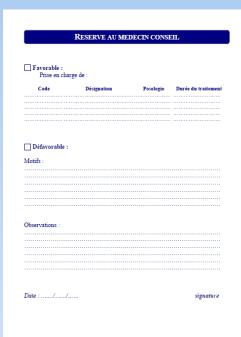


Particularités de la rédaction des documents en rapport avec l'exercice conventionnel des médecins avec la CNAM



Kéme Journée de l'ordre des médecins du centre Kairouan le 14 décembre 2013

Dr.FRIGUI Sofiène
Dr.FATNASSI Inès
Dr.REJEB Kamel





* utiliser un seul imprimé pour chaque type de prestations



médicaments hospitalisation

- •Il faut préciser les actes ou les médicaments (posologie)
- •Remplir les données cliniques et paracliniques (copie des explorations aidant à la décision médicale)

- Manque posologie des médicaments.
- •Manque copie des examens complémentaires confirmant le diagnostic.
- (Anapath pour chimio, echo, scanner, IRM, scintigraphie ou Rx).
- •Écriture illisible ou utilisation des abréviations

Je soussigné Dr :			
exerçant en tant q	ue		
à			
Code conve	ntionnel		
certifie avoir exar	niné Mr (me) :		
Identifiant unique	ou numéro d'assuré so	cial .	and b
Prescrit les act	es ou les médicame	nts suivants :	
Code	Désignation	Posologio±	Durée du traite
Code	Designation	rosologie-	Duree du traite
	ients prescrits		
* : pour les médicam	ents prescrits		
* : pour les médicam			
* : pour les médicam	ents prescrits		
* : pour les médicam	ents prescrits		
* : pour les médicam	ents prescrits		
*: pour les médicam Données cliniq	ents prescrits	S : Joindre les copie	s des explorations effect
*: pour les médicam Données cliniq	ues et paraclinique	S : Joindre les copie	s des explorations effect
*: pour les médicam Données cliniq	ues et paraclinique	S : Joindre les copie	s des explorations effect
*: pour les médicam Données cliniq	ues et paraclinique	S : Joindre les copie	s des explorations effect
*: pour les médicam Données cliniq	ues et paraclinique	S : Joindre les copie	s des explorations effect
*: pour les médicam Données cliniq	ues et paraclinique	S : Joindre les copie	s des explorations effect

Au cas où il s'agit d'une houpitalisation ou d'un accouchement, préciser la linique privée conventionnée : Cachet et signature du médeci	
ut cas où il s'agit d'une hospitalisation ou d'un accouchement, préciser la imque privée conventionnée :	
au cas où il s'agit d'une hospitalisation ou d'un accouchement, préciser la lunique privée conventionnée :	
u cas où il s'agit d'une horpitalisation ou d'un accouchement, préciser la linique privée conventionnée :	_
u cas où il s'agit d'une horpitalisation ou d'un accouchement, préciser la linique privée conventionnée :	
u cas où il s'agit d'une hospitalisation ou d'un accouchement, préciser la inique privée conventionnée :	
uu cas où il s'agit d'une hospitalisation ou d'un accouchement, préciser la linique privée conventionnée :	
uu cas où il s'agit d'une hospitalisation ou d'un accouchement, préciser la linique privée conventionnée :	
Au cas où il s'agit d'une hospitalisation ou d'un accouchement, préciser la linique privée conventionnée :	
Au cas où il s'agit d'une hospitalisation ou d'un accouchement, préciser la linique privée conventionnée :	
Au cas où il s'agit d'une hospitalisation ou d'un accouchement, préciser la linique privée conventionnée :	
Au cas où il s'agit d'une hospitalisation ou d'un accouchement, préciser la linique privée conventionnée :	
linique privée conventionnée :	
linique privée conventionnée :	
linique privée conventionnée :	
linique privée conventionnée :	
linique privée conventionnée :	
linique privée conventionnée :	
linique privée conventionnée :	
Cachet et signature du médeci	-
Cachet et signature du médeci	
Cachet et signature du médeci	
Cachet et signature du médeci	
Cachet et signature du médeci	-
	in
Prière coller ce rapport après l'avoir rempli.	in

