

Arrêté du ministre de la santé n°3129-15 du 7 hija 1436 (21 septembre 2015) fixant le modèle de la déclaration produite par l'étudiant

sur sa couverture médicale ainsi que la forme et le contenu de la demande d'immatriculation auprès de la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale.

LE MINISTRE DE LA SANTE,

Vu le décret n° 2-05-657 du 18 kaada 1436 (3 septembre 2015) pris pour l'application de la loi n° 116-12 relative au régime de l'assurance maladie obligatoire de base des étudiants, notamment son article 9 ;

Sur proposition de l'Agence nationale de l'assurance maladie,

ARRÊTE :

ARTICLE PREMIER . – Les modèles de la déclaration à produire par l'étudiant sur sa couverture médicale, sont fixés à l'annexe 1 du présent arrêté, selon la situation de l'étudiant.

ART. 2. – La forme et le contenu de la demande d'immatriculation des étudiants auprès de la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale, sont fixés à l'annexe 2 du présent arrêté.

ART. 3. – Le présent arrêté est publié au *Bulletin officiel*.

Rabat, le 7 hija 1436 (21 septembre 2015).

EL HOUSSAINE LOUARDI.

*** ***

ANNEXE
Fiche n°1

1

ملحق
جدادة رقم 1
Réf ANAM : 1.1.143.01



FICHE N°1 : DECLARATION SUR LA COUVERTURE MEDICALE DE BASE DE L'ETUDIANT

Cas d'un(e) étudiant(e) célibataire

Informations sur le cursus universitaire	
Année d'inscription ou de réinscription	:
Personne de droit public ou de droit privé	:
Etablissement	:

Coordonnées de l'étudiant	
N°CNIE / N°CNE	:
Nom et Prénom	:
Date de naissance	:
Adresse	:
Nationalité	:
N° du Compte bancaire(RIB)	:
Couverture médicale de base	:

Information(s) sur le père	
N°CNIE	:
Nom, prénom et date de naissance	: Né le :
Date du décès	:

Information(s) sur la mère	
N°CNIE	:
Nom, prénom et date de naissance	: Né le :
Date du décès	:

Signature légalisée de l'étudiant	Cachet de l'établissement
	Date d'inscription de l'étudiant :
	Date de validation de la fiche :

Cette fiche est considérée comme une déclaration sur l'honneur. Il s'en suit que toute fausse déclaration peut déclencher des poursuites pénales à l'encontre de son auteur.

* * *

ANN EXE
Fiche n° 2

1

ملحق
جدادة رقم 2
Réf ANAM : 1.1.144.01



FICHE N°2 : DECLARATION SUR LA COUVERTURE MEDICALE DE BASE DE L'ETUDIANT

Cas d'un(e) étudiant(e) marié(e)

Informations sur le cursus universitaire	
Année d'inscription ou de réinscription	:
Personne de droit public ou de droit privé	:
Etablissement	:

Coordonnées de l'étudiant	
N°CNIE / N°CNE	:
Nom et Prénom	:
Date de naissance	:
Adresse	:
Nationalité	:
N° du Compte bancaire(RIB)	:
Couverture médicale de base	:

Information(s) sur le conjoint	
N°CNIE	:

Signature légalisée de l'étudiant	Casier de l'établissement
	Date d'inscription de l'étudiant :
	Date de validation de la fiche :

Cette fiche est considérée comme une déclaration sur l'honneur. Il s'en suit que toute fausse déclaration peut déclencher des poursuites pénales à l'encontre de son auteur.

ANNEXE
Fiche n°3

1

ملحق
جدادة رقم 3
Réf ANAM : 1.1.145.01



FICHE N°3 : DECLARATION SUR LA COUVERTURE MEDICALE DE BASE DE L'ETUDIANT

Cas d'un(e) étudiant(e) divorcé(e)

Informations sur le cursus universitaire	
Année d'inscription ou de réinscription :	
Personne de droit public ou de droit privé :	
Etablissement :	

Coordonnées de l'étudiant	
N°CNIÉ / N°CNE :	
Nom et Prénom :	
Date de naissance :	
Adresse :	
Nationalité :	
N° du Compte bancaire(RIB) :	
Couverture médicale de base :	

Information(s) sur le père	
N°CNIÉ :	
Nom, prénom et date de naissance :	Né le :
Date du décès :	

Information(s) sur la mère	
N°CNIÉ :	
Nom, prénom et date de naissance :	Né le :
Date du décès :	

Information(s) sur le conjoint	
N°CNIÉ :	Date du divorce :

Signature légalisée de l'étudiant	Cochet de l'établissement
	Date d'inscription de l'étudiant :
	Date de validation de la fiche :

Cette fiche est considérée comme une déclaration sur l'honneur. Il s'en suit que toute fausse déclaration peut déclencher des poursuites pénales à l'encontre de son auteur.

ANNEXE
Fiche n°4

1

ملحق
جدادة رقم 4

Réf ANAM : 1.1.146.01



FICHE N°4 : DECLARATION SUR LA COUVERTURE MEDICALE DE BASE DE L'ETUDIANT

Cas d'un(e) étudiant(e) veuf(ve)

Informations sur le cursus universitaire

Année d'inscription ou de réinscription :
 Personne de droit public ou de droit privé :
 Etablissement :

Coordonnées de l'étudiant

N°CNIE / N°CNE :
 Nom et Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse :
 Nationalité :
 N° du Compte bancaire(RIB) :
 Couverture médicale de base :

Information(s) sur le père

N°CNIE :
 Nom, prénom et date de naissance : Né le :
 Date du décès :

Information(s) sur la mère

N°CNIE :
 Nom, prénom et date de naissance : Né le :
 Date du décès :

Information(s) sur le conjoint

N°CNIE : Date du décès :

Signature légalisée de l'étudiant

Cachet de l'établissement

Date d'inscription de l'étudiant :
 Date de validation de la fiche :

Cette fiche est considérée comme une déclaration sur l'honneur. Il s'en suit que toute fausse déclaration peut déclencher des poursuites pénales à l'encontre de son auteur.

