RESERVE AU MEDECIN CONSEIL

☐ Demande initiale ☐ Renouvellement

☐ **Favorable :**

Prise en charge de

☐ Rééducation fonctionnelle

au centre ……

☐ Kinésithérapie

Durée …… jours, à compter du …….

Rythme des séances :…… séances/semaine

☐ **Défavorable :**

Motifs :

……

……

……

……

……

Observations :

……

……

……

……

Date : …../…../….

Signature

الصندوق الوطني للتأمين على المرض

CNAM Caisse Nationale d'Assurance Maladie

AP4

DEMANDE POUR PRISE EN CHARGE

REEDUCATION FONCTIONNELLE

مطلب لتحمل مصاريف

التأهيل الوظيفي

A REMPLIR PAR L'ASSURE SOCIAL — **يعمر من طرف المضمون الاجتماعي**

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 :…… : 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 1er Enfant = 1, 2ème enfant = 2, 3ème enfant = 3 …etc

** Le père = 1, la mère = 2

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

**الأب = 1، الأم = 2

PRENOM :…… : الاسم

NOM :…… : اللقب

DATE DE NAISSANCE تاريخ الولادة:

SIGANTURE DE L'ASSURE SOCIAL إمضاء المضمون الاجتماعي

RAPPORT MEDICAL CONFIDENTIEL

Je soussigné docteur : ……..……..……

Exerçant en tant que : ……...….

à ……..……..…

Code conventionnel ☐

Certifie que l'état de santé de Mr (me) :……..…

…….

Identifiant unique ou numéro d'assuré social : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

nécessite une prise en charge de rééducation fonctionnelle dans un

☐ Centre de rééducation fonctionnelle dirigé par un médecin physique

☐ Cabinet de physiothérapeute

pour une durée de ……....jours à compter du ……..…….. et à raison de ….. séances par semaine, soit un nombre total de …….séances.

☐ Demande initiale ☐ Renouvellement

et ce à la suite de (*pathologie à l'origine du déficit et sa date de début*)

…….
…….
…….
…….
…….
…….
…….
…….

APCI ☐

Accident de travail ou maladie professionnelle ☐

Accident de la circulation ☐

Autre …….. ☐

Ayant été traitée par *(traitement médical, chirurgical, fonctionnel etc…) et en précisant la durée* :

…….
…….
…….
…….
…….

Etat de Santé général actuel (*notamment l'existence de pathologies associées*) :

…….
…….
…….
…….
…….
…….
…….

Bilan fonctionnel (*précisant le siége et l'évaluation de la fonction objet de la Rééducation*)

…….
…….
…….
…….
…….
…….
…….

En cas de demande de prolongation : *préciser les motifs et les objectifs* :

…….
…….
…….
…….
…….
…….
…….
…….

……, *le…../…../…….*

CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN

Prière coller ce rapport après l'avoir rempli.