

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 الأرياد

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 منحة، طالب، معوق، عامل مهاجر إلخ... (حدد)
AUTRES CAS : retraité, pensionné, étudiant, handicapé, travailleur émigré, etc... (précisez)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE

معلومات خاصة بالمريض

Qui est le malade? / من هو المريض? /

Assuré(e) المؤمن الزوج Conjcint الطفل Enfant الأصول Ascendant

Nom et prénoms الإسم و اللقب

Né(e) le تاريخ الأرياد

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 أن يتم التعويض؟

Guichet / شبك Mandat-poste / حوالة

C.C.P. N° الحساب الجاري البريدي

Banque / البنك

Agence bancaire / الوكالة البنكية

N° Compte رقم الحساب

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

توقيع المؤمن عليه
Signature de l'Assuré

La loi punit quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration. كل شخص يقوم بتزوير أو يدلي بتصريحات غير صحيحة يعاقب طبقاً للقانون.