

Partie 7 : à remplir par le pharmacien الجزء 7 : يملؤه 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 radiologie الجزء 8 : يملؤه المختبر الطبي

Prestations	Prix	Nom Prestataire
1.....		
2.....		
3.....		
4.....		
5.....		
6.....		
7.....		

Signature et cachet

Prestations	Prix	Nom Prestataire
1.....		
2.....		
3.....		
4.....		
5.....		
6.....		
7.....		

Signature et cachet

Caisse Nationale d'Assurance Maladie
TEVRAGH ZEINA NOT 260
BP: 5019
Tél: 452 444 23
Fax: 452 444 28



الصندوق الوطني لتأمين الصحي
تفرغ زينة NOT 260
ص.ب: 5019
هاتف: 452 444 23
فاكس: 452 444 28

N°

الرقم:

Partie 1 : à remplir par l'assuré الجزء 1 : يملؤه المؤمن

Identification assuré تعريف المؤمن
Prénom :..... الألقب:
Nom:..... الاسم:
Entité de rattachement هيئة الارتباط:
Matricule professionnel /...../ الرقم المهني:
Matricule CNAM /...../ رقم التسجيل لدى الصندوق:

Identification du patient تعريف المريض

Prénom..... الألقب:
Nom:..... الاسم:
Lieu avec l'Assuré العلاقة بالمؤمن:
Lieu de résidence مكان الإقامة:
Date de naissance تاريخ الميلاد:
Matricule CNAM: /...../ رقم التسجيل لدى الصندوق:

Partie 2 : à remplir par le praticien الجزء 2 : يملؤه المسؤول الطبي

Nom du praticien
 Spécialiste Sage femme
 Généraliste Infirmier
 Dentiste Autre. Préciser

Lieux de Consultation :
 Cabinet médical privé Clinique Hôpital
 Nom Nom Nom
 Cabinet médical privé Centre de santé Poste de santé
 Nom Nom Nom

Objet de la Consultation
 Consultation médicale en ambulatoire si coché remplir la partie 1 et 6
 Consultation dentaire en ambulatoire si coché remplir la partie 4 et 6
 Hospitalisation si coché remplir la partie 5