Favorable: | RAD 100 10 | TDM cérèbrale | RAD 100 20 | Scanopelvimétrie | RAD 100 20 | Scanopelvimétrie | RAD 100 30 | TDM de mensuration | RAD 100 40 | TDM de repérage | RAD 100 60 | TDM de l'articulation temopo-mendibulaire | RAD 100 60 | TDM obligative | RAD 100 60 | TDM obligative | RAD 100 70 | TDM thoracique (standard on haute résolution) | RAD 100 90 | TDM pelvienne | RAD 10140 | TDM de simulation | RAD

RESERVE AU MEDECIN CONSEIL

CNAM Calsse Nation DEMANDE D'EXAMEN PAR IMAGERIE MEDICALE	الصندوق الوطن بي للسن ale d'Assurance Maladie AP مطلب لإجراء كشف بالتصوير الطبي
A REMPLIR PAR L'ASSURE SOCIAL	
Caisse d'affiliation CNSS Identifiant unique ou Numéro d'assuré social	صندوق الاخراط CNRPS مندوق الاخراط معرف الوجند أو رقم المجتماعي المتماعي
L'ASSURE SOCIAL	المضمون الاجتماعي
Nom:	:
LE BENEFICIAIRE	المنتفع
L'ASSURE SOCIAL LE CONDONT L'ENRANT* L'ASCENDANT* 1-1e Fether = 1,3*** enfort = 3etc **Le pins = 1, in mire = 1 PREMOM: NOA:	ارس باران = 1, ستر = 2, شات = 3 _ بغ مرس باران = 1, ستر = 2 . شات = 3 _ بغ

SIGANTURE DE L'ASSURE



Actes de radiologies

- Préciser l'acte demandé (code correspondant)
- •Remplir les données cliniques et paracliniques (copie des explorations déjà effectuées aidant à la décision médicale)

Problématique:

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

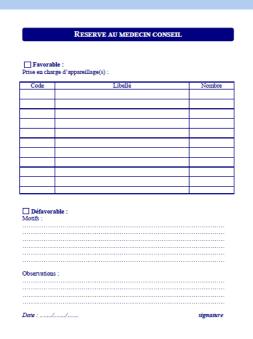
- Manque renseignements cliniques
- Pas de précision de l'acte demandé
- •Manque copie des examens complémentaires déjà effectués (echo ,Rx ,TDM, IRM ...)

signature

Écriture illisible et/ou abréviation

	oussigné docteur :				
Exe	rçant en tant que :				
à					
	Code conventionne	ı			
certi	fie avoir examiné M	fr (me) :		 -	
Idan	tifiant unique ou mu	méro d'assuré social :		$\mathbf{I} + \mathbf{I} + \mathbf{I}$	
Ideli	umani umque ou nu	mero u assure sociai:			
Pres	crit l'examen suiva	ant:			
	RAD 100 10 T	DM cérébrale		RAD 100 60	TDM orbitai
	RAD 100 20 S	canopelvimétrie		RAD 100 70	TDM thoraci
	RAD 100 30 T	DM de mensuration		RAD 100 80	TDM abdom
ner	RAD 100 40 T	DM de repérage		RAD 100 90	TDM pelvien
Scanner	RAD 100 50 T	DM de l'articulation		RAD 10140	TDM de sim
**	te	mopo-mendibulaire			
	Autre scanner Région :				
	Code: R	AD			
IRM	(préciser la région)				
Scin	tigraphie				
Aut	re acte				
			_	en charge int	

Données cliniques et paracliniques :	
Diagnostic (établi ou probable) :	
Thérapeutique (envisagée ou en cours):	
Les examens préalables suivants ont été déjà et	fectués :
Nature de l'examen	Date
	CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN







- Préciser l'appareillage demandé
- •Remplir les données cliniques et para-cliniques (copie des explorations déjà effectuées aidant à la décision médicale :Rx,)
- •Indication de l'appareillage.
- •Code numérique pour les appareillages fournis par le CAO avec le visa du maître appareilleur.

