

kwarat.com

Et l'administration devient simple

©**kwarat.com**, tous droits réservés.

La reproduction du contenu de ce site web, en tout ou en partie, est strictement interdite sans la permission écrite de l'auteur.

Tout autre matériel contenu sur ce site ne nous appartenant pas (photos, textes, images, logos, noms de produits ou de marques,...) est la propriété de leurs détenteurs respectifs.

Le dossier médical doit être adressé ou présenté à l'organisme de Sécurité Sociale dans les trois (3) mois qui suivent le premier acte médical.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE

معلومات خاصة بالمؤمن عليه

N° Immatriculation رقم التسجيل

Nom الإسم

Prénoms اللقب

Né(e) le تاريخ الإزدية

Adresse العنوان

Wilaya ولاية Daira دائرة

Quelle est votre situation à la date des soins? / ماهي وضعيتك أثناء تاريخ العلاج? /

أجير : إسم و عنوان المستخدم
SALARIE : Nom et adresse de votre employeur

غير أجير : حدد نشاطك
NON SALARIE : Précisez votre activité

حالات أخرى : متقاعد، صاحب متحة، طالب، معوق، عامل مهاجر الخ... (حدد)
AUTRES CAS : retraité, pensionné, étudiant, handicapé, travailleur émigré, etc... (précisez)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE

معلومات خاصة بالمرضى

Qui est le malade? / من هو المريض? /

Assuré(e) المؤمن Conjoint الزوج Enfant الطفل Ascendant الأصول

Nom et prénoms الإسم و اللقب

Né(e) le تاريخ الإزدية

Activité professionnelle habituelle النشاط المهني المعتاد

هل هو مستفيد من مزايا أخرى للضمان الاجتماعي؟ إذا كان نعم ماهي؟

Est-il bénéficiaire d'un avantage de Sécurité sociale? si Oui lequel?

S'agit-il d'un accident? Oui Non هل يتعلق بحادث؟ نعم لا

COMMENT VOULEZ-VOUS ETRE REMBOURSE ? كيف تريد ان يتم التعويض؟

Guichet / شباك Mandat-poste / حوالة

C.C.P. N° الحساب الجاري الفوري

Banque / البنك

Agence bancaire / الوكالة البنكية

N° Compte رقم الحساب

أقسم بشرفي ان المعلومات السابقة صحيحة
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

توقيع المؤمن عليه
Signature de l'Assuré

PRESTATION DES ACTES تقديم الأدوات

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

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

ختم الصيدلي Cachet du pharmacien	المبلغ Montant	ختم الصيدلي Cachet du pharmacien	المبلغ Montant

TRÈS IMPORTANT

Pour le remboursement des frais, joindre l'ordonnance établie par le médecin et une attestation annuelle d'activité établie par l'employeur ou une attestation de travail et de salaire des 3 ou 12 mois précédents de date à date la date des soins. Si le malade est un ayant droit, joindre une fiche familiale d'état civil.

Certains actes ou traitements ne sont pris en charge que si la caisse a préalablement donné son accord.

En cas d'arrêt de travail, vous devez en effectuer la déclaration à la caisse de Sécurité sociale dans un délai de deux jours ouvrables.

هام جدا

لتعويض التكاليف، أرفق الوصفة الطبية المقدمة من طرف الطبيب و شهادة النشاط السنوي مقدمة من طرف صاحب العمل أو شهادة العمل و الأجر لـ 3 أو 12 شهرا السابقة من تاريخ إس تاريخ إنشاء تاريخ العلاج إذا كان المريض من ذوي الحقوق. أرفق بطاقة عائلية للعائلة المدنية. بعض الخدمات أو العلاجات غير متكفل بها إلا إذا أعطيت الموافقة المسبقة من طرف الصندوق. في حالة التوقف عن العمل، يجب اعلام صندوق الضمان الاجتماعي خلال مدة قصصاها يومين.

* Collez les vignettes au verso de l'ordonnance / لصق الآلوات على ظهر الوصفة