

الملاحق

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ASCENDANTS AYANTS DROIT

CADRE RESERVE

AU SERVICE AFFILIATION

R A N G	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE			Sex. P. Sit. Date blocage
			Jour	Mois	Année	
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

REMARQUE

- ♦ *Inscrire ci-dessus, les enfants (légitimes ou recueillie) à la charge de l'assuré ou de son conjoint.*
 - ▶ Enfants âgés de moins de 18 ans
 - ▶ Enfants âgés de 18 à 20 ans, lorsqu'ils sont en apprentissage ou scolarisés.
 - ▶ Sans limitation d'âge, lorsque l'enfant est infirme ou atteint de maladie incurable.
 - ▶ Sans limitation d'âge, lorsque l'enfant de sexe féminin n'a pas de ressources et vit sous le toit de l'assuré.
- ♦ *Pour l'assuré de sexe féminin, ses enfants doivent être inscrits dans le cas où le père n'ouvre pas droit à l'ensemble ou à une partie des Prestations.*

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) CONJOINT(S) AYANTS DROIT

CADRE RESERVE
AU SERVICE AFFILIATION

R A N G	NOM (1)	PRENOM	DATE DE NAISSANCE			Sex.	P.	Sit.	Date blocage
			Jour	Mois	Année				
80									
81									
82									
83									

1 - Nom de jeune fille pour les femmes mariées.

REMARQUE

◆ *Inscrire ci-dessus, le conjoint lorsqu'il n'est pas lui même assuré social, et il y a lieu de fournir dans ce cas pour chaque conjoint, une attestation sur l'honneur de mon activité professionnelle.*

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ASCENDANTS AYANTS DROIT

CADRE RESERVE
AU SERVICE AFFILIATION

R A N G	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE			Sex.	P.	Sit.	Date blocage
			Jour	Mois	Année				
90									
91									
92									
93									

DECLARATION DE L'ASSURE

L'assuré soussigné (Nom et Prénom de l'assuré),

Déclare que les informations figurant sur la présente demande d'affiliation sont exacte et complètes.

En outre, je m'engage à informer immédiatement la caisse de tout changement pouvant intervenir dans ma situation familiale ou dans la situation socio-professionnelle de l'un de les ayants droit.

A le
Signature de l'assuré

Agence Wilaya de :

وكالة ولاية :

ANNEXE N° I :

FORMULAIRE DU CHOIX DU MEDECIN GENERALISTE TRAITANT DANS LE CADRE DU SYSTEME DE CONVENTIONNEMENT

ملحق رقم 1:

استمارة اختيار الطبيب العام المعالج من طرف المؤمن له اجتماعيا في إطار اتفاقية الطبيب المعالج

PARTIE RESERVEE A L'ASSURE

Je soussigné :

Nom :
Nom de jeune fille :
Prénom (s) :
Date et lieu de naissance :
Assuré social affilié à
sous le N°
Adresse (domicile) :

Déclare par le présent formulaire mon choix du docteur :

Nom :
Prénoms :
Adresse Professionnelle :
Médecin généraliste figurant sur la liste des médecins
conventionnés avec l'organisme de Sécurité sociale auquel
je suis affilié, comme médecin traitant pour moi-même et mes
ayants droit.

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN GENERALISTE CHOISI COMME MEDECIN TRAITANT

Je soussigné docteur :
Nom :
Nom de jeune fille :
Prénom (s) :
Adresse professionnelle :
N° d'inscription à l'ordre des médecins :
N°téléphone :
e-mail :

Déclare accepter le choix exprimé par l'assuré social sus
nommé dans le présent formulaire me désignant comme
médecin traitant pour lui-même et ses ayants droit et
m'engage à respecter toutes les clauses prévues par la
convention type entre l'organisme de sécurité sociale et le
médecin généraliste exerçant à titre privé consacrée par le
Décret Exécutif n° du correspondant
au à laquelle je souscris.

