ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie

Réf : 610-1-02 Réf : ÅNÄM : 1:2:01-0 Entente préalable	مرجع ر	* تنفید * Exécution								
N° Dossier : @ Dos	sier@									
Nom et prénom : N° Immatriculation : N° CIN : Lien de parenté du bé		iculation@ @cir ré(e) *	@ar_fulln ı@	ame@ *((: :					
Conjo	oint @Conjoint@		Enfant @Enfant@							
Adresse :		@Adro	esse@		:					
Montant des frais :		@Montant@	Dhs		:					
Nombre de pièces jointes : @NombreDePiecesJointes@ :										
Déclaration du méd	ecin traitant									
Bénéficiaire de soins Nom et prénom : @ft Date de naissance : N° CIN: Sexe* :	ullname@ M @male@	@cin	hdate@ :							
INPE et code à barr	es **			**						
Médecin traitant	@Medecin	@	Etablisser	nent de soins	@Etablissement@					
Type de soins			•							
Maladie*	*			Maternité* *						
Hospitalisation*		*		Accident* *						
J'atteste sur l'honneur l'exrenseignements portés ci-a			Je déclare les in sincères et vérit Fait à :	formations ci-dessus ables.						

Signature de l'assuré(e)

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

Description d	26/27 es a	/28 2 te s	effe	9 820 CLU	0522 ' مركز الاتصال 07200 SCasu Gure Téléphone: 0522	الهاتف 2 548 607 548 607, Centre d'a	لدار البيضاءالمحطة - 09 8200 720 ppels AMO	دار المؤمن –ساحة داكار – ا 0. Fax : 0522 548 625/ 26/ 27/ 28	
Date des actes	s Code des actes			ictes	Lettre clé- cotation NG		ntant facturé	Signature et cachet du Médecin traita	
INPE et code à Ba	rroc							-	
I_I_I_I_I_I_I_I									
INPE et code à Ba	arres							<u> </u>	
I_I_I_I_I_I		_ I	I _ I						
				CI	M-10				
				<u> </u>	,110				
Actes Paramé	édica	ıux							
Date des actes	Co	ode d	es ac	tes	Lettre clé+ cotation NGAP	Nbre d'	Montant facturé	Signature et Cachet du Paramédical	

^{- *} 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.