

Feuille de soins
ورقة العلاجات

N° dossier :

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne traitée et par évènement (Maladie, hospitalisation ou accident).

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل شخص معالج، ولكل حدث (مرض، استشفاء، حادث).

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

يجب كتابة الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على ورقة العلاجات.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales. Les factures acquittées, les vignettes PPM et prospectus des médicaments doivent être joints aux ordonnances. Joindre le certificat d'ALD délivré par le médecin traitant en cas d'ALD constatée pour la 1^{ère} fois.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الإثباتية الأصلية الضرورية. يجب إرفاق الفواتير، أوراق التعليلات الخاصة بالأدوية المشتراة وأتمنتها بالوصفات المرسلية، وإرسال شهادة الأمراض الطويلة الأمد بالنسبة للحالات التي تم إكتشافها لأول مرة.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être remises trois mois au maximum après la date de délivrance de la première ordonnance. Si le traitement dure plus de 3 mois, l'assuré est tenu d'adresser une facture partielle à la fin de chaque période de 3 mois.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية في أجل لا يتعدى 3 أشهر من تاريخ أول وصفة طبية. في حالة العلاج المستمر، يجب تقديم الفاتورة الجزئية مع انتهاء كل 3 أشهر.

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 تبث في حقه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة سيتم معاقبته طبقا للقوانين المعمول بها.

Le remboursement des soins en série (injection, rééducation, traitement...) dépassant deux séances par assuré est subordonné à un accord préalable de La Marocaine Vie.

على المؤمن الحصول مسبقا على موافقة المغربية للحياة في حالة التعويض عن العلاجات المتكررة (حقن، إعادة التأهيل، ترويض...) التي تتفوق حصتين.

Pour les extractions multiples dépassant 5 dents, les soins dentaires spéciaux, parodontie et orthodontie, l'accord préalable de La Marocaine Vie est requis.

يستلزم الحصول مسبقا على موافقة المغربية للحياة عند خلع أكثر من 5 أسنان، العلاجات الطبية الخاصة للأسنان، تقويم اعوجاج الأسنان وطقم الأسنان.

N.B : Toutes les pièces justificatives remises à l'occasion d'un sinistre sont conservées par l'assureur.

ملاحظة : كل الوثائق الإثباتية التي يتم الإدلاء بها عند أي حدث سيتم الإحتفاظ بها لدى المغربية للحياة.

A remplir par l'assuré (e)

يتم ملؤه من طرف المؤمن

N° Contrat : رقم العقد :

Nom et prénom de l'assuré (e) : الإسم العائلي والشخصي للمؤمن :

N° CIN : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] رقم بطاقة التعريف الوطنية : Montant des frais : مبلغ المصاريف :

Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة : Date des soins : تاريخ العلاجات :

A remplir par le médecin traitant

يتم ملؤه من طرف الطبيب المعالج

Bénéficiaire des soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom de la personne traitée : الإسم العائلي والشخصي للشخص المعالج :

Lien de parenté avec l'assuré(e)* Assuré مؤمن Conjoint زوج Enfant ابن * علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن :

Date de naissance : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] تاريخ الإزدياد : Sexe : F أنثى M ذكر :

Etablissement de soins : مؤسسة العلاجات. Téléphone : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] الهاتف :

Adresse : عنوان :

Nature de la maladie : طبيعة المرض :

Catégorie des soins

نوع العلاجات

| | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| Maladie* <input type="radio"/> | مرض* <input type="radio"/> | Hospitalisation* <input type="radio"/> | إستشفاء* <input type="radio"/> | Maternité* <input type="radio"/> | أمومة* <input type="radio"/> | Accident* <input type="radio"/> | حادث* <input type="radio"/> |
| A l'étranger* <input type="radio"/> | | Oui <input type="radio"/> نعم | Non <input type="radio"/> لا | Date accident : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | | تاريخ الحادث : | |
| Date d'entrée : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | | تاريخ الدخول : | | Causes et circonstances : | | أسباب الحادث : | |
| Date de sortie : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | | تاريخ الخروج : | | | | | |