- Manque renseignements cliniques.
- •Manque copie des examens complémentaires déjà effectués (echo ou Rx ...)
- •Écriture illisible.

exerçant en tan à	-						
Code con	ventionnel						
certifie avoir e	kaminé Mr	(me) :			 		
Identifiant uni	que ou num	éro d'assuré s	social :	ш	ш	_	Ц
Prescrit le(s) ap	ppareillage(s) suivant(s) :					
Code			Libellé			No	ombi
						-	
						\vdash	
						t	
Nature de la m	aladie :						
	aladie :						
Nature de la m ☐ Accide ☐ Profess	nt du travail,						

	Première attr	ibution	Appa	reil proviso	oire _	Renouve	llement	
	e				, le			
Maître aj	pareilleur				Méde	ecin presci	ripteur	

RESERVE AU MEDECIN CONSEIL



SIGANTURE DE L'ASSUR



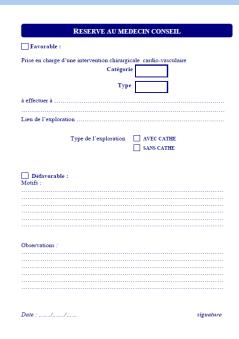
Réeducation fonctionnelle /kinésithérapie

- Préciser le nombre de séances demandées
- •Remplir les données cliniques et paracliniques (copie des explorations déjà effectuées facilitant la décision médicale) et bien justifier la demande si renouvellement.

- Manque renseignements cliniques
- •Manque copie des examens complémentaires récement effectués (echo ou Rx ...)
- Écriture illisible

	RAPPORT MEDICAL CONFIDENTIEL
-	né docteur :
Cod	e conventionnel
Certifie q	e l'état de santé de Mr (me) :
	unique ou numéro d'assuré social :
	me prise en charge de rééducation fonctionnelle dans un Centre de rééducation fonctionnelle dirigé par un médecin sique
pour une	Cabinet de physiothérapeute hurée dejours à compter du et à ra
de sés	nces par semaine, soit un nombre total deséances. Demande initiale Renouvellement
et ce à la s	uite de (pathologie à l'origine du déficit et sa date de début)
	APCI Accident de travail ou maladie professionnelle

Etat de Santé général ac	ctuel (notamment l'existence de pathologies associées) :
Rilan fonctionnel (nnée	cisant le siège et l'évaluation de la fonction objet de la
Rééducation)	
an cas de demande de j	prolongation : préciser les motifs et les objectifs :
	, ie/
	CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN







Intervcardio-vasculaire

- Doit être remplie par un cardiologue ou chirurgien cardio-vx
- •Préciser l'acte demandé tout en mentionnant la catégorie, le type, le lieu (clinique) et le caractère urgent (justifiant la réalisation de l'acte sans AP)
- Remplir les données cliniques
- Fournir une copie des explorations effectuées : la coronarographie, coroscan, holter, l'échocardiaque...
- Joindre CD avec compte rendu de l'acte s'il a été effectué en urgence

- •Manque CR de la coronaro
- Acte et matériel non précisés
- •Manque des explorations justifiant l' acte demandé exp(test de fin de vie de pacemaker...)
- •Lieu d'exécution de l'acte parfois non précisé.

	RAPPORT MEDICAL CONFIDENTIEL
Je sot	assigné docteur :
Exerç	ant en tant que :
à	
	Code conventionnel
Après	avoir examiné Mr (Me)
Identi	fiant unique ou numéro d'assuré social :
Indiq	ue une intervention chirurgicale cardio-vasculaire
	Catégorie
	Туре
à effe	ctuer à
Lieu	de l'exploration
	Type de l'exploration AVEC CATHE
	SANS CATHE

CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN
le,
ls.
ls.
ls.
CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN
CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN
Prière coller ce rapport après l'avoir rempli.



AP6

LITHOTRIPSIE

- •Doit être remplie par le médecin traitant et exécutée par un urologue
- Préciser le coté atteint
- Remplir les données cliniques : ATCDs, nombre de lithiases, localisation, taille, retentissement...
- Fournir une copie des explorations effectuées : AUSP, écho, uroscan,...

