

DOCUMENTS A FOURNIR

الوثائق المطلوبة

Acte العلاج	Feuille de soins ورقة العلاجات	Ordonnance الوصفة	Compte rendu التقرير الطبي	Facture détailée فاتورة مفصلة	Vignette الانوات
Analyses تحاليل طبية	•	•	•		
Traitements spéciaux (*) علاجات خاصة (*)	•	•	•		
Radiologie اشعة	•	•	•		
Hospitalisation إقامة بالمستشفى	•		•	•	
Frais pharmaceutiques المصاريف الصيدلانية	•	•			•
Optique بصري	•	•		•	
Prothèse Dentaire طقم الأسنان	•	•		•	
Maternité أمومة	•			•	

* échographies - épreuve d'effort - Trans-oeso-gastro intestinale - urétro-graphie rétrograde - angiographie - artériographie - cathétérisme - pace exploration fonctionnelle respiratoire

* تصوير صدري - إخبار الإجهاد - أمراض الجهاز الهضمي - تصوير شعاعي لمجرى البول - تصوير الأوعية - تصوير الشريان - القسطرة - سرعة والفيزيولوجيا الكهربائية السريرية - الاستكشاف الوظيفي التنفسي.

Important

- Utilisez un bulletin de soins par malade et par événement.
- La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives.
- « AMANA » peut réclamer toutes autres pièces justificatives permettant le traitement de la présente demande.

هام:

- تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مريض ولكل حدث.
- يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية.
- يجوز لأمانة المطالبة بأي وثيقة أخرى تراها ضرورية لتسوية الملف.

BULLETIN DE SOINS

ورقة العلاجات

Ce bulletin doit être remis à tout médecin, praticien, clinique, laboratoire ou autre professionnel de la santé afin de le faire renseigner pour tous les soins prodigués. Il sera, par la suite, remis à AMANA pour toute demande de remboursement.

يجب تقديم هذه الورقة لأي طبيب، معالج، عيادة، مختبر أو غيره من المهنيين الصحيين لاطلاعهم على جميع الرعاية المقدمة. سيتم بعد ذلك تقديمها إلى أمانة لأي طلب تعويض.

PARTIE RESERVEE A AMANA

إطار مخصص بأمانة

Souscripteur (Nom de l'entreprise) * : المكتب (اسم الشركة) باللاتينية* :
Nom et prénom de l'adhérent * : لقب وإسم المنخرط باللاتينية* :
N° Immatriculation CNAS * : رقم تسجيل الضمان الاجتماعي * :
N° RIB /RIP (20 chiffres) : رقم الهوية البنكية أو البريد * :
Nom et Prénom du bénéficiaire (si différent de l'adhérent)* : لقب و إسم المستفيد (إن لم يكن المنخرط) باللاتينية* :

Date de naissance* : تاريخ الميلاد* :
Qualité du bénéficiaire* : صفة المستفيد* :

Adhérent ☐ المنخرط Conjoint ☐ الزوج
Personne à charge ☐ شخص متكفل به Enfant ☐ الطفل

PARTIE À FAIRE REMPLIR PAR LE PRATICIEN *

إطار مخصص للمعالج*

Date de soins تاريخ العلاج	Code et coefficient الرمز والمعامل	Montant des honoraires perçus مبلغ المصاريف المستلم	Signature & Cachet du praticien إمضاء ختم المعالج

Les champs marqués d'un (*) sont obligatoires

الخانات التي تحمل علامة (*) إلزامية

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus

أشهد بصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à :

ب:

Le :

في:

Signature de l'adhérent(e)

توقيع المنخرط (ة)