

**SECURITE SOCIALE**

Agence :

Centre de paiement :

**DEMANDE D'ENTENTE  
PREALABLE**

Doit être adressée à votre centre de paiement pour :

1. Tous les actes figurant à la nomenclature des actes professionnels avec une mention particulière suivi de la lettre E,
2. Tous les actes ne figurant pas à la nomenclature des actes professionnels et cotés par assimilation,
3. Pour les grands appareillages, les verres de contact, les cures thermales ou spécialisées et les traitements de rééducation fonctionnelle.

**A REMPLIR PAR L'ASSURE**

Nom et prénoms : .....

n° d'immatriculation

Né (e) le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] à .....

Nom et adresse de l'employeur : .....

bénéficiaire autre que l'assuré : Conjoint  Enfant  Ascendant  (1)

Nom et prénoms : ..... Né (e) le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Adresse : .....

**A REMPLIR PAR LE PRATICIEN**

Le médecin, l'auxiliaire médical, le directeur de laboratoire, le fournisseur, (2) soussigné, demande l'entente préalable en vue de dispenser au malade désigné ci-dessus : les actes, appareils ou traitements (2) décrits ci-après : .....

date [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Cachet et Signature du Praticien

(1) Mettre une croix dans la case correspondante.

(2) Rayer les mentions inutiles.

La loi punit quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration.

**A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT**

(partie confidentielle réservée à l'information du Médecin Conseil-à cacheter après renseignement).

Fait à ..... Le, .....

SIGNATURE.

## الضمان الاجتماعي

### طلب الاتفاق المسبق

وكالة :  
مركز الدفع :

- يرسل هذا الطلب الى مركز الدفع بالنسبة لكل الأعمال المنصوص عليها في :
- القائمة العامة للأعمال المهنية مع ملاحظة خاصة او مذكورة بواسطة حرف د.
  - الأعمال غير الموجودة في القنمة العامة للأعمال المهنية المصنفة بالتشبيه.
  - الأعضاء الاصطناعية الكبرى، وعدسات العين والعلاج بالمياه المعدنية ومعالجة اعادة التأهيل الوظيفي.

### تملأ من طرف المؤمن

الاسم واللقب :

رقم التسجيل

المولود بتاريخ :

في :

بالاضافة الى المؤمن من هم المستفيدين : الزوجة  الأولاد  الأصول  (1)

الاسم واللقب :

العنوان :

اسم وعنوان المستخدم :

### تملأ من طرف المعالج

الطبيب، العون الطبي، مدير المخبر، المون (2)

المضي اسفله يطلب الحصول على الاتفاق المسبق لاعفاء المريض المذكور اعلاه في :

الاجراءات الاعضاء الاصطناعية أو العلاج (2)

المبينة فيما يلي :

ختم وتوقيع المعالج

التاريخ :

(1) ضع اشارة × الحانة المناسبة.

(2) اشطب العبارات الغير مناسبة.

كل شخص يقوم بتزوير او يدلي بتصريحات غير صحيحة يعاقب من طرف القانون

### تملأ من طرف الطبيب المعالج

جزء سري مخصص لمعلومات الطبيب المستشار (تفلق بعد تقديم المعلومات).

حرر بـ ..... في  
الامضاء،