

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de Soins Maladie

Signature
Réf. ANAM-12-01-01
Entente préalable

* تنفيذ *
Exécution *

N° Dossier : @Dossier@

Nom et prénom : @fullname@ @ar_fullname@ :
N° Immatriculation : @Immatriculation@ :
N° CIN : @cin@ :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * (:
Conjoint @Conjoint@ Enfant @Enfant@
Adresse : @Adresse@ :
Montant des frais : @Montant@ Dhs :
Nombre de pièces jointes : @NombreDePiecesJointes@ :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : @fullname@ @ar_fullname@ :
Date de naissance : @birthdate@ :
N° CIN: @cin@ :
Sexe* : M @male@ F @female@ * :

INPE et code à barres **

@Medecin@ Médecin traitant	@Etablissement@ Etablissement de soins
-------------------------------	---

Type de soins

Maladie* <input type="checkbox"/>	Maternité* * <input type="checkbox"/>
Hospitalisation* <input type="checkbox"/>	Accident* * <input type="checkbox"/>

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

Fait à :
Le : I _ I _ I I _ I _ I I _ I _ I _ I _ I :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :
Le : I _ I _ I I _ I _ I I _ I _ I _ I _ I :

