

Caisse Nationale d'Assurance Maladie



الصندوق الوطني للتأمين على المرض

مطلب تكفل بمصاريف التداوي والألات الطبية

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE
DE SOINS ET D'APPAREILLAGE

Régime de réparation des préjudices résultant des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles

نظام جبر الأضرار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية

LA VICTIME	رقم التسجيل	المتضرر	
Nom et Prénom		الإسم واللقب	
Date et heure de l'Accident ou de la Maladie		تاريخ وساعة الحادث أو المرض	
L'EMPLOYEUR	N° d'affiliation	رقم الإنخراط	صاحب العمل
Nom ou raison sociale			الإسم
Adresse			العنوان

Je soussigné (e)	إني الممضي أسفله	خاص بالإدارة Réservée à l'Administration
Titulaire de la C.I.N. []	صاحب بطاقة التعريف	
demande en ma qualité de	أطلب بصفتي	
la prise en charge par la C.N.A.M des frais de :	تكفل الصندوق الوطني بمصاريف :	
Soins auprès de :	علاج ب :	
Consultation médicale auprès de	الفحوص الطبية لدى	
Exécution d'ordonnance auprès de	إقتناء الأدوية الموصوفة لدى	
Hospitalisation à	الإقامة ب	
Appareillages	ألات طبية :	
Autres prestations de soins	خدمات صحية أخرى:	
au profit de la victime sus-mentionnée .	لفائدة المتضرر المذكور أعلاه	
Fait à le في	حرر ب	
	الإمضاء Signature	

Avis du médecin conseil	رأي الطبيب المستشار
-------------------------	---------------------

N.B: Joindre à la demande les certificats médicaux et ordonnances etc ...

ملاحظة : يرفق المطلب بالشهادات الطبية والوصفات إلخ ...