- •Manque le coté atteint
- Absence d'examens complémentaires confirmant le diagnostic

RAPI	PORT MEDICAL CO	NFIDENTIEL	
Je soussigné docteur : .			
Exerçant en tant que : .			
à			
Code conventionn	el		
Certifie que l'état de sa	nté de Mr (me) :		
Identifiant unique ou nu	uméro d'assuré social :	ستطيا	
nécessite un traitemen	t par lithotripsie porta	ant sur	
Côté	droit	gauche	
Siège :			
Antécédents lithiasiqu	ies:		
Siège de la lithiase	Traitement appliqué	Date du traitement	Résulta

ithiase actuelle				
- Explorations : Radiologiqu		Echographie	UIV 🗆	
- Lithiase Nombre	localis	sation(s)	taille (s)
	ment dilatéc	□ , très dilatée [
		nt justifié par l'état		
			le,t et signature i	
Prière	e coller ce r	apport après l'av	oir rempli.	







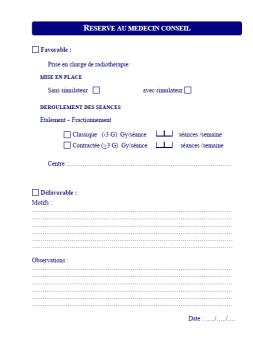
HEMODIALYSE

- •Remplie par un service de néphrologie agréé.
- •Remplir les données cliniques: ATCDs, étiologie, date de la 1^{ère} séance de dialyse, nombre de séances/ semaine...
- Remplir le tableau des données biologiques (stt clairance de la créat)

- Absence de renseignements cliniques
- •Manque des examens complémentaires : stt la biologie

1	RAPPORT MEDICAL CONFIDENTIEL
Je soussigné Dr	
	jue
	•
à	
Code conve	ntionnel
certifie avoir exar	miné Mr (me):
Antécédents :	
 Familiaux 	
Personnels :	
· reisonneis.	
- Médicaux	c :
HTA	L:
	depuis:
	traitement :
Diab	
	depuis :
	traitement :
Autro	es a préciser :
- Chirurgic	aux:
2. Date de la déc	ouverte de l'insuffisance rénale chronique :
Date d'installa Origine de la r	ation de l'insuffisance rénale terminale :
	- Maladie ordinaire - Maladie professionnelle
	- Autres à préciser.
Diagnostic étic	ologique :

 Biologique : 				
		RESULTA	ATS	
DATES				
CREATINEMIE				
CLEARANCE DE LA CREAT.				
JREE			· ·	
NATREMIE				
CALIEMIE				
RESERVE ALKALINE				
CALCEMIE				
PHOSPHATEMIE				
PHOSPHATASE ALCALINE				
PROTIDEMIE				
NFS				
SEROLOGIE HVB				
ACCINATION ? SEROLOGIE HVC				
SEROLOGIE HVC				
SEROLOGIE HIV				
 Date et durée de l'hospital 	isation ayant préc	édé l'indica	tion et/ou le débu	ıt de
l'hémodialyse :				
 Pathologies associées et co 	mplications :			







RADIOTHERAPIE

- faite par le médecin radiothérapeute tout en mentionnant le diagnostic et le stade de la maladie
- préciser le nombre total de séances,la dose et la durée.

- Absence de renseignements cliniques, de nombre de séances...
- •Manque de justification en cas de nouvelles séances de radiothérapie

	PORT MEDIC	AL CO	(EID)	NII	EL		
Je soussigné docteur :							
Exerçant en tant que :							
à							
Code conventions	nel		\neg				
			_				
Après avoir examiné M	vir (me) :						 ••••
** ***			- 1	1	1.1	1.1	
Identifiant unique ou n				Ť			_
Et avoir constaté le dia	-						
Et dont les caractéristi	ques sont les sui	vantes :					
• Localisation :							
Type histologique ou	cytologique (si	disponibl	e) :				
Classification:							
• Etude anatomopathol							
Etude anatomopathol		ce opérat	oire (si	dispo	mible):	
Etude anatomopathol	logique de la piè	ce opérat	oire (si	dispo	mible):	
Etude anatomopathol	logique de la piè	ce opérat	oire (si	dispo	mible):	
Etude anatomopathol	logique de la piè	ce opérato	oire (si	dispo	onible):	
• Etude anatomopathol	logique de la piè	ce opérato	oire (si	dispo	onible):	
• Etude anatomopathol	logique de la piè	ce opérati	oire (si	dispo	onible):	
• Etude anatomopathol	logique de la piè	ce opérati	oire (si	dispo	onible):	
• Etude anatomopathol	logique de la piè	ce opérati	oire (si	dispo	onible):	

