

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DE SOINS A L'ÉTRANGER طلب تحمل العلاج بالخارج

INFORMATIONS SUR L'ASSURÉ معلومات حول المؤمن

Nom الاسم العائلي
Prénom الاسم الشخصي
N° immatriculation رقم التسجيل
N° de la CNIE رقم بطاقة التعريف الوطنية
Tél.: الهاتف
Email: البريد الإلكتروني
Adresse العنوان
Résident au Maroc Oui نعم Non لا مقيم بالمغرب

INFORMATIONS SUR LE BÉNÉFICIAIRE معلومات حول المستفيد

Nom الاسم العائلي
Prénom الاسم الشخصي
Lien de parenté Conjoint زوج (ة) Enfant ابن صلة القرابة

MOTIF DE LA DEMANDE DE TRANSFERT A L'ÉTRANGER سبب طلب العلاج بالخارج

Hospitalisation الإستشفاء Chirurgie الجراحة
Contôle مراقبة Autres, à préciser:

INFORMATION SUR L'ETABLISSEMENT D'ACCUEIL معلومات حول المؤسسة المستقبلة

Nom de l'établissement إسم المؤسسة
Adresse عنوان
La date probable du traitement التاريخ المحتمل للقيام بالعلاج
Tél.: الهاتف
Email: البريد الإلكتروني

Signature de l'assuré

