



الصندوق الوطني للتأمين على المرضى

اختيار طبيب العائلة

(المنظومة العلاجية الخاصة)

CHOIX DU MEDECIN DE FAMILLE

-Filière privée de soins-

PARTIE RESERVEE A L'ASSURE SOCIAL

قسم مخصّص للمضمون الاجتماعي

IDENTIFIANT UNIQUE <input type="text"/>	
PRENOM.....الاسم	
NOM.....اللقب	
Numéro de la CIN : رقم بطاقة التعريف الوطنية	
ADRESSE.....العنوان	
CODE POSTAL.....الترقيم البريدي	
Je soussigné(e), M., Mme, Melle , inscrit(e) à la filière privée de soins, déclare choisir le médecin de famille identifié ci-dessous.	إني المضمون الاجتماعي الممضي أسفله المرسم بالمنظومة العلاجية الخاصة، أصرّح أنني اخترت طبيب العائلة التالي ذكره.
Signature de l'assuré social	إمضاء المضمون الاجتماعي

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN DE FAMILLE

قسم مخصّص لطبيب العائلة

CODE COVENTIONNEL	المعرّف المهني التعاقدّي لطبيب العائلة
<input type="text"/>	
NOM ET PRENOM اسم ولقب طبيب العائلة	
DU MEDECIN DE FAMILLE	
Date...../...../..... التاريخ	