

**CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALES DES NON-SALARIES
CASNOS**

Agence de Wilaya :

Adresse :

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

Identification de l'assuré(e)

Nom : Prénom :

Matricule :

Date de naissance : / /

Adresse :

Identification du malade :

Nom : Prénom :

Matricule :

Date de naissance : / /

Assuré(e) Conjoint(e) Enfant Ascendant(e)

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

Fait à le / /

Signature

Valable pour : PC cardio vasculaire