

TABLEAU DE PRESTATIONS PROTECTION

PRESTATIONS GARANTIES : MONTANTS & TAUX DES REMBOURSEMENTS

Consultations :	Généraliste	15,000 DT
	spécialiste & professeur	20,000 DT
Actes médicaux courants		AM PC AMM 1,000 DT
Actes de messagerie et de rééducation		
Analyses B 0.120		100,000DT
Frais Pharmaceutiques	90% des frais réels avec un max	125,000 DT
Orthopédie, prothèse (sauf dentaire)	80% des frais réels avec max	50,000DT
Montures : 80 % des frais réels* avec possibilité de renouvellement tous les 2 ans maximum par monture		80,000 DT
Verres OU lentilles : 80 % des frais engagés avec un maximum/an et par prestataire		50,000 DT
Le renouvellement des verres n'est pris en considération que s'il y a modification dans l'acuité visuelle avec possibilité de renouvellement tous les 2 ans		
Lentilles 100% après expertise (le cumul entre les verres et lentilles est possible)		
Hospitalisation		Clinique 30, 000 DT/J
Radiologie Electro- physio, R, K, ERK, Z Traitement spécial (.)		0,800 dt avec maximum 100,000DT
Frais chirurgicaux y compris salle d'operation et anesthésie		KC... 2,500 DT
Transport du malade (sur prescription médicale)	100 % des frais réels	avec un max / prestataire 30,000 DT
Soins et Prothèse dentaires (tous soins confondus)	avec un max... 125,000 DT	D 1,000 DT
Accouchement		Une indemnité forfaitaire 100,000 DT
Circoncision forfait par enfants		40,000DT
Cures thermales après cnam (max 21j)		... 10,000DT/J

MAXIMUM PAR PRESTATAIRE ET PAR AN

1000,000 DT

TABLEAU DE PRESTATIONS SECURITE+

PRESTATIONS GARANTIES : MONTANTS & TAUX DES REMBOURSEMENTS

Consultations :	Généraliste	15,000 DT
	spécialiste & professeur	30,000 DT
Actes médicaux courants		AM PC AMM 1,000 DT
Actes de messagerie et de rééducation		
Analyses B 0.120		200,000DT
Frais Pharmaceutiques	90% des frais réels avec un max	250,000 DT
Orthopédie, prothèse (sauf dentaire)	90% des frais réels avec max	100,000DT
Montures : 80 % des frais réels* avec possibilité de renouvellement tous les 2 ans maximum par monture		120,000 DT
Verres OU lentilles : 80 % des frais engagés avec un maximum/an et par prestataire		80,000 DT
Le renouvellement des verres n'est pris en considération que s'il y a modification dans l'acuité visuelle avec possibilité de renouvellement tous les 2 ans		
Lentilles 100% après expertise (le cumul entre les verres et lentilles est possible)		
Hospitalisation		Clinique 50, 000 DT/J
Radiologie Electro- physio, R, K, ERK, Z Traitement spécial (.)	1,000 avec maximum	0,800 dt avec maximum 2500,000DT
Frais chirurgicaux y compris salle d'opération et anesthésie		KC... 4,000 DT
Transport du malade (sur prescription médicale)	100 % des frais réels	avec un max / prestataire 50,000 DT
Soins et Prothèse dentaires (tous soins confondus)	avec un max... 200,000 DT	D 1,000 DT
Accouchement		Une indemnité forfaitaire 150,000 DT
Circoncision forfait par enfants		60,000DT
Cures thermales après cnam (max 21j)		... 10,000DT/J

MAXIMUM PAR PRESTATAIRE ET PAR AN

1500,000 DT

MAXIMUM PAR PRESTATAIRE ET PAR AN

2500,000 DT



FORMULAIRE D'INSCRIPTION ASSURANCE CTAMA

الإنفراط مطبوعة CTAMA

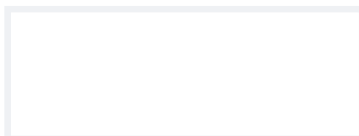
Pour faire une demande d'inscription, veuillez répondre à toutes les questions.
لتقديم للتسجيل ، يرجى الإجابة على جميع الأسئلة .

Choisir type de contrat

اختار نوع العقد



SECURITE +
70 DINARS



PROTECTION
40 DINARS

Adhèrent

المنفراط

IDENTIFIANT UNIQUE

المعرف الوحيد

NOM ET PRENOM

الاسم و اللقب

DATE DE NAISSANCE

تاريخ الولادة

N° CIN

رقم ب.ت.و
العنوان

ADRESSE

VILLE

المدينة

CODE POSTAL

الترقيم البريدي

GSM

الجوال

E-MAIL

البريد الالكتروني

RIB

رقم الحساب الجاري
المؤسسة المهنية
العنوان

ETABLISSEMENT PROF

ADRESSE :

Conjoint

القرين

NOM ET PRENOM	الاسم واللقب
DATE DE NAISSANCE	تاريخ الولادة
N° CIN	رقم ب.ت.و

Enfants

الابناء

NOM ET PRENOM 01	الاسم واللقب 01
DATE DE NAISSANCE	تاريخ الولادة
NOM ET PRENOM 02	الاسم واللقب 02
DATE DE NAISSANCE	تاريخ الولادة
NOM ET PRENOM 03	الاسم واللقب 03
DATE DE NAISSANCE	تاريخ الولادة
NOM ET PRENOM 04	الاسم واللقب 04
DATE DE NAISSANCE	تاريخ الولادة
NOM ET PRENOM 05	الاسم واللقب 05
DATE DE NAISSANCE	تاريخ الولادة

Je m'engage a autorisé mon employeur de faire les déductions nécessaires sur mon salaire selon la formule ____ / ____ / ____ : ____ / ____ / ____ :
 choisie du : ____ / ____ / ____ au : ____ / ____ / ____ et qui serait renouvelé automatiquement par tacite reconduction sauf demande d'annulation de ma part avant le 30/09/____ .
 أتعهد بتفويض المشغل لإجراء الخصومات اللازمة من راتبي وفقاً للصيغة المختارة من: ____ / ____ / ____ إلى ____ / ____ / ____ والتي يتم تجديدها ضمناً ما لم أطلب الإلغاء كتابياً قبل 30/09/____ .

ملحوظة يجب إرفاق هذا النموذج:

N.B : joindre impérativement avec ce formulaire :

- Copie de la C.I.N.
- une fiche de paie récente de l'Adhèrent.
- une copie du Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B)

- نسخة من ب ت و.
- شهادة خلاص حديثة .
- نسخة من بيان الهوية البنكية.

Lu et approuvé اطلعت ووافقت
 Date ____/____/____ التاريخ

Signature الامضاء