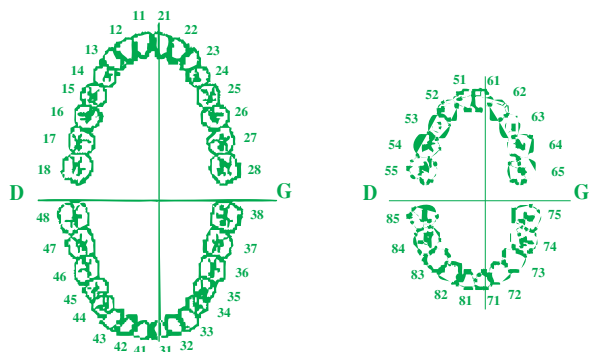


## CONSULTATIONS ET ACTES DE SOINS DENTAIRES

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	COTATION	HONORAIRES	CODE Professionnel de santé	CACHET ET SIGNATURE



## PROTHESES DENTAIRES

DATE	DENTS	CODE ACTE	COTATION	HONORAIRES	CODE Professionnel de santé	CACHET ET SIGNATURE



الصندوق الوطني للتأمين على المرض

Réf. Dossier

## بطاقة استرجاع مصاريف علاج BULLETIN DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SOINS

A REMPLIR PAR L'ASSURE SOCIAL

يعمر من طرف المضمون الاجتماعي

IDENTIFIANT UNIQUE

المعرف الوحيد

CNSS ☐

CNRPS ☐

Convention bilatérale ☐

L'assuré social

المضمون الاجتماعي

Prénom : ..... : الإسم

Nom : ..... : اللقب

Adresse : ..... : العنوان

Code postal : ..... : الترقيم البريدي

Le malade

المريض

الأصل (\*\*) L'ascendant (\*\*)

الابن (\*) L'enfant (\*)

الزوجة Le conjoint

المضمون الاجتماعي L'assuré social

(\*) 1<sup>er</sup> Enfant = 01, 2<sup>ème</sup> = 02, 3<sup>ème</sup> = 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

N° DU TEL PORTABLE ..... رقم الهاتف الجوال

SIGNATURE DE L'ASSURE ..... إمضاء المضمون الاجتماعي

**Très important :** Veuillez déposer ce formulaire au centre régional ou local le plus proche de votre domicile dans un délai ne dépassant pas les **60 jours** de la date des soins.

**هام جدا :** تسلم هذه البطاقة إلى أقرب مركز جهوي أو محلي لمقر إقامتكم خلال مدة لا تفوق **60 يوما** من تاريخ العلاج.

## A REMPLIR PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE

Soins effectués ou Prescrits dans le cadre de :

APCI ☐ MO ☐ Hospitalisation ☐ Suivi de Grossesse ☐

Préciser le code APCI ☐ ☐ 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 Professionnel de santé	CACHET ET SIGNATURE

### ACTES PARAMEDICAUX

DATE	CODE ACTE	COTATION	HONORAIRES	CODE 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\* / HOSPITALISATION\*\*

DATE	CODE HOSPITALISATION	FORFAIT	CODE clinique	CACHET ET SIGNATURE

\*\* en cas d'accouchement joindre obligatoirement l'extrait de naissance du nouveau né في حالة الولادة يتعين إرفاق مضمون ولادة المولود الجديد

### 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 للتبعات العدلية والعقوبات المنصوص عليها في القانون الجاري به العمل.