Partie 7 : à remplir par le pharmacien	and the first		الجزء 7: يملوه الصيدلاني
Médicaments	Qté	Prix Unitaire	Nom Pharmacie
1			
2			
3			·
4			
5			
6			Signature et cachet Pharmacien
Médicaments	Qté	Prix Unitaire	Nom Pharmacie
1			
2			
3			
4			
5			
6			Signature et cachet Pharmacien
Partie 8: à remplir par le laboratoire ou la	radiolog	le .	الجزء 8 : ممنؤول القحوصات الطبيأ
Prestations		Prix	Nom Prestataire
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			Signature et cachet
		£5 *	Nom Prestataire
Prestations		Prix	Nom restaure
1			
2			
3		1	1
			and the state of t
4			
5			
			Signature et cachet

Caisse Nationale d'Assurance Maladi	le ~	الصندوق الوطني للتأمين الصا
TEVRAGH ZEINA NOT 260		قفر غ زينة NOT 260
BP: 5019	1 71	ىنىپ : 5019
Tél: 452 444 23 Fax: 452 444 28	CNAM	ماتف: 452 444 23
rax: 452 444 26	انصلدوال الوطشي للتأمين المسحي SALESE NATIONALE DYSSURANCE WALADE	فاكد : 452 444 28
parameter and the second secon	ورقة العلاجات	ق بيس.
N° F	EUILLE DE SOINS [الرقم:
Partie 1 : à remplir par l'assuré	April 1880 Proposition (1986)	الجزء 1: يعلؤه المؤمن
Identification assuré		تعريف المؤمن
Prénom :		•
Nom:		,
Entité de rattachement		
•	1	~
-		
dentification du patient		
Prénom		1
Nom:Lieu avec l'Assuré		
Lieu de résidence		
		. —
Matricule CNAM: /	1	رقب الترجيل الإمال المائدة .
		الجزء 2: يملؤه المسؤول الطبر
Partie 2 : à rempilr par le praticien	The second respective to the second	النجرع 2: يمتو 8 المستوول الطبي
Partie 2 : à remplir par le praticien Nom du praticien		الجرع 2. يماره المسوول الطب
Nom du praticien		الجرع 2: بدوه فنسوون الطب
Nom du praticien	Sage femme	النجر ع 2. يمنونه المسروان الطب
Nom du praticien	Sage femme	النجر 2.2 يملونه المسروان الطب
Nom du praticien	Sage femme	Signature of partiet Preficien
Nom du praticien	Sage femme	
Nom du praticien	Sage femme Infirmier Autre. Préciser	Signatus et dacret Preficient
Nom du praticien Spécialiste Genéraliste Dentiste Lieux de Consultation : Cabinet médical privé	Sage femme Infirmier Autre. Préciser	Signaturu et caeres Prescier Hôpital
Nom du praticien	Sage femme Infirmier Autre. Préciser Clinique	Signatus et gener Petrosin. Hôpital Nom
Nom du praticien Spécialiste Genéraliste Dentiste Lieux de Consultation : Cabinet médical privé Nom Cabinet médical privé	Sage femme Infirmier Autre. Préciser Clinique Nom Centre de santé	Signature et dechet Preticien Hôpital Nom Poste de santé
Nom du praticien Spécialiste Genéraliste Dentiste Lieux de Consultation : Cabinet médical privé Nom Cabinet médical privé Nom Nom Nom Cabinet médical privé	Sage femme Infirmier Autre. Préciser Clinique	Signatus et gener Petrosin. Hôpital Nom
Nom du praticien Spécialiste Genéraliste Dentiste Lieux de Consultation : Cabinet médical privé Nom Cabinet médical privé	Sage femme Infirmier Autre. Préciser Clinique Nom Centre de santé	Signature et dechet Preticien Hôpital Nom Poste de santé
Nom du praticien Spécialiste Genéraliste Dentiste Lieux de Consultation : Cabinet médical privé Nom Cabinet médical privé Nom Nom Nom Cabinet médical privé	Sage femme Infirmier Autre. Préciser Clinique Nom Centre de santé	Signature et dechet Preticien Hôpital Nom Poste de santé
Nom du praticien Spécialiste Genéraliste Dentiste Lieux de Consultation : Cabinet médical privé Nom Cabinet médical privé Nom Objet de la Consultation	Sage femme Infirmier Autre. Préciser Clinique Nom Centre de santé Nom si coch	Spratus et pactet Patican. Hôpital Nom Poste de santé Nom

Partie 3: à remplir par le généraliste	ou le spécialiste	الجزء 3: يعلوه الطبيب العلم أن الأغصائي
Honoraires de la consultation		
Partie 3: à remplir par le chirurgien	dentaire	الجزء 4: يملؤه جراح الأستان
Motif de la consultation :	,	
Honoraires de la consultation		2112
Honoraires des actes Date Dents Acte	Honoraires	5 5 5 6 m 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7
Total honoraires:		
Partie 3: à remplir par l'Administrati	on hospitalière	الجزء 5: تبلؤه هونة الحجز الطبي
Motif de l'hospitalisation (DRG)		
		Pote costia :
Date entrée		Date sortie :
Montant global de la facture		
Montant à rembourser par la CNAM		

Partie 6 à remplir par le	oraticien .	الجزء 6: يملؤه المسؤول الطبي
	Ordonnance du Praticien (*)	Date: / /
Nom du patient:	Cache	et praticien :
(°) inscrire la liste des médican	nents prescrits (en quantité) et des analyses	s biologique. Radiologique ect