

طلب الموافقة المسبقة من عيادة الأسنان بالقطاع الخاص DEMANDE D'ENTENTE PRELABLE D'UN CABINET DENTAIRE PRIVÉ

Nom et prénom du médecin	<input type="text"/>	هوية الطبيب المعالج
Adresse	<input type="text"/>	العنوان
INPE / Code barres	<input type="text"/>	رقم الرمز الوطني الإستدلالي/ الرقم التسلسلي
Identifiant fiscal (IF)	<input type="text"/>	الرمز الضريبي
Identifiant commun de l'entreprise (ICE)	<input type="text"/>	الرمز المشترك للمقاولة

المؤمن(ة) Assuré(e)

Nom & prénom	<input type="text"/>	الاسم العائلي والشخصي
N° immatriculation	<input type="text"/>	رقم بطاقة التعريف الوطنية
N° de la CIN	<input type="text"/>	رقم التسجيل
N° de téléphone	<input type="text"/>	رقم الهاتف
Adresse	<input type="text"/>	العنوان

المستفيد(ة) Bénéficiaire

Nom & prénom	<input type="text"/>	الاسم العائلي والشخصي
Rang	Conjoint <input type="checkbox"/> (زوج(ة) <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/>	العلاقة بالمؤمن

نوعية العلاجات Types de soins

<input type="checkbox"/> علاجات Soins	<input type="checkbox"/> بدائل Prothèse	<input type="checkbox"/> تقويم Orthodontie	<input type="checkbox"/> جراحة Chirurgie	<input type="checkbox"/> حادثة Accident
--	--	---	---	--

خاص بعلاجات تقويم الأسنان (ODF) Partie réservée aux traitements orthodontiques (ODF)

Date de naissance	<input type="text"/>	تاريخ إزدیاد المستفيد
Début du semestre	<input type="text"/>	بداية الأسدس
Le semestre concerné par le traitement :	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	الأسدس المعني بالعلاج : الأسدس

Période prévisible du au

Partie réservée à la contention :

<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} Année السنة الأولى	<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} Année السنة الثانية
--	---

Date, cachet et signature du praticien

تاريخ وختم و توقيع الطبيب

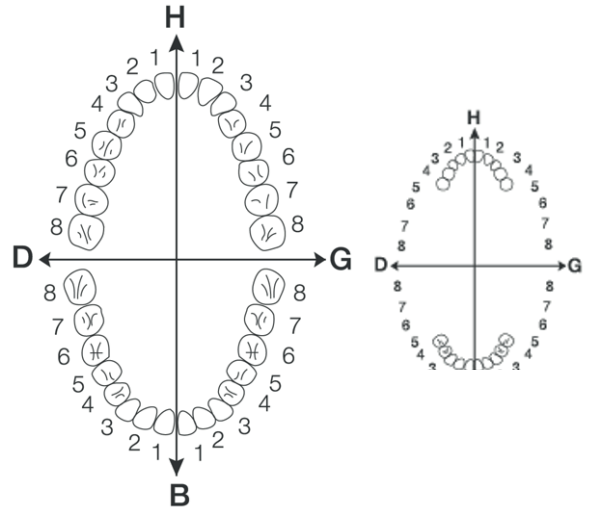
Partie réservée à la prothèse et soins spéciaux خاص ببدائل الأسنان والعلاجات الخاصة

Prothèse conjointe – Prothèse adjointe – Parodontie – ETC

Date de l'acte تاريخ العمل الطبي	N°de la dent رقم السن	Code de l'acte رمز العمل	Cotation المعامل

Adulte/ بالغ

Enfant / طفل



Partie réservée au contrôle médical خاص بالمراقبة الطبية

Date / التاريخ