Propose le traitement par radiothérapie	suivant :
MISE EN PLACE	
Sans simulateur	
Avec simulateur	
DEROULEMENT DES SEANCES	
Etalement – Fractionnement	
Classique (c3 G) Gy/séance	séances /semaine
☐ Contractée (≥3 G) Gy/séance	séances /semaine
Centre :	
	le,
Prière coller ce rapport après	l'avoir rempli.

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

RESERVE AU MEDECIN CONSEIL



SIGANTURE DE L'ASSURE SOCIAL

AP10

GREFFE

- •Traitée par une commission Spécialisée
- En cas de greffe rénale, la demande doit être remplie par une unité d'uro-Néphrologie et doit comporter les explorations biologiques et immunologiques

	RAP	PORT M	IEDICA	T CO	NFID	ENT	EL		
Je sou	ssigné docteur :								
Exerç	int en tant que :								
à									
	Code conventions	nel							
Après	avoir examiné N	Ar (me) :							
Identi	iant unique ou n	uméro d'a	assuré so	cial:	ш	ш	ш	\perp	\perp
ot amont	posé le diagnost	tio.							
et ayanı	pose ie diagnosi	iic							
et indiq	ie une transplan	tation							
à effec	tuer à l'hôpital.								

le,
le,
CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN
Prière coller ce rapport après l'avoir rempli.

RESERVE AU MEDECIN CONSEIL

Favorable :
Prise en charge des soins au service des grands brûlés de l'hôpital militaire
principal d'instruction de Tunis pour la période du/ au/
ORIGINES DES BRULURES
Accident du travail
Accident de la circulation
Autres accidents
Défavorable :
Motifs:
Observations:

A REMPLIR PAR L'ASSURE SOCIAL Caisse d'affiliation CNSS CNRPS الالكراد المواقع الموا
الدور رقم المستود الم
ين الإجتماعي L'ASSURE SOCIAL ين الإجتماعي PRENOM :::
PRENOM:
PRENOM:
ADRESSE:: TELEPHONE::

DATE DE NAISSANCE

AP11

GRANDS BRULES

HOPITAL MILITAIRE PRINCIPAL D'INSTRUCTION DE TUNIS

Traité exclusivement au niveau du centre ben Arous

RAPPORT MEDICAL CONFIDENTIEL	- Rapport medical detaile
Je soussigné docteur :	
Exerçant en tant que:	
1	
Code conventionnel	
Après avoir examiné Mr (me) :	
dentifiant unique ou numéro d'assuré social :	
Prescrit des soins au service des grands brûlés de l'hôpital militaire princi	
d'instruction de Tunis pour une période de jours à compter	
Origines des brulures	
Accident du travail	
Accident de la circulation	
Autres accidents	
	le,
	CACHET ET NIGNATURE DU MEDECIN
	Prière coller ce rapport après l'avoir rempli.

PRESCRIPTION MEDICALE Code conventionnel certifie que l'état de santé de Mr (me) : identifiant unique ou numéro d'assuré social : 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 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

SOINS THE	ISE EN CHARGE RMAUX		ب لتتمل مصاريف ، بالمياه المعدنية	
REMPLIR PAR L'ASSUR	E SOCIAL			
Caisse d'affiliation entifiant unique ou méro d'assuré social	CNSS	CNRPS	رق الانفراط وحيد أو رقم الاجتماعي	معرف ال
L'ASSURE SOCIAL			سمون الاجتماعي	المظ
PRENOM :			:	
TELEPHONE:			:	
LE BENEFICIAI	RE		تقع	المنة
L'ASSURE SOCIAL LE CONJOINT L'ENFANT* L'ASCENDANT** * Le 1" Enfant = 1, 21" enfa ** Le père = 1, la mère = 2	nt = 2, 3 ^{ine} enfant = 3		** 3 = ±260 + 2 = ±400 + 3 = ±400 = 2 + ±1 = ±1.	ω\/I* ••

