



وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي
الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجاء
التأمينات الاجتماعية - Assurances Sociales

ورقة العلاج الطبي
FEUILLE DE SOINS MEDICAUX

Le dossier médical doit être adressé ou présenté à l'organisme de la Sécurité Sociale dans les (3) mois qui suivent le premier acte médical, ou dans les (3) mois qui suivent la fin du traitement dans le cas où le traitement est continu.

الملف الطبي يجب أن يرسل أو يقدم إلى هيئة الضمان الاجتماعي خلال الثلاثة (03) أشهر التي تلي أول عمل طبي، أو خلال الثلاثة (03) أشهر التي تلي نهاية العلاج إذا كان مستمرا.

معلومات خاصة بالمؤمن له إجتماعيا RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) SOCIAL(E)

N° Immatriculation :		رقم التسجيل :
Nom :		الإسم :
Prénom(s) :		اللقب :
Date de naissance :		تاريخ الإزدياد :
Adresse :		العنوان :
N° de téléphone :		رقم الهاتف :
Adresse électronique (e-mail) :		العنوان الإلكتروني (الإميل) :
Numéro C.C.P. :		رقم الحساب البريدي :
Banque :		بنك :
Agence bancaire :		الوكالة البنكية :
Numéro de compte :		رقم الحساب :

معلومات خاصة بالمرضى RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE

من هو المريض ؟ / Qui est le malade ?	
Assuré(e) Social(e) ☐ المؤمن له إجتماعيا	Conjoint ☐ الزوج
Enfant ☐ الطفل	Ascendant ☐ الأصول
Autre ☐ آخر	
Nom et Prénom(s) :	الإسم واللقب :
Date de naissance :	تاريخ الإزدياد :
Activité professionnelle habituelle :	النشاط المهني المعتاد :
Est-il bénéficiaire d'un avantage de Sécurité Sociale ?	هل هو مستفيد من مزايا أخرى للضمان الإجتماعي ؟
Si - OUI - lequel ?	إذا - نعم - ماهي ؟
S'agit-il d'un accident ?	هل يتعلق بحادث ؟
OUI ☐ NON ☐	نعم ☐ لا ☐

Je soussigné(e) :	أنا المضي(ة) أسفله :
Déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.	أصرح بشرفي أن المعلومات السابقة صحيحة.
Signature de l'Assuré Social ، توقيع المؤمن له إجتماعيا	

La loi punit quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration.

كل شخص يقوم بتزوير أو يدلي بتصريحات غير صحيحة يعاقب طبقا للقانون.

تقديم الأداءات PRESTATION DES ACTES

تاريخ إجراء الأداءات الطبية Dates des actes médicaux	تعيين الأداءات الطبية Désignation des actes suivant nomenclature	تقديم وصفة Délivrance d'une ordonnance	ثمن الأداءات الطبية المقدمة Montant des honoraires perçus	توقيع المعالج المؤكد لتقديم العلاج Signature du praticien attestant le paiement	ختم المؤسسة Cachet de l'établissement

جزء مخصص للصيديلي أو الممون PARTIE RESERVEE AU PHARMACIEN OU AU FOURNISSEUR

ختم الصيدلي / الممون Cachet du pharmacien / fournisseur	المبلغ Montant	ختم الصيدلي / الممون Cachet du pharmacien / fournisseur	المبلغ Montant

TRÈS IMPORTANT

- Pour le remboursement des frais, joindre l'ordonnance établie par le médecin et une attestation de travail et de salaire des 3 ou 12 mois qui précèdent la date des soins (de date à date) .
- Certaines prestations ne sont pas prises en charge que si la caisse a préalablement donné son accord.
- En cas d'arrêt de travail pour cause de maladie, vous devez en effectuer la déclaration à la caisse de la sécurité sociale dans un délai de deux (02) jours ouvrables, le jour fixé pour l'arrêt de travail n'étant pas compris.

* Collez les vignettes au verso de l'ordonnance

هام جدا

- لتعويض التكاليف، أرفق الوصفة الطبية المقدمة من طرف الطبيب وشهادة العمل والأجر لـ 3 أو 12 شهرا السابقة لتاريخ العلاج (من تاريخ إلى تاريخ).
- بعض الأداءات الطبية غير متكفل بها إلا إذا أعطيت الموافقة المسبقة من طرف الصندوق.
- في حالة التوقف المؤقت عن العمل، بسبب المرض، يجب إعلام صندوق الضمان الاجتماعي خلال مدة أقصاها يرمي (02) عمل، غير مشمول فيهما اليوم المحدد للتوقف عن العمل.

* ألصق الأوراق على ظهر الوصفة.