ANNEXE
Fiche n°5

1

ملحق
جدادة رقم 5
Réf ANAM : 1.1.147.01



FICHE N°5 : DECLARATION SUR LA COUVERTURE MEDICALE DE BASE DE L'ETUDIANT

Cas d'un(e) étudiant(e) de nationalité étrangère

Informations sur le cursus universitaire

Année d'inscription ou de réinscription :
Personne de droit public ou de droit privé :
Etablissement :

Coordonnées de l'étudiant

N° du titre de séjour :
Nom et Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Nationalité :
N° du Compte bancaire(RIB) :

Signature légalisée de l'étudiant

Cochins de l'établissement

Date d'inscription de l'étudiant :
Date de validation de la fiche :

Cette fiche est considérée comme une déclaration sur l'honneur. Il s'en suit que toute fausse déclaration peut déclencher des poursuites pénales à l'encontre de son auteur.

Annexe
Recto du Document n° 1

2

ملحق
وجه الوثيقة رقم 1

إلى
السيد مدير
الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي

A

**Monsieur le Directeur
de la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale**

Objet : Demande d'immatriculation des étudiants éligibles au bénéfice du régime de l'assurance maladie obligatoire de base des étudiants.

الموضوع: طلب تسجيل الطلبة المؤهلين للاستفادة من نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالطلبة.

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir procéder à l'immatriculation des étudiants éligibles, dont ci-joint la liste nominative, au bénéfice du régime de l'assurance maladie obligatoire de base des étudiants.

سلام تام بوجود مولانا الإمام،

يشرفني أن أطلب منكم تسجيل الطلبة المؤهلين للاستفادة من نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالطلب، المرفقة قائمة بأسمائهم.

Veillez agréer Monsieur le Directeur, l'assurance de ma haute considération.

وتفضلوا السيد المدير، بقبول فائق الاحترام والتقدير.

والسلام

توقيع و طابع
الشخص الخاضع للقانون العام أو للقانون الخاص

في:

وحرر ب:

Cachet et signature
Personne de droit public ou de droit privé

Fait à :

Le :

Annexe
Verso du Document n° 1

2

ملحق
قفا الوثيقة رقم 1

التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالطلبة
ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE DE BASE DES ETUDIANTS

Réf ANAM : 1.1.141.01

طلب تسجيل الطلبة المؤهلين للاستفادة من نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالطلبة
لدى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي

Demande d'immatriculation des étudiants éligibles au bénéfice du régime de l'assurance maladie
obligatoire de base des étudiants auprès de la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale

Année d'inscription ou de réinscription : سنة التسجيل أو إعادة التسجيل:

Personne de droit public

الشخص الخاضع للقانون العام

ou de droit privé..... أو للقانون الخاص

Nom de l'établissement : اسم المؤسسة:

Secteur : Public العام Privé الخاص القطاع:

Numéro d'affiliation : / _ / _ / _ / _ / _ / رقم الانخراط:

Adresse de l'établissement : عنوان المؤسسة:

Ville : المدينة Code postal : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | الرمز البريدي:

Tél : الهاتف

Fax : الفاكس

Adresse mail de l'établissement : البريد الإلكتروني للمؤسسة:

Nombre d'étudiants éligibles : عدد الطلبة المؤهلين :

Montant des cotisations dues * : مبلغ الاشتراكات المستحقة*:

Date et référence du paiement * : * n° تاريخ ومرجع الأداء * : * Date : / _ / _ / _ / _ / _ / _ / التاريخ

*Pour les établissements de l'enseignement
Supérieur privé et les filières payantes

*بالنسبة لمؤسسات التعليم العالي الخاص والمسالك المؤدى عنها

ANNEXE
Document n° 2

2

ملحق
وثيقة رقم 2

التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالطلبة

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE DE BASE DES ETUDIANTS

Réf ANAM:1.1.142.01

Liste nominative des étudiants éligibles au bénéfice du régime de l'assurance maladie obligatoire de base des étudiants*

Référence de paiement	
Date de divorce du conjoint	
Date de décès du conjoint	
CNIE du conjoint	
Date de décès de la mère	
Date de naissance de la mère	
Prénom de la mère	
Nom de la mère	
CNIE de la mère	
Date de décès du père	
Date de naissance du père	
Prénom du père	
Nom du père	
CNIE du père	
Type de couverture	
Couverture médicale de l'étudiant	
Date d'inscription étudiant	
RIB	
Adresse mail étudiant	
Téléphone étudiant	
Adresse étudiant	Région étudiant
	Ville étudiant
	Code postal étudiant
	Adresse étudiant
sexe étudiant	
Date de naissance étudiant	
Prénom étudiant	
Nom étudiant	
Nationalité étudiant	
Situation familiale étudiant	
CNE étudiant	
CNIE étudiant	
Filière	
Etablissement	
Personne de droit public ou de droit privé	
Année d'inscription ou de réinscription	

* Ce document doit être transmis à la CNOPS sous format fichier