

 <p>الضمان الإجتماعي CNSS</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie</p>		<p>برية التأمين الصحي الإجباري</p>
	<p>* موافقة مسبقة * Entente préalable *</p>	<p>* تنفيذ * Exécution *</p>	<p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf : 610-1-02 رجع رقم 1.2.01.01 Réf. ANAM :</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 Déclaration du médecin traitant

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*

☐

مرض*

Maternité** مومة

☐

Hospitalisation*

☐

استشفاء *

Accident** ثة

☐

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

أشهد بصحة كل ما
ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus
sincères et véritables.

أرجو بمصادقية
البيانات
المذكورة أعلاه

Fait à :

ب:

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

في:

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

Fait à :

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

في:

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

*. * أطلب الخانة المناسبة * Cocher la mention utile pour chaque case
**. ** Accoler l'étiquette portant l'Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins, ainsi que le code à barres.

Description des actes effectués
العمليات

وصف المجرأة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل 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/>