

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

Agence :

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 Enfant Ascendant (e)

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

.....

Établie le : Par :

Validée par :

Cachet et signature

NB : l'assuré social 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 aucun frais supplémentaire à l'établissement conventionné pour les actes couverts par cette prise en charge.