



الصندوق الوطني للتأمين على المرض  
Caisse Nationale d'Assurance Maladie

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE  
DES MEDICAMENTS  
-EXONERES DU PLAFOND-  
DE L'HYPERTROPHIE BENIGNE DE LA  
PROSTATE

مطلب للتكفل بالأدوية المستثناة من  
السقف السنوي  
والمرتبطة بعلاج التضخم الحميد  
للبروستات

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

IDENTIFIANT UNIQUE

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

المعرف الوحيد

L'assuré social

المضمون الاجتماعي

Prénom : ..... الإسم:

Nom : ..... اللقب:

Adresse : ..... العنوان:

Code postal : ..... الترقيم البريدي:

Le malade

المريض

الأصل (\*\*)  
L'ascendant (\*\*)

الابن (\*)  
L'enfant (\*)

القرين  
Le  
conjoint

المضمون لاجتماعي  
L'assuré social

(\*) 1<sup>er</sup> Enfant = 01 ; 2<sup>ème</sup> = 02 ; 3<sup>ème</sup> = 03 ... etc

(\*) الابن الأول = 01 ؛ الثاني = 02 ؛ الثالث = 03 ... إلخ

(\*\*) Le Père = 01 ; La Mère = 02

(\*\*) الأب = 1 ؛ الأم = 02

PRENOM : ..... الاسم:

NOM : ..... اللقب:

DATE DE NAISSANCE : ..... تاريخ الولادة:

SIGNATURE DE L'ASSURE

إمضاء المضمون الاجتماعي

**Très important :** Ce formulaire doit être déposé au centre régional ou local le plus proche de votre domicile, dans un délai ne dépassant pas les **15 jours** suivant la date de sa signature par le médecin prescripteur.

**هام جدا:** تسلّم هذه البطاقة إلى أقرب مركز جهوي أو محلي لمقر إقامتكم وذلك في أجل أقصاه **15 يوما** من تاريخ تحريرها من طرف الطبيب المباشر .

**Demande d'Exonération du Plafond des Médicaments de  
l'Hypertrophie Bénigne de la Prostate**

*Partie réservée au médecin traitant*

---

**Médecin Prescripteur:** ..... spécialité: .....

Code conventionnel: ..... Lieu d'exercice: public  privé

**Identité du Patient:**

Identifiant Unique de l'assuré: .....

Nom et Prénom du patient : .....

Date de naissance: .....

Antécédents: .....

.....

Ancienneté de la maladie: .....

**Eléments du diagnostic positif et évaluation de l'importance des symptômes du bas  
appareil urinaire :**

- Données de l'interrogatoire et de l'examen clinique .....

.....

.....

- Score IPSS .....

**Données des éventuels examens complémentaires (joindre une copie):**

.....

.....

**Traitement :** .....

.....

**Date :**     \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

**Signature et cachet**

Nom : ..... Prénom : ..... Date : .....

IPSS : International Prostate Score Symptom							
	Jamais	Environ 1 fois sur 5	Environ 1 fois sur 3	Environ 1 fois sur 2	Environ 2 fois sur 3	Presque toujours	
Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez vous eu la sensation que votre vessie n'était pas complètement vidée après avoir uriné ?	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez vous eu besoin d'uriner moins de 2 heures après avoir fini d'uriner ?	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez vous eu une interruption du jet d'urine c'est à dire démarrage de la miction puis arrêt puis redémarrage ?	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Au cours du dernier mois, après avoir ressenti le besoin d'uriner, avec quelle fréquence avez vous eu des difficultés à vous retenir d'uriner ?	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez vous eu une diminution de la taille ou de la force du jet d'urine ?	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez vous dû forcer ou pousser pour commencer à uriner ?	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
	Jamais	1 fois	2 fois	3 fois	4 fois	5 fois	
Au cours du dernier mois écoulé, combien de fois par nuit, en moyenne, vous êtes-vous levé pour uriner (entre le moment de votre coucher le soir et celui de votre lever définitif le matin ?	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>

• 0 – 7 = léger  
 • 8 – 19 = modéré  
 • 20 – 35 = sévère

Total = IPSS :

*Afin de permettre au médecin conseil de la CNAM de statuer sur cette demande dans les meilleurs délais, prière*

➤ *détailler au maximum votre rapport médical en précisant :*

- *Le diagnostic exact de l'affection justifiant la demande d'admission*
- *L'observation clinique*
- *Le traitement envisagé*
- *Les modalités de suivi clinique et para clinique*

➤ *joindre à cette demande, les copies des résultats et des rapports des explorations ayant posé le diagnostic*

## Réservé au médecin conseil de la CNAM

**Demande initiale**

**Renouvellement**

### Avis du médecin conseil :

**Accord** pour l'admission en **Maladie** chronique dont les médicaments sont **Exonérés** du **Plafond ( MEP )**

➤ Code de la maladie : **MEP 101**

➤ Date de début de la prise en charge : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

➤ Durée de la prise en charge \_\_\_ mois.

**Complément de pièces**

Nature de la pièce :.....  
.....

**Rejet** pour l'admission en maladie chronique dont les **Médicaments** sont **Exonérés** du **Plafond ( MEP 101 )**

Motif du rejet :.....  
.....

### Observations :

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

**Date** : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Signature et cachet**