

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.

جزء خاص بالمؤمن له اجتماعيا

أنا الممضي أسفله

اللقب :

اللقب الأصلي :

الإسم :

تاريخ و مكان الإزدياد :

مؤمن اجتماعي منتسب لـ

تحت الرقم

عنوان (مقر السكن) :

أصرح بموجب هذه الاستمارة عن إختياري للطبيب

اللقب :

الإسم :

عنوان المقر المهني :

طبيب عام مقيد على قائمة الأطباء المتعاقدين مع هيئة الضمان

الاجتماعي التي انتسب إليها، بمثابة طبيب معالج بالنسبة لي ولدوي

حقوقتي

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.

Signature de l'assuré social

توقيع المؤمن له اجتماعيا

جزء خاص بالطبيب العام الذي تم اختياره كطبيب معالج

أنا الممضي أسفله الطبيب :

اللقب :

اللقب الأصلي :

الإسم :

عنوان المقر الأصلي :

رقم التسجيل في مجلس الأخلاقيات فرع الأطباء :

رقم الهاتف :

عنوان البريد الإلكتروني

أصرح بموافقتي على الإختيار 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

النموذجية 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 dument 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 بحقهم 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