



تصريح بالمرض "شركات" Déclaration maladie "Entreprises"

À remplir par l'adhérent ou le bénéficiaire

بملاً من طرف المؤمن أو المستفيد من التأمين

Nom et prénom de l'adhérent

إسم و لقب المؤمن

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

إسم و لقب المستفيد من التأمين
(إن لم يكن المؤمن)

Date de naissance du bénéficiaire

تاريخ ميلاد المستفيد

Lien de parenté avec l'adhérent

علاقة القرابة بالمؤمن

Cachet de l'entreprise

ختم المؤسسة

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

À renseigner par le médecin/praticien

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

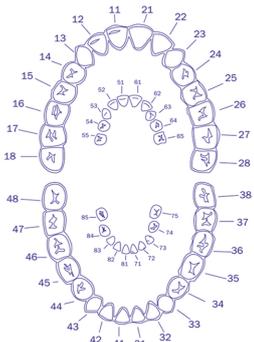
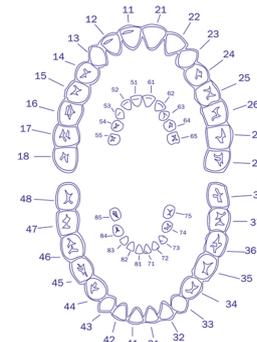
(champs obligatoires : Date/Nature de l'acte/Coefficient/Montant/Consultation ...)

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

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"/>	<input type="text"/>

Soins dentaires

Prothèses dentaires



AXA vous répond sur



أكسا ترد عليك و تجيبك على

www.axa.dz

Documents à fournir الوثائق المطلوبة

العلاج Acte	تصريح بالمرض Déclaration maladie	الوصفة Ordonnance	التقرير الطبي Compte rendu	الفاتورة المفصلة Facture détaillée	الأناوات Vignettes	فاتورة بطاقة الشفاء Facture CHIFA	التصوير البانورامي Radio Panoramique
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	✓			✓ au delà de 10 000 DA			
طقم الأسنان و تقويمها Prothèse et orthodontie dentaire	✓			✓			✓

POUR DEMANDER LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Pour bénéficier des services d'Assistance, vous devez contacter au préalable AXA Assistance au 021980909. Les prestations d'assistance sont opérables uniquement sur le territoire national



AXA vous répond sur



أكسا ترد عليك و تجيبك على

www.axa.dz

