

## MEMOIRE DE PRESENCE POUR RADIOTHERAPIE

Nom et prénom du bénéficiaire : ..... : اسم ولقب المنتفع :

Matricule : ..... : المعرف الوحيد :

Référence de la prise en charge : ..... : رقم مرجع قرار التكفل :

Nombre total des séances PEC par la CNAM : ..... : العدد الجملي للحصص المتكفل بها من قبل الصندوق :

N°	Date	Signature du bénéficiaire
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

N°	Date	Signature du bénéficiaire
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		

Etablissement de soins :

.....

Date :

Signature et cachet du médecin radiothérapeute