



وزارة العمل و التشغيل و الضمان الإجتماعي  
الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية للعمال الأجاء  
التأمينات الإجتماعية – Assurances Sociales

ملحق رقم 01

إستمارة إختيار الطبيب العام المعالج  
من طرف المؤمن له إجتماعيا في إطار إتفاقية الطبيب المعالج

ANNEXE N°01

FORMULAIRE DU CHOIX DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE TRAITANT  
DANS LE CADRE DU SYSTÈME DE CONVENTIONNEMENT

تأشيرة الهيئة  
Visa de la Structure

PARTIE RÉSERVÉE A L'ASSURÉ

جزء خاص بالمؤمن له إجتماعيا

Je soussigné(e) : .....  
Nom : .....  
Nom de jeune fille : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
Lieu de naissance : .....  
Assuré(e) social(e) affilié(e) à : .....  
Sous le N° : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
Adresse (domicile) : .....

أنا الممضي(ة) أسفله : .....  
اللقب : .....  
اللقب الأصلي : .....  
الإسم : .....  
تاريخ الإزدياد : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
مكان الإزدياد : .....  
مؤمن(ة) إجتماعيا منتسب(ة) لـ : .....  
تحت رقم : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
العنوان (مقر السكن) : .....

Déclare par le présent formulaire mon choix du docteur :

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse professionnelle : .....

أصرح بموجب هذه الإستمارة عن إختياري للطبيب(ة) :

اللقب : .....  
الإسم : .....  
عنوان المقر المهني : .....

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.

طبيب(ة) عام(ة) مقيّد على قائمة الأطباء المتعاقدين مع هيئة الضمان الإجتماعي التي أنتسب إليها، بمثابة طبيب معالج بالنسبة لي ولذوي حقوقي.

PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN GÉNÉRALISTE  
CHOISI COMME MÉDECIN TRAITANT

جزء خاص بالطبيب العام الذي تم إختياره كطبيب معالج

Je soussigné(e) docteur :

Nom : .....  
Nom de jeune fille : .....  
Prénom : .....  
Adresse professionnelle : .....  
N° d'inscription à l'ordre des médecins : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
N° de téléphone : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
E-mail : .....

أنا الممضي(ة) أسفله الطبيب(ة) : .....  
اللقب : .....  
اللقب الأصلي : .....  
الإسم : .....  
عنوان المقر الأصلي : .....  
رقم التسجيل في مجلس الأخلاقيات فرع الأطباء : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
رقم الهاتف : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
البريد الإلكتروني : .....

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.

أصرح بموافقتي على الإختيار الذي أعلن عنه المؤمن له إجتماعيا المشار إليه أعلاه والذي عينني كطبيب معالج بالنسبة له ولذوي حقوقي، وألتزم بإحترام كل البنود المقررة في هذه الإتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئة الضمان الإجتماعي والطبيب العام الممارس في القطاع الخاص والتي تم تكريسها بموجب المرسوم التنفيذي رقم ..... المؤرخ في ..... الموافق لـ ..... والتي أصادق عليها.

Fait à ..... le .....

حرر بـ ..... في .....

توقيع المؤمن(ة) له(ها) إجتماعيا  
Signature de l'Assuré(e) Social

توقيع وختم الطبيب العام المعني  
Signature et Cachet du Médecin Traitant

## ملاحظة

في المرحلة الأولى يستفيد المؤمنون لهم إجتماعيا الراغبون في إختيار الطبيب (ة) المعالج (ة)، من نظام الدفع من قبل الغير على الفحوصات الطبية، وذلك على مستوى عيادة الطبيب المعالج، وعند الإقتضاء على مستوى عيادات الأطباء الأخصائيين المتعاقدين مع هيئة الضمان الإجتماعي طبقاً لأحكام الإنفاقية المبرمة بين هيئة الضمان الإجتماعي والأطباء العامين والأخصائيين الممارسين في القطاع الخاص.

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

يتعين على المؤمن له إجتماعيا إعادة هذه الإستمارة التي تملأ بعناية والتي يوقع عليها المؤمن له إجتماعيا والطبيب المعالج، لهيئة الدفع التابع لهيئة الضمان الإجتماعي الذي ينتسب إليه.

## 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 spécialistes, exerçants à titre privé.**

**Les assurés sociaux sont libres de ne pas opter pour ce dispositif ils conserveront le droit aux 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.**