Pli confidentiel remis* Oui نعم Non لا * يتم تقديم طرف مغلق :

| | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Fait à حرر ب | Fait à حرر ب |
| Le [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] بتاريخ | Le [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] بتاريخ |
| Signature de l'assuré (e) إمضاء المؤمن | Cachet et signature du médecin traitant ختم وإمضاء الطبيب المعالج |

*Cocher la mention utile pour chaque case

*وضع علامة في الخانة المناسبة

VOLET CLIENT

| | | |
|----------------------------|-----------------------------------------|------------------|
| CONTRAT N° | | Cachet compagnie |
| NOM DE LA PERSONNE TRAITEE | | |
| DATE DE DEPOT | [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | |
| DATE DES SOINS | [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | |

Relevé des frais d'honoraires

بيان مصاريف العلاج

| Date des soins تاريخ العلاجات | Nature des soins طبيعة العلاجات | Nombre et coefficient عدد و معامل | Montant détaillé des honoraires المبلغ المفصل للمصاريف | Cachet et signature du médecin attestant le paiement des soins ختم وتوقيع الطبيب يثبت استخلاص المصاريف |
|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Exécution des ordonnances

تنفيذ الوصفات الطبية

| Cachet du pharmacien ou du fournisseur ختم الصيدلي | Date تاريخ | Montant de la facture مبلغ الفاتورة |
|-------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Analyses - Radiographies

تحاليل - أشعة

| Date des soins تاريخ العلاجات | Désignation des coefficients تحديد المعامل | Montant des honoraires مبلغ المصاريف | Cachet et signature du laboratoire ou du radiologue attestant le paiement des soins توقيع وختم المختبر يثبت استخلاص المصاريف |
|----------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Actes médicaux ou Para médicaux - Auxiliaires médicaux

إجراءات طبية - مساعدين طبيين

| Date des soins تاريخ العلاجات | Coefficients معامل | Nombre عدد | | | | Montant des honoraires مبلغ المصاريف | Cachet et signature du praticien ختم وتوقيع الممارس |
|----------------------------------|-----------------------|---------------|----|----|----|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |



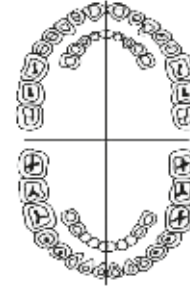
VOLET CLIENT

• Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la compagnie.

Déclarations de soins dentistes (à remplir par le praticien)

بيان العلاجات الطبية للأسنان (يتم ملؤه من طرف الممارس)

**Interventions
تدخلات**



| Dents traitées الأسنان المعالجة | Dates des soins تاريخ العلاج | Nature de l'intervention عدد التدخلات | Coefficient معامل | Coefficient des travaux معامل العلاجات |
|------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

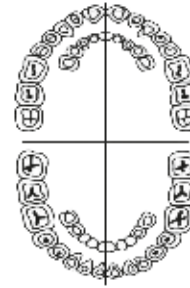
Montant des soins
مبلغ العلاج

Date de la proposition
تاريخ الإقتراح

Date de l'exécution
تاريخ التنفيذ

O.D.F et prothèses dentaires

تقويم إعوجاج الأسنان



(Création, remont, adjonction.)
(إنشاء، إصلاح، إضافة.)

Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession
وظيفية، علاجية، ولأزمة للمهنة.

Coefficient des travaux
معامل العلاجات

Montant des soins
مبلغ العلاج

Date de la proposition
تاريخ الإقتراح

Date de l'exécution
تاريخ التنفيذ

Visa et cachet du praticien attestant la proposition
توقيع وختم الممارس يثبت الإقتراح

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution
توقيع وختم الممارس يثبت التنفيذ