AP13 | LES SOINS THERMAUX

- •Remplie par un médecin traitant : neurochx, rhumato, orthopédie, ORL, pneumo.
- •Préciser la durée, le centre, l'orientation (rhumato ou ORL), avec ou sans hébergement.
- 1fois/an; trois fois dans la vie

Problématique:

Demande faite pour un couple sans indication médicale

R	ESERVE AU M	EDECIN CON	SEIL
Deman	de initiale	Reno	uvellement
Favorable :			
Prise en charge o	de cure thermale		
à la station :			
pour une durée é	le :		
à orientation :	ORL		
	RHU		
	Sans séje	ur 🗆	avec séjour
Observations :			

	RAPPORT MEDICAL
Données cliniqu	res et paracliniques (aec motif de la présente demand* :
	-
	-
	-
	-
	-
	-
Diagnostie:	
This an autique	
r ner apeutique ((envisagée ou en cours):
r ner apeutique ((envisagée ou en cours):
r ner apeutique ((envisagée ou en cours):
r ner apeutique ((antiagée au en cours):
rae apeutque ((emitagic au en court):
i nei apeutique ((emitagic au en count):
i nei apeutique (-
i iei apeutique (
The apenduc (
The appendix of	
The appendix of	







- •Remplie pour admission en APCI pour l'une des 24 maladies.
- •Chaque demande doit être accompagnée par les résultats des explorations confirmant le diagnostic mentionné dans la demande.

- •Demande remplie pour une maladie hors liste des 24 APCI
- Absence de renseignements cliniques et d'examens complémentaires

Demande initiale	Renouvellement
Avis du médecin conseil :	
≻ Code de l'APCI (Seion 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 :	

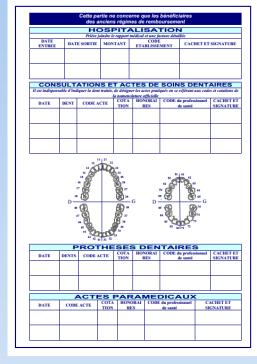
	Rapport médical confidentiel (A remplir par le médecin traitant) Prière coller ce dépliant après l'avoir rempli	
Diagnostic :		
Classée sous : Observation :	Code APCI	
	Signature et cachet du médecin tra	aitant
Afin de permettre au m	idecia consell de la CNAM de statuer sur cette demande dans les meilleurs délais,	prière
Le trai Les mi	mum vote ruppet médicul en précisant ; pontie caux de l'églécien justifiant la demande d'admission en APCI vation clinique tennet envisage de la comment de la comment de la comment dubité de suivi clinique et para clinique année, les copies des résultats et des rapports des explortions ayant posé le diagnos	

LISTE DES AFFECTIONS

PRISES EN CHARGE INTEGRALEMENT

APCI

- Diabète insulinodépendant ou non insulinodépendant ne pouvant être équilibré par le seul régime.
- 2. Dysthyroïdies.
- 3. Affections hypophysaires.
- Affections surrénaliennes.
- HTA sévère.
- 6. Cardiopathies congénitales et valvulopathies.
- 7. Insuffisance cardiaque et troubles du rythme.
- 8. Affections coronariennes et leurs complications.
- Phlébites.
- 10. Tuberculose active.
- 11. Insuffisance respiratoire chronique.
- 12. Sclérose en plaques.
- 13. Epilepsie.
- 14. Maladie de Parkinson.
- 15. Psychoses et névroses.
- 16. Insuffisance rénale chronique.
- 17. Rhumatismes inflammatoires chroniques.
- 18. Maladies auto-immunes.
- 19. Tumeurs et hémopathies malignes.
- 20. Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.
- 21. Hépatites chroniques actives.
- 22. Cirrhoses et insuffisance hépatique.
- 23. Glaucome.
- 24. Mucoviscidose.





