

## Instructions à suivre

Établir une feuille de soins par personne et par événement.

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).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

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.

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.

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

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

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

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.

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

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

## تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مريض وكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الطبية الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأئمة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للمريض المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب تقديم ورقة علاجات الأسنان ووثائق الإثبات في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين بعد انتهاء العلاجات.

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

يجب تقديم ورقة علاجات التويم السني الوجهي ووثائق الإثبات في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين بعد تثبيت التويم السني من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

سيتم تعويض المبلغ المصروفة على أساس التغطية لوظيفة المرجية.

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

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

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

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



الضمان الاجتماعي  
MOROCCAN  
CNSS

Le devoir de vous protéger

موافقة مسبقة  
Entente préalable

تنفيذ  
Exécution

مديرية التوظيفات العائلية  
و الصحية

Direction des Prestations  
Familiales et Sociales

تلفون : 461 4 76 29

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

N° du code à barre : الرقم المعلق :

N° Dossier sur l'application : رقم الملف :

Partie réservée à l'assuré(e) شخص بالتأمين له (لها)

Nom et prénom : الاسم العائلي والخاصي

N° Immatriculation : رقم التسجيل :

N° de la carte Nationale d'Identité : رقم البطاقة الوطنية للتعريف :

Qualité de l'assuré(e) صفة المؤمن له (لها)

Adresse au Maroc عنوان في المغرب

Manoe المغرب

Nombre de pièce jointes : عدد الوثائق المرفقة :

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

Déclaration du Chirurgien Dentiste تصريح طبيب الأسنان

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : الاسم العائلي والخاصي

Date de naissance : تاريخ الزاينة :

N° de la carte d'Identité Nationale : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du Bénéficiaire avec l'assuré(e) علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (لها)

Sexe : الجنس : زوج  ذكر  F  Enfant  لين

INPE et code à barres الرقم الوطني الإستهلاكي لطبيب الأسنان

Type se soins نوع العلاجات

Soins الللاجات

Prothèse اللدلة السنية

Orthodontie faciale تقويم الأسنان الوجهي

Autres soins علاجات اخرى

N° Entente préalable : رقم الموافقة المسبقة

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. أصرح بصدقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à : Fait à : تاريخ الإيداع : تاريخ الإيداع :

Le : Le : توقيع المؤمن له (لها) توقيع وطبع طبيب الأسنان

Signatures de l'assuré(e) Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste

