

Cette partie ne concerne que les bénéficiaires
des anciens régimes de remboursement

HOSPITALISATION

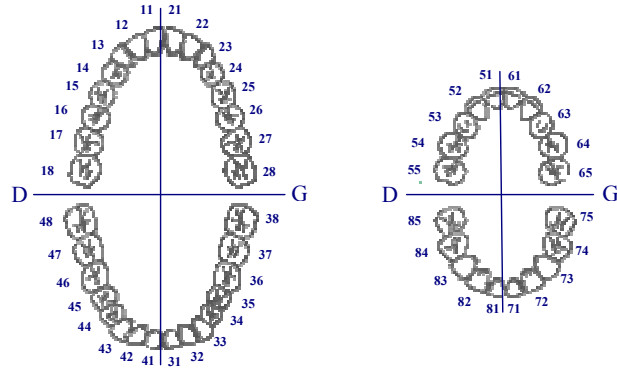
Prière joindre le rapport médical et une facture détaillée

DATE ENTREE	DATE SORTIE	MONTANT	CODE ETABLISSEMENT	CACHET ET SIGNATURE

CONSULTATIONS ET ACTES DE SOINS DENTAIRES

Il est indispensable d'indiquer la dent traitée, de désigner les actes pratiqués en se référant aux codes et cotations de la nomenclature officielle

DATE	DENT	CODE ACTE	COTA TION	HONORAI RES	CODE du professionnel de santé	CACHET ET SIGNATURE



PROTHESES DENTAIRES

DATE	DENTS	CODE ACTE	COTA TION	HONORAI RES	CODE du professionnel de santé	CACHET ET SIGNATURE

ACTES PARAMEDICAUX

DATE	CODE ACTE	COTA TION	HONORAI RES	CODE du professionnel de santé	CACHET ET SIGNATURE



الصندوق الوطني للتأمين على المرض
Caisse Nationale d'Assurance Maladie

بطاقة استرجاع مصاريف علاج BULLETIN DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SOINS

A REMPLIR PAR L'ASSURE SOCIAL

يعمل من طرف المضمون الاجتماعي

IDENTIFIANT
UNIQUE

المعرف الوحيد

Régime complémentaire :

Compagnie d'assurance
ou Mutuelle

النظام التكميلي :

مؤسسة التأمين أو التعاونية

L'assuré social

المضمون الاجتماعي

Prénom : الاسم:

Nom : اللقب:

Adresse : العنوان:

Code postal : الترقيم البريدي:

Le malade

المريض

(**) الأصل (**) L'ascendant (**)	(*) الابن (*) L'enfant (*)	القرين Le conjoint	المضمون لاجتماعي L'assuré social
(*) 1 ^{er} Enfant = 01 ; 2 ^{ème} = 02 ; 3 ^{ème} = 03 ... etc		(*) الابن الأول = 01 ؛ الثاني = 02 ؛ الثالث = 03 ... إلخ	
(**) Le Père = 01 ; La Mère = 02		(**) الأب = 01 ؛ الأم = 02	

PRENOM : الاسم:

NOM : اللقب:

DATE DE NAISSANCE : تاريخ الولادة:

SIGNATURE DE L'ASSURE إمضاء المضمون الاجتماعي

Très important : veuillez déposer ce
formulaire au centre régional ou local le
plus proche de votre domicile.

هام جدا! تسلم هذه البطاقة إلى أقرب مركز جهوي
أو محلي لمقر إقامتكم.

A REMPLIR PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE

Soins effectués ou Prescrits dans le cadre de :

APCI Suivi de la grossesse Autres
 Date prévue d'accouchement

NOM ET PRENOM DU MALADE :

CONSULTATIONS ET VISITES

DATE	DESIGNATION	HONORAIRES	CODE du professionnel de santé	CACHET ET SIGNATURE

ACTES MEDICAUX

Joindre obligatoirement la prescription précisant l'acte effectué

DATE	CODE ACTE	COTATION	HONORAIRES	CODE du professionnel de santé	CACHET ET SIGNATURE

BIOLOGIE

DATE	MONTANT	CODE du professionnel de santé	CACHET ET SIGNATURE

- ☛ Ce bulletin doit être rempli soigneusement et avec la plus grande précision.
- ☛ Ce bulletin ne peut servir que pour un seul malade.
- ☛ Toute fraude ou fausse déclaration est passible des poursuites judiciaires et des sanctions prévues par la réglementation en vigueur.

ACCOUCHEMENT

Joindre obligatoirement l'extrait de naissance du nouveau né

DATE	CODE HOSPITALISATION	FORFAIT	CODE clinique	CACHET ET SIGNATURE

PHARMACIE

DATE (de dispensation)	MONTANT	CODE du professionnel de santé	CACHET ET SIGNATURE

COLLER ICI LES VIGNETTES

- ☛ يجب تحرير هذه المطبوعة بكل دقة وعناية.
- ☛ لا يمكن استعمال هذه البطاقة إلا لمريض واحد.
- ☛ كل تدليس أو تزوير يعرض صاحبه للتعديات والعقوبات المنصوص عليها في القانون الجاري به العمل.