

**CAISSE NATIONALE DES ASSURANCES SOCIALES
DES TRAVAILLEURS SALARIÉS**

Agence de Wilaya :

Centre payeur :

**ATTESTATION D'OUVERTURE DES DROITS
AUX PRESTATIONS EN NATURE N°**

Identification de l'assuré(e)

Nom :

N° d'immatriculation :

Prénom :

Centre d'affiliation :

Date de naissance : / /

Adresse :

Identification du malade :

Nom :

N° d'immatriculation :

Prénom :

Centre d'affiliation :

Date de naissance : / /

Adresse :

Assuré(e)

Conjoint(e)

Enfant

Ascendant(e)

Est bénéficiaire des prestations en nature de l'assurance maladie jusqu'au : / /

Etablie le : / /

Par :

Validée par :

Cachet et signature

NB : l'assuré social soussigné est informé qu'en cas de délivrance de prise en charge par la CNAS, il n'aura ni à déposer de caution, ni à régler de frais supplémentaires à l'établissement conventionné, pour les actes couverts par cette prise en charge.

Lu et approuvé :

Signature de l'assuré :

Pièce d'identité n° :

Délivrée le :