

PRESCRIPTION MEDICALE

AP13

DEMANDE POUR PRISE EN CHARGE SOINS THERMAUX

مطلب لتحمل مصاريف التداوي بالمياه المعدنية

A REMPLIR PAR L'ASSURE SOCIAL

Caisse d'affiliation

CNSS

CNRPS

صندوق الانحراط

Identifiant unique ou Numéro d'assuré social

[Grid for unique identifier]

المعرف الوحيد أو رقم المضمون الاجتماعي

L'ASSURE SOCIAL

المضمون الاجتماعي

PRENOM : .....

NOM : .....

ADRESSE : .....

TELEPHONE : [Grid] :

LE BENEFICIAIRE

المنتفع

L'ASSURE SOCIAL

LE CONJOINT

L'ENFANT\*

L'ASCENDANT\*\*

\* 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

\*\* 2 = 1 = \*\*

PRENOM : .....

NOM : .....

DATE DE NAISSANCE [Grid] :

Je soussigné docteur : ..... exerçant en tant que : ..... à .....

Code conventionnel

[Code conventionnel box]

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

identifiant unique ou numéro d'assuré social : [Grid]

nécessite une cure thermale :

à la station : .....

pour une durée de : .....

à orientation :  ORL

RHU

Sans séjour

avec séjour

origine de la maladie : Maladie ordinaire

Accident de travail

Maladie professionnelle

Je soussigné certifie, que le(a) patient(e) ne présente aucune contre-indication à la cure prescrite.

....., le.../.../.....

CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN

SIGANTURE DE L'ASSURE SOCIAL

**RESERVE AU MEDECIN CONSEIL**

Demande initiale

Renouvellement

**Favorable :**

Prise en charge de cure thermale

à la station : .....

pour une durée de : .....

à orientation :  ORL

RHU

Sans séjour

avec séjour

**Défavorable :**

Motifs :

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

Observations :

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

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

*Signature*

**RAPPORT MEDICAL**

**Données cliniques et paracliniques** ( avec motif de la présente demande ) :

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

**Diagnostic:**

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

**Thérapeutique** (envisagée ou en cours):

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

....., le...../...../.....

CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN

**Prière coller ce rapport après l'avoir rempli.**