

RESERVE AU MEDECIN CONSEIL

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE APPAREILLAGE MEDICAL

مطلب لاقتناء
آلات طبية

Favorable :
Prise en charge d'appareillage(s) :

Code	Libellé	Nombre

Défavorable :
Motifs :

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

Observations :

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

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

signature

A REMPLIR PAR L'ASSURE SOCIAL

Caisse d'affiliation

CNSS

CNRPS

صندوق الانخراط

Identifiant unique ou
Numéro d'assuré social

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

المعرف الوحيد أو رقم
المضمون الاجتماعي

L'ASSURE SOCIAL

المضمون الاجتماعي

PRENOM :

NOM :

ADRESSE :

.....

.....

TELEPHONE : | | | | | | | | | | : | | | | | | | | | |

LE BENEFICIAIRE

المنتفع

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

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 le(s) appareillage(s) suivant(s) :

Code	Libellé	Nombre

Nature de la maladie :

- Accident du travail,
- Professionnelle,
- APCI

ou autre à préciser :

Données cliniques et paracliniques :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Diagnostic:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Première attribution
 Appareil provisoire
 Renouvellement

....., le

....., le

Maître appareilleur

Médecin prescripteur

Prière coller ce rapport après l'avoir rempli.