

RESERVE AU MEDECIN CONSEIL

AP10

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

مطلب لتحمل مصاريف

ACTE DE GREFFE

عملية زرع

Favorable :

Prise en charge d'une transplantation
à effectuer à l'hôpital.....

Défavorable :

Motifs :

.....
.....
.....
.....
.....

Observations :

.....
.....
.....
.....
.....

Date :/...../.....

signature

A REMPLIR PAR L'ASSURE SOCIAL

Caisse d'affiliation

CNSS

CNRPS

صندوق الانحراط

Identifiant unique ou
Numéro d'assuré social

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

المعرف الوحيد أو رقم
المضمون الاجتماعي

L'ASSURE SOCIAL

المضمون الاجتماعي

PRENOM :

NOM :

ADRESSE :

TELEPHONE : :

LE BENEFICIAIRE

المتنفع

L'ASSURE SOCIAL

LE CONJOINT

L'ENFANT*

L'ASCENDANT**

* Le 1^{er} Enfant = 1, 2^{ème} enfant = 2, 3^{ème} enfant = 3 ...etc

** Le père = 1, la mère = 2

* الإبن الأول = 1، الثاني = 2، الثالث = 3... الخ

** 2 = 1 = **

PRENOM :

NOM :

DATE DE NAISSANCE :

SIGANTURE DE L'ASSURE SOCIAL

