

**Demande d'admission en APCI**  
A remplir par le médecin traitant

Je soussigné, Docteur

Nom et prénom : .....

Code conventionnel :

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

Certifie, après avoir examiné M(me, elle) .....

IDENTIFIANT :

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

que l'affection qu'il (elle) présente est classée parmi les affections prises en charge intégralement (APCI) par la CNAM, et ce conformément à la liste des APCI fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé publique et de la sécurité sociale.

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

Signature et cachet



الصندوق الوطني للتأمين على المرض  
Caisse Nationale d'Assurance Maladie

**مطلب تكفل  
بمرض ثقيل أو مزمن  
DEMANDE D'ADMISSION EN APCI**

A REMPLIR PAR L'ASSURE SOCIAL

يعمل من طرف المضمون الاجتماعي

IDENTIFIANT  
UNIQUE

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

المعرف الوحيد

L'assuré social

المضمون الاجتماعي

Prénom : ..... الاسم:

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

## Réservé au médecin conseil de la CNAM

Demande initiale

Renouvellement

*Avis du médecin conseil :*

.....  
.....

➤ Code de l'APCI  
(Selon la CIM 10)

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

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

Motif du refus : .....

.....

Date :    \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature et cachet

*Observations :*

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

## Rapport médical confidentiel

(A remplir par le médecin traitant)

*Prère coller ce dépliant après l'avoir rempli*

*Diagnostic :* .....

.....

*Classée sous :*

**Code APCI**

*Observation :* .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Signature et cachet du médecin traitant**

*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 en APCI*
- *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*