



وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي
الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء
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.

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

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 :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE معلومات خاصة بالمريض

Qui est le malade? / من هو المريض ؟	
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.

IMP.CNAS 03-2021 - AS.01

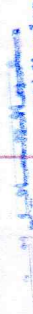
attestation de travail et de salaire des 3 ou 12 mois qui précèdent la date des soins (de date à date).

- 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

- يتم تسليم الخالص، أو طبق الوصفة الطبية المقدمة من طرف الطبيب وشهادة العمل (أو غير ذلك) 12 شهر السابقة لتاريخ العلاج (من تاريخ إلى تاريخ).
- بعض الأخطاء الطبية غير متكفل بها إلا إذا أعطيت المراقبة المسبقة من طرف الصندوق.
- في حالة التوقف المؤقت عن العمل، يجب إعلام صندوق الضمان الاجتماعي خلال مدة أقصاها يوم (02) عمل، غير مشمول فيها اليوم المحدد للتوقف عن العمل.
- لصق الأوراق على ظهر الوصفة.

تقديم الاداءات PRESTATION DES ACTES

تاريخ اجراء الاداءات الطبية	تعيين الاداءات الطبية Designation des actes suivant nomenclature	تقديم وصفة Délivrance d'une ordonnance	مبلغ الاداءات الطبية Montant des honoraires perçus	توقيع المتابع المؤكد لتقديم العلاج Signature du praticien attestant le peiement	ختم المؤسسة Cachet de l'établissement
2020/05/20	B 575 + 78		NSO DA	 Dr. H. BENHAROUA Route de l'Entrepreneuriat Yaiche - Blida Agrément N°: 227 / 2017 Tél : 025/49.51.81/Mob : 0555.01.48.35	

PARTIE RESERVEE AU PHARMACIEN OU AU FOURNISSEUR

جزء مخصص للصيدلي أو الممون

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