



الصندوق الوطني للتأمين على المرض

RESERVE AU MEDECIN CONSEIL

* مطلب للتكفل بالعلاج والأعمال الطبية الخاضعة للموافقة المسبقة *

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DE SOINS ET EXPLORATIONS

SOU MIS A L'ACCORD PREALABLE *

AP1

Favorable :

Prise en charge de :

Code	Désignation	Posologie	Durée du traitement
.....
.....
.....
.....
.....

Défavorable :

Motifs :

.....

.....

.....

.....

Observations :

.....

.....

.....

.....

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

signature

HOSPITALISATION, CHIRURGIE
OU ACCOUCHEMENT

الإيواء الإستشفائي أو العمليات الجراحية أو
التوليد

MEDICAMENTS

الأدوية

ACTES MEDICAUX

الأعمال الطبية

ANALYSES MEDICALES

التحاليل الطبية

A REMPLIR PAR L'ASSURE SOCIAL

يعمر من طرف المضمون الاجتماعي

 CNSS

 CNRPS

 Convention Bilatérale

Identifiant unique ou
Numéro d'assuré social

.....

المعرف الوحيد أو رقم
المضمون الاجتماعي

L'ASSURE SOCIAL

المضمون الاجتماعي

PRENOM : الاسم :

NOM : اللقب :

ADRESSE : العنوان :

.....

.....

TELEPHONE : الهاتف :

LE BENEFICIAIRE

المنتفع

L'ASSURE SOCIAL

المضمون الاجتماعي

LE CONJOINT

القرين

L'ENFANT*

*الابن

L'ASCENDANT**

**الأب أو الأم

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

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

** Le père = 1, la mère = 2

**الأب = 1، الأم = 2

PRENOM : الاسم :

NOM : اللقب :

DATE DE NAISSANCE تاريخ الولادة :

signature de l'assuré social امضاء المضمون الاجتماعي

* utiliser un seul imprimé pour chaque type de prestations

RAPPORT MEDICAL CONFIDENTIEL

Je soussigné Dr :
exerçant en tant que :
à

Code conventionnel

certifie avoir examiné Mr (me) :

identifiant unique ou numéro d'assuré social :

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

Prescrit les actes ou les médicaments suivants :

Code	Désignation	Posologie*	Durée de traitement*
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

* : En cas de prescription de médicaments.

Données cliniques et paracliniques : joindre les copies des explorations effectuées

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

Prière établir une ordonnance médicale que le patient est tenu de garder afin de la présenter au prestataire de soins.

En cas de chimiothérapie, préciser :
RECEPTEURS HORMONAUX CLASSIFICATION TNM :
TYPE HISTOLOGIQUE.....

Diagnostic :

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

Au cas où il s'agit d'une hospitalisation ou d'un accouchement, préciser la clinique privée conventionnée :
.....
.....
.....

....., le..... Cachet et signature du médecin

Prière coller ce rapport après l'avoir rempli.