Fait à le

Signature de l'assuré social
توقيع المؤمن له اجتماعيا

جزء خاص بالمؤمن له اجتماعيا

أنا المعضي أسفله

اللقب :
اللقب الأصلي :
الإسم :
تاريخ و مكان الإزدياد :
مؤمن اجتماعي منتسب لـ
تحت الرقم
عنوان (مقر السكن) :
أصرح بموجب هذه الاستمارة عن اختياري للطبيب
اللقب :
الإسم :
عنوان المقر المهني :
ضبيب عام مفيد على قائمة الأطباء المتعاقدين مع هيئة الضمان
الاجتماعي التي انتسب إليها، بمثابة طبيب معالج بالنسبة لي ولدوي
حقوقتي

جزء خاص بالطبيب العام الذي تم اختياره كطبيب معالج

أنا المعضي أسفله لطبيب :
اللقب :
اللقب الأصلي :
الإسم :
عنوان المقر الأصلي :
رقم التسجيل في مجلس الأخلاقيات فرع الأطباء :
رقم الهاتف :
عنوان البريد الإلكتروني :
أصرح بموافقتي على الاختيار الذي أعلن عنه المؤمن له اجتماعيا
المشار إليه أعلاه والذي عينني كطبيب معالج بالنسبة له ولدوي
حقوقه، والتزم باحترام كل البنود المقررة في هذه الاتفاقية
التموضحة المبرمة بين هيئة الضمان الاجتماعي والطبيب العام
الممارس في القطاع الخاص والتي تم تكريسها بموجب المرسوم
التنفيذي رقم المؤرخ في الموافق
لـ والتي أصادق عليها

حرر بـ في

Signature et cachet du médecin traitant
توقيع و ختم الطبيب العام المعني

Observation :

Les assurés sociaux désireux opter pour le dispositif du médecin traitant bénéficient du système tiers payant, dans un premier temps pour les consultations du médecin traitant et le cas échéant des médecins spécialistes conventionnés, conformément aux dispositions de la convention type entre l'organisme de sécurité sociale et les médecins généralistes et spécialisés, exerçant à titre privé.

Les assurés sociaux sont libres de ne pas opter pour ce dispositif ils conserveront le droit au remboursement pour leurs soins de santé selon le système actuel.

Les assurés sociaux peuvent également conserver leur choix d'être suivi au niveau des établissements publics de santé.

Ce formulaire dûment renseigné et signé par l'assuré et le médecin traitant doit être retourné par l'assuré social à son organisme de sécurité sociale d'affiliation.

ملاحظة

في المرحلة الأولى يستفيد المؤمنون لهم اجتماعيا الراغبين في اختيار جهاز الطبيب المعالج، من نظام الدفع من قبل الغير على الفحوصات الطبية، و ذلك على مستوى عيادة الطبيب المعالج، وعند الاقتضاء على مستوى عيادات الأطباء الأخصائيين المتعاقدين مع هيئة الضمان الاجتماعي طبقا لإحكام الاتفاقية المبرمة بين هيئة الضمان الاجتماعي والأطباء العاميين و الأخصائيين الممارسين في القطاع الخاص.

يحق للمؤمنين لهم اجتماعيا عدم اختيار هذا النظام، دون المساس بحقوقهم في تعويض مصاريف العلاجات على مستوى المؤسسات الصحية العمومية.

يتعين على المؤمن له اجتماعيا إعادة هذه الاستمارة التي تملأ بعناية والتي يوقع عليها المؤمن له اجتماعيا والطبيب المعالج، لمركز الدفع التابع لهيئة الضمان الاجتماعي الذي ينتسب إليه

إلتزام

(يتم ملئ هذا الإلتزام من قبل الشخص الذي يلتمس الإستفادة من منحة الوفاة)

أنا الممضي أسفله

السيد(ة).....

النائب(ة) للإستفادة من منحة الوفاة، و هذا لوفاة المؤمن:

الإسم:.....

اللقب:.....

رقم التسجيل للضمان الإجتماعي:.....

و المتوفى بتاريخ:.....

أصرح عن التزامي بإرجاع المبلغ المالي المتحصل عليه دون حق، فوراً و بأكمله في حالة ما إذا اتضح وجود ذوي حقوق آخرين.

التوقيع مصادق عليه

هـام

الوثائق الثبوتية المرفقة بالتصريح

1 = في جميع الحالات : يجب أن يرفق التصريح بشهادة الحالة العائلية. المملوءة من طرف المجلس الشعبي البلدي وتوقع من طرف الطالب. إذا كانت المنح المطلوبة لاطفال من أفرشة مختلفة. يجب إعداد شهادة عائلية لكل مجموعة أطفال.

2 = حسب عمر ونشاط الاطفال : يجب ايضاً الحاق :

أ = اطفال ذوي عاهات أو مصابين بمرض مزمن (مهما يكن العمر قبل 21 سنة) - شهادة الطبيب المعالج أو المؤسسة التي يعالج فيها الطفل.

ب = اطفال في سن الدراسة (خلال السن 17 وحتى سن 21) - شهادات مدرسية.

