

 <p>الضمان الإجتماعي CNSS</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>* موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>* تنفيذ * Exécution *</p> </div> </div>	<p>برية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>Réf : 610-1-02 Réf. ANAM : 1.2.01.01 رقم</p>
--	---	--

N° Dossier : @Dossier@

Nom et prénom :	@fullname@	@ar_fullname@	الاسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation :	@Immatriculation@		رقم :
التسجيل			
N° CIN :		@cin@	م بطاقة :
التعريف الوطنية			
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *			علاقة القرابة بين (*)
المستفيد والمؤمن له (لها)			
Conjoint	@Conjoint@	زوج	
Enfant	@Enfant@	ابن	
Adresse :	@Adresse@		:
العنوان			
Montant des frais :	@Montant@	Dhs	مبلغ :
المصاريف			
Nombre de pièces jointes :	@NombreDePiecesJointes@		عدد الوثائق :
المرفقة :			

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins	المستفيد من العلاجات
Nom et prénom :	@fullname@ @ar_fullname@
الاسم العائلي والشخصي :	
Date de naissance :	@birthdate@
التاريخ :	
N° CIN:	@cin@
رقم بطاقة التعريف الوطنية:	
Sexe* :	M @male@ ذكر F @female@ أنثى *
الجنس :	

INPE et code à barres **

الرقم الرقم المشفر **

الوطني الاستدلال و

@Medecin@	@Etablissement@
Médecin traitant	Etablissement de soins
الطبيب المعالج	المؤسسة العلاجية

Type de soins	العلاجات	نوع
Maladie*	<input type="checkbox"/> مرض*	Maternité** <input type="checkbox"/> مومة**
Hospitalisation*	<input type="checkbox"/> استشفاء*	Accident** <input type="checkbox"/> حادثة**

نوع

Maternité** مومة

Hospitalisation*

* استشفاء

4

<p>اشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p> <p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Fait à : _____</p> <p>Le : ____/____/____</p> <p>توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)</p>	<p>اشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p> <p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : _____</p> <p>Le : ____/____/____</p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>
--	--

اشهد بصحة كل ما
ذكر أعلاه

المعلومات
لمذكورة أعلاه

Fait à :

Fait à :

Le: | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ | _ | _ | في:

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

-* Cocher la mention utile pour chaque case -* أطلب الخانة المناسبة

[illegible]

وصف المجرة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامَل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				

This document was truncated here because it was created in the Evaluation Mode.



Created with an evaluation copy of Aspose.Words. To discover the full versions of our APIs please visit: <https://products.aspose.com/words/>