

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

--	--	--

A REMPLIR PAR L'AFFILIE

IDENTIFICATION DE L'AFFILIE

تعريف المنخرط

Nom اللقب

Prénom الإسم

Adresse العنوان

Pays d'affectation بلد التعيين

Fonction الخطة

Employeur الإدارة

DEMANDE DE (1) 1ère prise en charge
 Renouvellement de Prise en charge

IDENTIFICATION DU MALADE

تعريف المريض

Nom اللقب

Prénom الإسم

Date de naissance تاريخ الولادة

Qualité du Malade (1) Conjoint الزوج
Enfant الإبن

Pays de résidence بلد الإقامة

Adresse العنوان

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Je soussigné Docteur.....

(Préciser les titres et spécialités)

Après avoir examiné, ce jour M.....

et ayant constaté qu'il (elle) présente la symptomatologie suivante.....

(donner le maximum de détails, résultants des examens etc...)

pour laquelle je pose le diagnostic de.....

estime que cette maladie doit être considérée comme une affection de longue durée et propose la prise en charge des frais.

nécessités par son traitement :

- Le traitement se fait à titre (1) Ambulatoire
 Hospitalisation
 Autres (préciser.....)

1) à partir du (2)
2) Le traitement aura une durée de mois
susceptible d'être prorogé de an (s)

- Si le traitement nécessite des soins de kinésithérapie - Appareillage - Radiothérapie, prière remplir la demande d'entente préalable prévue à cet effet.

N.B : Ce certificat est destiné au Médecin conseil de la CNAM et aura un caractère strictement confidentiel (prière de le mettre sous enveloppe après l'avoir rempli).

..... le 20.....

Signature

(2) date de la 1ère constatation de la maladie.

Avis Médical (1) Favorable Défavorable

Date du début de la P.E.C.....

Durée de la P.E.C.....

Observations (1)

1° P.E.C
 Renouvellement
 dérogation
 Rechute du.....