

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

معلومات المؤمن

Nom de la société _____ إسم الشركة
 Adresse _____ العنوان
 Nom de l'adhérent (e) _____ إسم المنخرط Prénoms _____ اللقب
 Nom du malade _____ إسم المريض Prénoms _____ اللقب
 Date de naissance _____ تاريخ الميلاد N° SS _____ رقم ض إ
 Lien de parenté Conjoint الزوج Enfant الطفل Ascendant الأصول علاقة القرابة

ACTE MEDICAL

الإجراء الطبي

- Consultation إستشارة Acte de spécialiste إجراء طبي مختص Imagerie & Analyse médicale تصوير و تحاليل طبية
 Kinésithérapie علاج طبيعي Orthophonie علاج النطق Dentaire طب الأسنان
 Soins infirmiers تمريض Autre آخر Préciser _____ تحديد

Date de soin تاريخ العلاج	Nature de l'acte الإجراء الطبي	Cotation CNAS معامل الضمان الإجمالي	Montant de la dépense (en chiffres et en lettres) مبلغ المصاريف	Cachet et signature الختم و الإمضاء

PRODUITS PHARMACEUTIQUES

المنتجات الصيدلانية

- Vignette verte ملصق أخضر Vignette rouge ملصق أحمر Vignette blanche ملصق أبيض

Date de soin تاريخ العلاج	Montant de la dépense (en chiffres et en lettres) مبلغ المصاريف	Cachet et signature الختم و الإمضاء

Coller les vignettes ici المصقات		

HOSPITALISATION

الاستشفاء

- Médicale طبية Chirurgicale جراحية Maternité ولادة Autre آخر Préciser _____ تحديد

Date تاريخ	Acte médical الإجراء الطبي	Montant Séjour مبلغ الإقامة	Autre Montant مصاريف أخرى	Montant Total (en chiffres et en lettres) المبلغ الإجمالي	Cachet médecin ختم الطبيب	Cachet clinique ختم العيادة
Entrée الدخول _____						
Sortie الخروج _____						

LUNETTERIE

النظارات

- Verres Standards زجاج عادي Monture إطار النظارات Lentilles de Contact عدسات لاصقة
 Verres Progressifs العدسات التقدمية Autre آخر Préciser _____ تحديد

Date de soin تاريخ العلاج	Référence des verres رمز الزجاج	Montant de la dépense (en chiffres et en lettres) مبلغ المصاريف	Cachet et signature الختم و الإمضاء



الإجراء الطبي ACTE MEDICAL	BULLETIN DE SOINS CAARAMA إستمارة العلاج	COPIE نسخة				COPIE COULEUR نسخة ملونة		
		ORDONNANCE الوصفة	COMPTE RENDU التقرير الطبي	FACTURE DÉTAILLÉE فاتورة مفصلة	CERTIFICAT SÉJOUR بيان الإقامة	VIGNETTES القسيمة	ACCORD PRÉALABLE CNAS الإتفاق المسبق للضمان الإجتماعي	VOLET REMBOURSEMENT CNAS ورقة تعويض الضمان الإجتماعي
Consultation إستشارة	●							
Imageries & Analyses médicales التصوير و التحاليل الطبية	●	●	●					
Actes de spécialistes إجراء طبي مختص	●	●	●					
Pharmacie (Sans Carte Chiffa) صيدلية (بدون بطاقة الشفاء)	●	●				●		
Pharmacie (Avec Carte Chiffa) صيدلية (باستعمال بطاقة الشفاء)	●			●				
Acte Chirurgicale جراحة	●		●	●	●			
Hospitalisation Médicale الاستشفاء الطبي	●							●
Maternité الولادة	●		●	●	●			
Dentaire طب الاسنان	●	●						
Prothèse dentaire orthodontie طقم و تقويم الاسنان	●			●			●	
Lunetterie النظارات	●	●		●				
Cure thermique العلاج بالمياه المعدنية	●			●			●	
Mésothérapie ميزوتيرابي (الحقن بالفيتامينات)	●							●
Rééducation Acupuncture العلاج بالابر	●	●		●				
Prothèse auditive Orthopédique أجهزة السمع الطبية	●			●			●	
Orthophonie علاج النطق	●	●						

CONSENTEMENT

J'atteste sur l'honneur de l'exactitude des renseignements portés sur le présent bulletin.

Nom _____ الإسم

Prénoms _____ اللقب

Fait à _____ بـ

Le _____ في

تعريف المؤمن

أشهد بصحة المعلومات المذكورة في الإستمارة.

الإمضاء

مع العبارة "تمت قرائته و الموافقة عليه"

Signature

avec la mention "lu et approuvé"