BS

BS: préciser le cadre de soins, l'identité du malade, la date de la consultation, le code conventionnel, honoraires, cachet et signatures et codes αnumériques pour les actes. Joindre RM en cas d'hospi ou chgie.
OM: L'identification du prescripteur, l'identification du patient, la date de la prescription, l'identification du médicament (sa forme galénique, la posologie, le dosage, la fréquence des prises et la durée du traitement), le cachet et la signature du prescripteur

- délai de 60 jours entre la prescription et le dépôt non respecté
- Une mention spéciale pour la prescription de soins pour les APCI qui doit être faite sur un ordonnancier spécial APCI où il faut mentionner : Les codes des APCI qui concernent les médicaments prescrits,l'identifiant unique de l'assuré et le code conventionnel du prescripteur.

					erits 6	lans le cad	re de	
APCI		Sui	vi de la g	rossesse				Autres
			ate prévi]
		d'ac	couchem	ent	/	/	-	
OM ET PRE								
	DESIGN			CODE du pi		T VIS		
DATE	ATION	HONO	PRAIRES	de sa	inté	CA	CHET	ET SIGNATUI
		_	CTE	SME	DIC	- ^ 1 1 2		
	J		ligatoirem	ent la prescript	ion préci	isant l'acte effe		
DATE	CODE A	CTE	COTA	HONORAI RES	COD	E du profession de santé	mel	CACHET I
			110.1	KLO		ut same		SIG. VALUE
							_	
							_	
							\rightarrow	
							П	
					-		-	
							\neg	
				du profession				
DATE	MONT	ANT	CODE	de santé		CACHI	TET	SIGNATURE
					_			
Ce bulleti	n doit être	rempli	soigneuse	ment et avec	la plu	s grande préc	ision	
Ce bulleti	n ne peut s	ervir qı	ue pour u	n seul malad	le.			
	rude ou fa	usse de	ctaration	est passible	des no	oursuites jud	<i>Eciair</i>	

	Joindre obliga		HEME	
DATE	CODE HOSPITALISATION	FORFAIT CI		C. CHET DE CICE LEUR
DATE	MONTANT	CODE	MACIE du professionnel	CACHET ET SIGNATURE
(de dispensation	n) MONTANT		de santé	CACHELEL SIGNATURE
				,

REPUBLIQUE TUNISIENNE MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES DE LA SOLIDARITE ET DES TUNISIENS À L'ETRANGER



Centre Régional ou Local Adresse			
	A STATE OF THE PARTY OF THE PAR	CES SOCIALES	
	CERTIFIC	CAT MEDICAL	
DENTIFICATION DE L'ASSURE	(E):		
Jom et Prénom de l'Assuré (e)			
		r la carte d'assuré social	
Date de naissance :	Professio	on :	
N° matricule à la CNSS			
			Signature de l'assuré (e
			Signature de l'assure (c
	AVIS	MEDICAL	
(Ps	rtie réservée au mée	decin contrôleur de la C	NAM
Accord : nombre de jours			
Accord : nombre de jours à compter du : Rejet : nombre de jours à compter du : Motif :			nature Cachet :
Accord : nombre de jours à compter du : Rejet : nombre de jours à compter du : Motif :		Date :	Cachet :
Accord : nombre de jours à compter du : Rejet : nombre de jours à compter du : Motif :	CONF	Date:	Cachet :
Accord : nombre de jours	CONF (Prière de cacheter	Date :	Cachet :
Accord : nombre de jours	CONF	Date : FIDENTIEL r cette partie du certifica	A remplir par le medecin tra
Accord: nombre de jours	CONF (Prière de cacheter	TIDENTIEL r cette partie du certifica excerçant à	A remplir par le medecin tra
Accord: nombre de jours	CONF (Prière de cacheter	TIDENTIEL r cette partie du certifica excerçant à	A remplir par le medecin tra
Accord : nombre de jours	CONF (Prière de cacheter	TIDENTIEL r cette partie du certifica excerçant à	A remplir par le medecin tra
Accord : nombre de jours	CONF (Prière de cacheter Suré (e) 1 de travail de 1 de colongation 1 sé ? □ Oui □	FIDENTIEL r cette partie du certifica excerçant à	A remplir par le medecin tra
Accord : nombre de jours	CONF (Prière de cacheter	FIDENTIEL r cette partie du certifica excerçant à å partir dı Non ; Pour quelle	A remplir par le medecin tra
Accord : nombre de jours	CONF (Prière de cacheter	FIDENTIEL rette partie du certifica excerçant à å partir dı Non ; Pour quelle	A remplir par le medecin tra
Rejet : nombre de jours	CONF (Prière de cacheter	FIDENTIEL recte partie du certifica excerçant à	A remplir par le medecin tra
Accord : nombre de jours	CONF (Prière de cacheter Surré (e) 1 de travail de molonation sé ? Oui	FIDENTIEL r cette partie du certifica excerçant à	A remplir par le medecin tra
Accord : nombre de jours	CONF (Prière de cacheter	FIDENTIEL r cette partie du certifica excerçant à	A remplir par le medecin tra

