FEUILLECNAM AP1 1_23 vecto.pdf 1 18/01/2023 14:02

RESERVE AU MEDECIN CONSEIL

☐ **Favorable :**

Prise en charge de :

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

☐ **Défavorable :**

Motifs :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Observations :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

Signature

CNAM الصندوق الوطني للتأمين على المرض
Caisse Nationale d'Assurance Maladie

مطلب للتكفل بالعلاج و الأعمال الطبية الخاضعة للموافقة المسبقة*

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DE SOINS ET EXPLORATIONS SOUMIS A L'ACCORD PREALABLE*

AP1

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**

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 : ..... الإسم :

NOM : ..... اللقب :

ADRESSE : ..... العنوان :

.....

.....

TELEPHONE : الهاتف :

LE BENEFICIAIRE — **المنتفع**

L'ASSURE SOCIAL	☐	المضمون الإجتماعي
LE CONJOINT	☐	القرين
L'ENFANT	☐	الإبن
L'ASCENDANT	☐	الأب أو الأم

PRENOM : ..... الإسم :

NOM : ..... اللقب :

DATE DE NAISSANCE تاريخ الولادة:

signature de l'assuré social **إمضاء المضمون الاجتماعي**

FEUILLECNAM AP1 1_23 vecto.pdf 2 18/01/2023 14:02

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 du traitement*
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

** : pour les médicaments prescrits*

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

.....

.....

.....

..... , le .....

Cachet et signature du médecin