الضمان الإجتماعي
CNSS

# ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان
# Feuille de soins dentaires

| موافقة مسبقة* Entente préalable* | | تـنـفـيـذ* Exécution* | X |
|---|---|---|---|

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : 610 -1 -04 Réf. :

Réf.: ANAM 1. 2. 03. 01

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

الإسم العائلي والشخصي : Nom et prénom : BENNANI MOHAMMED

رقم التسجيل : N° Immatriculation : 1 2 3 4 5 6 7 8 9

رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° de la Carte d'Identité Nationale : A B 1 2 3 4 5 6

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

هو نفسه Lui même [X] ابن Enfant [ ] زوج Conjoint [ ]

العنوان : Adresse : 154, Boulevard Zerktouni, Casablanca

مبلغ المصاريف : Montant des frais : 887.50 Dhs. درهم

عدد الوثائق المرفقة: Nombre de pièces jointes : 3

## Déclaration du Chirurgien Dentiste تصريح طبيب الأسنان

**المستفيد من العلاجات :** **Bénéficiaire des soins :**

الاسم العائلي و الشخصي : Nom et prénom : BENNANI MOHAMMED

تاريخ الازدياد : Date de naissance : 15 06 1985

رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° de la Carte d'Identité Nationale : A B 1 2 3 4 5 6

الجنس*: Sexe* : أنثى F [ ] ذكر M [X]

## Identification du Chirurgien Dentiste تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : N° INP 1 0 2 9 3 8 4 7 5

## Type de soins نوع العلاجات

| | | |
|---|---|---|
| Soins* | [X] | علاجات* |
| Prothèse* | [X] | البدلة السنية* |
| Orthodontie faciale* | [ ] | تقويم الأسنان الوجهي* |
| Autres* | [ ] | علاجات أخرى* |

رقم الموافقة المسبقة : N° Entante préalable :

في حالة حادث. يرجى تحديد ما يلي : En cas d'accident présisez

تاريخ : Date d'accident

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

ب : Fait à : Casablanca

في : Le : 14 10 2026

توقيع و طابع طبيب الأسنان
Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

ب : Fait à : Casablanca

في : Le : 14 10 2026

توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e)

* ضع العلامة في الخانة المناسبة
- * Cocher la mention utile pour chaque case
- INP : Identification Nationale du Praticien

دار المؤمن- ساحة داكار- الدار البيضاء ص.ب.2186 الهاتف 07 86 54 22 05 الفاكس : 73 86 54 22 05 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 7200 08200 Centre d'appels

## 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 أوالمختبر). |
| Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins. | يجب كتابة الإسم 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 وأثمنتها بالوصفات المرسلة. |
| 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. | 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(60يوما) من انتهاء العلاج. |
| 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. |
| Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts. | الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض 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 أوتصريح كاذب للإستفادة 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 وكل ما سبق ذكره. |

| خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري<br>**Réservé à la DAMO** | توقيع و طابع الوكالة<br>**Cachet et Signature de l'Agence** |
|---|---|
| **Date d'arrivée :** 14 10 2026 تاريخ الإستلام : | **Identification de l'agent :** AG-9021<br>**Date de dépôt du dossier :** 14 10 2026 تاريخ الإيداع : |

## Description des ordonnances — جرد الوصفات

| تاريخ التنفيذ<br>Dates d'exécution | المبلغ المفوتر<br>Prix facturé | توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية<br>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux |
|---|---|---|
| 14/10/2026 | 145.50 | |
| INP : 4 0 5 1 6 2 7 3 8 | | |
| | | |
| INP : | | |

## Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie — عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

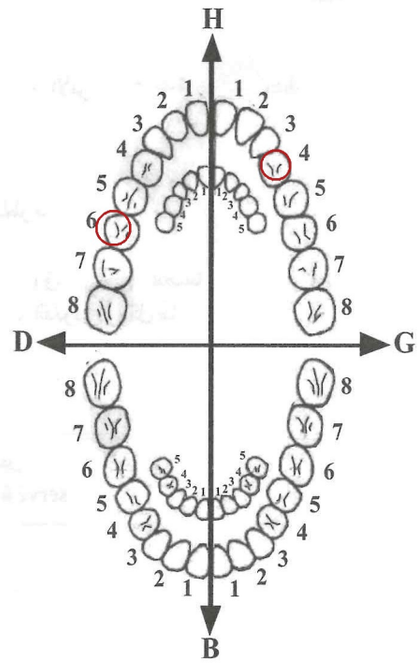
| تاريخ العمليات<br>Dates des actes | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clè+<br>Cotation NGAP | قيمة المعامل<br>Valeur Clé | المبلغ المفوتر<br>Montant facturé | توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي<br>Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste |
|---|---|---|---|---|---|
| 14/10/2026 | R01 | Z08 | 14.00 | 112.00 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| INP : 3 0 9 1 8 2 7 3 6 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| INP : | | | | | |

## Actes Paramédicaux — عمليات المساعدين الطبيين

| تاريخ العمليات<br>Dates des actes | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clè+<br>Cotation NGAP | قيمة المعامل<br>Valeur Clé | المبلغ المفوتر<br>Montant facturé | توقيع و طابع المساعد الطبي<br>Signature et Cachet du Paramédical |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| INP : | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| INP : | | | | | |

## Description des actes effectués — وصف العمليات المجراة

| أسنان معالجة<br>Dents traitées | رمز العمليات<br>Code des actes | تاريخ العمليات<br>Dates des actes | معامل العمليات<br>Lettre clè+<br>Cotation NGAP | قيمة المعامل<br>Valeur Clé | المبلغ المفوتر<br>Montant facturé | توقيع و طابع طبيب الأسنان<br>Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | D10 | 14/10/2026 | Z15 | 14.00 | 210.00 | |
| 24 | D25 | 14/10/2026 | Z30 | 14.00 | 420.00 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |




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 المعالج، العملية المجراة مع تحديد طبيعة العلاجات و كذا معاملها طبقا لدليل العمليات المهنية.