ج = الفتاة (من 17 حتى 21 سنة) التي تحل محل أم عائلة متوفاة. لدى أخ أو أخت - شهادة وفاة الام وشهادة تثبت أن الفتاة لا تشغل أي منصب مأجور. وأنها تعيش في البيت العائلي.

د = المترربون (من 17 حتى 18 سنة) - نسخة من عقد التدريب عليه ملاحظة الايداع بالبلدية أو لدى مجلس القضاء العمالي.

3 = حسب الحالة المدنية للاطفال : إذا كانت الملاحظات المطلوبة لبيت موجودة على شهادة الحالة العائلية. يرفق التصريح بـ :

أ = اطفال طبيعيين ، شهادة ميلاد.

ب = اطفال متبنون : شهادة ميلاد تحمل ملاحظة حكم الموافقة على التبني من طرف المحكمة.

4 = إن كان الوالدان مطلقين، منفصلين، أو عند سقوط السلطة الوالدية. يرفق التصريح بـ :

أ = طلاق. إنفصال شرعي - سقوط السلطة الوالدية ، مضمون حكم أو أمر يدل على الشخص الذي إثتمن على الاطفال.

ب = إنفصال فعلي ، شهادة تدل على الشخص الذي له كفالة الاطفال

5 = ملفات مفتوحة لصالح الاطفال المأويين

أ = أيتام - إن كان الاب والام متوفين ، شهادة وفاة لكل منهما. شهادة تثبت أن الاطفال هم فعلاً تحت كفالة الاجير.

- إذا توفي الاب وترك أرملة وأقل من ثلاثة أطفال ، شهادة وفاة الاب. شهادة تثبت أن الام لم تتزوج مرة ثانية ولا تقبض منحا عائلية

بعنوان الارملة. وعند الاقتضاء شهادة طبية توضح أن الام لا تستطيع أن تعمل بسبب عاهة أو مرض مزمن ينجر عنه عجز 66% على الاقل. شهادة ميلاد.

إذا توفي الاب وترك أرملة وثلاثة أطفال أو أكثر. شهادة وفاة الاب. شهادة تثبت أن الام لم تتزوج مرة ثانية. ولا تقبض منحا عائلية. شهادة

ميلاد الام

ملاحظة - إذا كانت الام مفقودة. محجوز عليها. أو في الاستشفاء لمدة طويلة. تقدم شهادة عن حالتها.

ب- غير أيتام - عن أب أو أم الاطفال يجب تقديم الشهادات التي توافق حالتها (الفقدان - الحجز - الاستشفاء - المرض الذي ينجر

عنه عجز عن العمل بنسبة 66% على الاقل)

تذكير : إن أصحاب معاش العجز أو التقاعد وكذلك أصحاب إيراد حادث عمل 66% وأصحاب إيرادات الايتام لهم الحق في

الاداءات العائلية.

نذكر أن الاطفال المهملين في الحالة المدنية أو الطبيعيين غير المعترف بهم ليس لهم الحق في المنح العائلية.

طلب منح عائلية

هوية الأجير

الإسم واللقب : _____
وُلِد في _____ بـ _____ البلد، _____
الجنسية : _____

الحالة العائلية : أعزب متزوج مطلق أم منفصل

إستعلامات تتعلق بالعائلة والأطفال الذين تطلب المنح العائلية لهم

الاسم	العنوان	الجنسية

عنوان الأطفال إذا كانوا لا يقيمون مع الأجير : _____
هل تعمل الزوجة : لا نعم
إن كان نعم يذكر لقب وعنوان صاحب العمل : _____

إستعلامات تتعلق بصاحب العمل :

الإسم واللقب أو عنوان الشركة : _____
العنوان : _____
رقم الإنخراط في الضمان الإجتماعي : _____

إستعلامات تكميلية :

هل عمل الأجير عند صاحب عمل سابق ؟ لا نعم
إن كان نعم اذكر لقبه وعنوانه : _____

هل يقبض منحا عائلية من تنظيم آخر ؟ لا نعم
إن كان نعم يذكر إسم التنظيم : _____
رقم الملف : _____ (ارفق هذا الطلب بشهادة التبريح إن أمكن).

اشهد ان المعلومات المعطاة أعلاه صادقة وحقيقية.
أتمهد صراحة أن أخطر الصندوق بكل ظرف يمكن أن يعدل في هذا التصريح.
توقيع الأجير : _____ خاتم صاحب العمل : _____

في _____
تأشير صاحب العمل

(أنظر في الظهر، الوثائق المطلوبة)

