

	<b>FEUILLE DE SOINS</b>	<b>AGENCE</b>
	DOSSIER NUMERO	
	PN	REF. : 451-4-42
<b>Application de la Convention de Sécurité Sociale MAROC</b>		
<b>VALABLE POUR</b>	- Les honoraires des médecins généralistes et spécialistes, les sages femme les auxiliaires médicaux - Les frais d'analyses médicales, de radiologie, pharmaceutiques et appareillages ordonnés par le médecin traitant.	
N° d'affiliation du travailleur à la S. S. ....		
<b>QUALITE DU MALADE</b>		
(1) <input type="checkbox"/> LE TRAVAILLEUR	<input type="checkbox"/> Absence autorisée	<input type="checkbox"/> Congé payé (1) <input type="checkbox"/> Transfert temporaire de résidence
(1) <input type="checkbox"/> MEMBRE DE LA FAMILLE ACCOMPAGNANT LE TRAVAILLEUR		
(1) <input type="checkbox"/> LE PENSIONNE		
(1) <input type="checkbox"/> MEMBRE DE LA FAMILLE DEMEURE AU MAROC		
Référence de l'autorisation de prise en charge { N° ..... du ..... au .....		
<b>RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE</b>		
Nom ..... Prénom .....		
Date de naissance ..... Degré de parenté .....		
Adresse au Maroc ou toute correspondance doit être adressée (2) .....		
(1) Mettre une croix dans la case correspondante.		
(2) Ecrire en capitales d'imprimerie		
Fait à ..... Le .....		
<b>Signature du malade ou de son représentant</b>		

<b>LABORATOIRE</b>		<b>RADIOLOGIE</b>	
COTATION PAR EXAMEN		COTATION PAR EXAMEN	
Référence codée	Cotation	Référence codée	Cotation
1 .....	.....	1 .....	.....
2 .....	.....	2 .....	.....
3 .....	.....	3 .....	.....
4 .....	.....	4 .....	.....
5 .....	.....	5 .....	.....
6 .....	.....	6 .....	.....
7 .....	.....	7 .....	.....
8 .....	.....	8 .....	.....
9 .....	.....	9 .....	.....
10 .....	.....	10 .....	.....
11 .....	.....	11 .....	.....
12 .....	.....	12 .....	.....
13 .....	.....	13 .....	.....
14 .....	.....	14 .....	.....
15 .....	.....	15 .....	.....
16 .....	.....	16 .....	.....
17 .....	.....	17 .....	.....
18 .....	.....	18 .....	.....
19 .....	.....	19 .....	.....
<b>TOTAL</b>	<b>B</b>	<b>TOTAL</b>	<b>B</b>

  

Date des examens	Montant des examens	Signature	Identification du laboratoire ou du radiologue

**Important :** Le dossier médical de soins doit être déposé à l'Agence par les bénéficiaires dans un délai ne dépassant pas 2 mois suivant le dernier acte du médecin.

Page 1 : A remplir par le travailleur, le pensionné ou par le membre de sa famille.  
Page 2 : Réserve au médecin traitant et auxiliaire Médical.  
Page 3 : Réserve au pharmacien ou au fournisseur.  
Page 4 : Réserve au laboratoire et à la radiologie

**PARTIE RESERVEE AU PRATICIEN TRAITANT**

IDENTIFICATION DU PRATICIEN TRATANT

IDENTIFICATION DE L'AUXILIAIRE MEDICAL

**PRATICIEN – A) – PRESTATIONS DES ACTES**

**– B) – PAIEMENTS DES ACTES**

Dates des actes médicaux	Désignation des actes suivant nomenclature	Del. d'une ORD	1 - chambre 2 - sortie autorisé	Signature du praticien	Montant des honoraires perçus	Frais de déplacement		Signature attestant le paiement
						KM	Montant	

**AUXILIARES MEDICAUX**


Le remboursement par la C.N.S.S. de l'ensemble des frais médicaux est subordonné à l'indication par le praticien traitant du montant exacte des honoraires et frais de déplacement

**PARTIE RESERVEE AU PHARMACIEN OU AU FOURNISSEUR**

Date de l'ordonnance ou de la fourniture	Montant	Signature du pharmacien ou du fournisseur	Identification du pharmacien ou du fournisseur

**IMPORTANT :** Le remboursement des frais pharmaceutique et fournitures est subordonné à la présentation des ordonnances sur lesquelles on aura préalablement collé les vignettes dans l'ordre de la prescription.