



# تصريح بالمرض Déclaration maladie

## Comment demander un remboursement ?

À renseigner par le médecin/praticien  
(champs obligatoires : Date/Nature de l'acte/Coefficient/Montant/Consultation ...)

À renseigner par le dentiste  
(champs obligatoires : Date/Nature de l'acte/  
Position des dents/Coefficient/Frais réels)

## كيفية الإستفادة من التعويض

يملأ من طرف الطبيب / الممارس  
خانة إجبارية: تاريخ/طبيعة العلاج/المعامل/المبلغ/استشارة

يملأ من طرف طبيب الأسنان  
خانة إجبارية: تاريخ/طبيعة العلاج/موضع الاسنان/المعامل/المبلغ

## Documents à fournir الوثائق المطلوبة

العلاج Acte	الوصفة Ordonnance	التقرير الطبي Compte rendu	فاتورة مفصلة Facture détaillée	الأنوات Vignette	فاتورة بطاقة شفاء Facture CHIFA
تحاليل الطبية Analyses	✓	✓			
تصوير صديوي Echographie	✓	✓			
أشعة Radiographie	✓	✓			
بصري Optique	✓		✓		
إقامة بالمستشفى Hospitalisation		✓	✓		
أمومة Maternité			✓		
الصيدلية (الأنوات) Pharmacie (Vignettes)	✓			✓	
الصيدلية (بطاقة شفاء) Pharmacie (Carte CHIFA)	✓				✓

Cachet de l'entreprise ختم المؤسسة

## À remplir par vous même ou le bénéficiaire

يملأ من طرف المؤمن أو المستفيد من التأمين

Nom et prénom de l'adhérent

إسم ولقب المؤمن

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

إسم ولقب المستفيد (إن لم يكن المؤمن)

Date de naissance du malade

تاريخ ميلاد المستفيد

Lien de parenté du malade

علاقة القرابة بالمؤمن

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

Maladie chronique

Oui  نعم

Non  لا

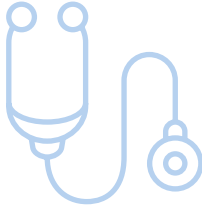




مرض مزمن

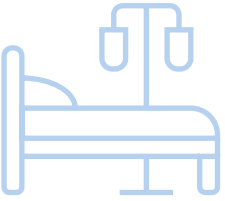
Montant global des frais exposés

المبلغ الإجمالي للمصاريف


Réservé à AXA

خاص بأكسا

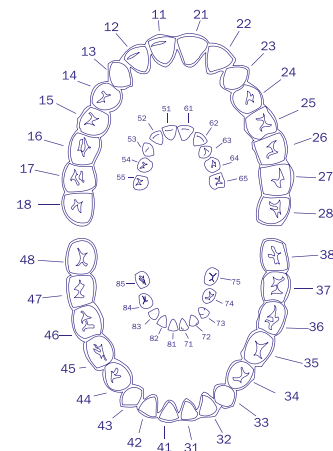
	Dates des actes médicaux	Nature des actes et coefficient	Signature et cachet du praticien	Montant détaillé des honoraires
<b>CONSULTATION</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>PHARMACIEN</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>RADIO / ECHO</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>ANALYSES</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>OPTIQUE</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

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

### DENTAIRES : CHIRURGIE, SOIN DENTAIRE, PROTHÈSE OU ORTHODONTIE

Dates des soins	Nature des soins et coefficient	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"/>	<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

