



تصريح بالمرض "شركات" Déclaration maladie "Entreprises"

Documents à fournir الوثائق المطلوبة

العلاج Acte	تصريح بالمرض Déclaration maladie	الوصفة Ordonnance	التقرير الطبي Compte rendu	الفاتورة مفصلة Facture détaillée	الأناوات Vignettes	فاتورة بطاقة الشفاء Facture CHIFA
إستشارة طبية Consultation	✓					
الصيدلية (الأناوات) Pharmacie (Vignettes)	✓	✓			✓	
الصيدلية (بطاقة الشفاء) Pharmacie (Carte CHIFA)	✓	✓				✓
التحاليل الطبية Analyses	✓	✓	✓	✓		
أعمال الاستكشاف Actes d'exploration	✓	✓	✓	✓		
العلاج في المستشفيات Hospitalisation	✓	✓	✓	✓		
الأمومة Maternité	✓	✓		✓		
طب العيون Optique	✓	✓		✓		
طب الأسنان Dentaire	✓			✓		

Cachet de l'entreprise ختم المؤسسة

À remplir par l'adhérent ou le bénéficiaire

يملئ من طرف المؤمن أو المستفيد من التأمين

Nom et prénom de l'adhérent

إسم ولقب المؤمن

Nom et prénom du bénéficiaire (si différent de l'adhérent)

إسم ولقب المستفيد من التأمين (إن لم يكن المؤمن)

Date de naissance du bénéficiaire

تاريخ ميلاد المستفيد

Lien de parenté avec l'adhérent

علاقة القرابة بالمؤمن

Autres آخر Enfant الطفل Conjoint(e) الزوج(ة) Moi-même المؤمن

Maladie chronique

Oui نعم

Non لا

مرض مزمن

Montant global des frais exposés

المبلغ الإجمالي للمصاريف

دج

DZD

AXA vous répond sur








أكسا ترد عليك و تجيبك على



www.axa.dz

À renseigner par le médecin/praticien

(champs obligatoires : Date/Nature de l'acte/Coefficient/Montant/Consultation ...)


	Dates des actes médicaux	Nature des actes et coefficients	Signature et cachet du praticien	Montant détaillé des honoraires
إستشارة طبية CONSULTATION	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
الصيدلية PHARMACIEN	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
إستكشاف طبي ACTES D'EXPLORATION	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
تحاليل الطبية ANALYSES	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
طب العيون OPTIQUE	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

يملئ من طرف الطبيب/الممارس (خانة إجبارية: تاريخ/طبيعة العلاج/المعامل/المبلغ/إستشارة).

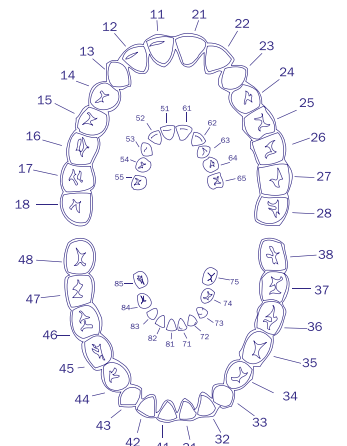
Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du médecin	Nature des actes et coefficient	Dates d'entrée* Dates de sortie**	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	المستشفيات HOSPITALISATION
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	الأمومة MATERNITÉ
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DENTAIRE

طب الأسنان

Dates des soins	Nature des soins et coefficients	Position des dents	Signature et cachet du dentiste	Montant des honoraires
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

Soins dentaires



Prothèses dentaires

