RESERVE AU MEDECIN CONSEIL

Favorable :	
Prise en charge d'une transplantation	
à effectuer à l'hôpital	
Défavorable :	
Motifs :	
Observations:	
Date :/ sig	gnature



AP10

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

ACTE DE GREFFE

طلب لتحمل مصارية **عملية زرع**

Caisse d'affiliation	CNSS	CNRPS	صندوق الانخراط
entifiant unique ou néro d'assuré social			ف الوحيد أو رقم سمون الاجتماعي
L'ASSURE SOCIAL	ı		المضمون الاجتماعي
PRENOM:			::
Nom :			:
ADRESSE:			:
TELEPHONE:			:
LE BENEFICIAI	DE		المنتفع
LE DENETICIAL	<u>KE</u>		
I 'ASSURE SOCIAL			
L'ASSURE SOCIAL LE CONJOINT			
			*
LE CONJOINT	$nt = 2$, $3^{\text{éme}}$ enfant = 3	etc : 2. الثالث = 2إلخ	**

SIGANTURE DE L'ASSURE SOCIAL

RAPPORT MEDICAL CONFIDENTIEL

Je soussigné docteur :	
Exerçant en tant que :	
à	
Code conventionnel	
Après avoir examiné Mr (me) :	
Identifiant unique ou numéro d'assuré social :	
et ayant posé le diagnostic	
et indique une transplantation	
à effectuer à l'hôpital.	

- Rapport médical détaillé :
- $ -$

CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN

Prière coller ce rapport après l'avoir rempli.