   |
|     |        |               |              |   |   |

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents

Actes et prestations médicalement requis

Spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques ou dispositifs médicaux

Suivi biologique prévu (Type d'actes)

Recours à des spécialistes (préciser la spécialité et le type d'acte de spécialité prévu)

Recours à des professionnels de santé para-médicaux

| Durée prévisible | Date de début | Date de fin |
|------------------|---------------|-------------|
|                  |               |             |
|                  |               |             |

Des soins:

De l'arrêt de travail, s'il y a lieu:

Autres observations

Accident de travail: Oui / Non Date d'accident:   

Maladie professionnelle: Oui / Non

Autres:

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à:.....Le...../...../.....

Cachet et Signature du Médecin traitant:

Un seul dossier est rempli par patient

8 Rue Al Khaili B.P 209 - Rabat - Tél. : 037.70.57.23 - Fax : 037.73.12.60  
Site web : www.cnops.org.ma

Réf : 110401