

RESERVE AU MEDECIN CONSEIL

Favorable :

Prise en charge d'une intervention chirurgicale cardio-vasculaire

Catégorie

Type

à effectuer à

Lieu de l'exploration

Type de l'exploration AVEC CATHE
 SANS CATHE

Défavorable :

Motifs :

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

Observations :

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

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

signature



الصندوق الوطني للتأمين على المرض
Caisse Nationale d'Assurance Maladie

AP5

DEMANDE POUR PRISE EN CHARGE
CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE

مطلب لتحمل مصاريف عملية جراحية
على القلب و الشرايين

A REMPLIR PAR L'ASSURE SOCIAL

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 :

NOM :

ADRESSE :

TELEPHONE : :

LE BENEFICIAIRE

المنتفع

L'ASSURE SOCIAL

LE CONJOINT

L'ENFANT*

L'ASCENDANT**

* Le 1^{er} Enfant = 1, 2^{ème} enfant = 2, 3^{ème} enfant = 3 ...etc

** Le père = 1, la mère = 2

*الابن الأول = 1، الثاني = 2، الثالث = 3...إلخ

** 2 = 1 = **

PRENOM :

NOM :

DATE DE NAISSANCE :

SIGANTURE DE L'ASSURE SOCIAL

