République Tunisienne
Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité
Caisse Nationale de Sécurité Sociale

الجمهورية التونسية
وزارة الشؤون الإجتماعيّة و التّضامن
الصّندوق الوطني للضمان الاجتماعي

Régime de réparation des préjudices résultant des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles

نظـام جبـر الاضرار الناتجة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية

مطلب تكفل بمصاريف التداوي والآلات الطبية

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DE SOINS ET D'APPAREILLAGE

LA VICTIME | Numéro Matricule |_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| رقـ ـم التسجيـل | **المتضرر**

Nom et Prénom ..... الاسم واللقب

Date et heure de l'Accident ou de la Maladie |_|_| |_|_| |_|_|_|_| |_|_| |_|_| تاريـخ وساعـة الحادث أو المرض

L'EMPLOYEUR | N° d'affiliation |_|_|_|_|_|_|_| |_|_| رقـ ـم الانخراط | **صاحب العمل**

Nom ou Raison Social ..... الاسم

Adresse ..... العنوان

Je soussigné(e) ..... إني الممضي أسفله

Titulaire de la C.I.N N° |_|_|_|_|_|_|_|_| صاحب بطاقة التعريف الوطنية رقم

Demande en ma qualité de ..... أطلب بصفتي

la prise en charge par la C.N.S.S des frais de : تكفل الصندوق الوطني بمصاريف :

Soins auprès de : ..... علاج بـ :

Consultation médicale auprès de ..... الفحوص الطبية لدى

.....

Exécution d'ordonnance auprès de ..... اقتناء الأدوية الموصوفة لدى

.....

Hospitalisation ..... الإقامة بـ

Appareillages : ..... آلات طبية :

.....

Autres prestations de soins : خدمات صحية أخرى :

.....

.....

Au profit de la victime sus-mentionnée لفائدة المتضرر المذكور أعلاه

Fait à ..... le ..... حـرر بـ ..... في

Signature الإمضـاء

خاص بالإدارة

Réservé à l'Administration

..... |_|_|_|_|

..... |_|_|_|_|

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Avis du médecin contrôleur **رأي الطبيب المراقب**

ÁT 016

N.B. : joindre à la demande les certificats médicaux et ordonnances etc.. **ملاحظة : يرفق المطلب بالشهادات الطبية والوصفات إلخ...**