P61

CERTIFICAT MEDICAL

Certificat comportant trois parties :

1-Identification de l'assuré

2-Partie réservée au médecin contrôleur de la CNAM

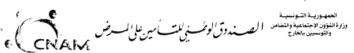
3-Le certificat médical confidentiel que le médecin traitant doit remplir lisiblement et préciser en particulier si le patient a été hospitalisé, a été victime d'un AVP, ou d'un accident domestique...

Ce certificat doit être signé sans oublier de faire cacheter cette partie pour préserver le secret médical.

Doit être déposé dans un délai de 5 j

			8
	CONF	IDENTIEL	A remplir par le medecin traitant
	(Prière de cacheter	cette partie du certi	ficat)
N° matricule CNSS e soussigné Dr		excerçant à	
certifie après avoir examiné ce jour l'	assuré (e) rêt de travail de		ir du
e patient est-il actuellement hospita Nature de l'affection :		Non ; Pour que	elle durée :
Date de sa première constatation :			
Fait à			
Ciamatuu	a register a reset of the		Cachet

République Tunisiènne Ministère des Affaires Sociales - de la Solidarité et des Lunisiens à l'étranger



CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE

REGIME DE REPARATION DES PREJUDICES RESULTANT DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES (Loi n° 94-28 du 21 février 1994)

ou de l'établissement

Cocher la case	ACCIDENT DU TRAVAIL	Cocher la case correspondante
correspondante	MALADIE PROFESSIONNELLE	↓
	CERTIFICAT MEDICALI	Initial Prolongation Rechute Guérison
	Numéro Matricule	Consolidation
Je soussigné :	exerçant à :	en qualité
de :		miné le ://
Mr (me) :	né(e) le :/ profession :	
Date de l'accident	ou de la 1 ^{er} constatation médicale de la maladie :	
	INFORMATIONS TECHNIQUES MEDICALES	
	es détaillées :	
Résultats des examens	s paracliniques :	
Soins prodigués :	Hospitalisal	
S'il s'agit de maladie	professionnelle : Agent(s) responsable(s) :	
	OBJET DU PRESENT CERTIFICAT	
L'arrêt de travail La guérison est a	il initial est nécessaire pour une durée de jours à compte antérieurement prescrit doit être prolongé de jours à com tteinte à compter du:/	pter du ://
	l établi le : Signature du médecin C	Cachet du médecin.

REGIME DE REPARATION DES PREJUDICES RESULTANT DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES (Loi n° 94-28 du 21 février 1994)

- •CMI peut être utilisé pour les AT ou les MP
- •Doit contenir une description des lésions initiales et de l'état clinique.
- •Presciption du nombre de jours de repos.
- •Date, signature et cachet du médecin
- •Ce même formulaire peut être utilisé comme certificat: initial, prolongation, rechute, guérison ou consolidation

Problématique:

Manque la description des lésions initiales et du coté atteint qui pourra influencer le traitement du dossier et l'évaluation du taux d' IPP.



Merci Pour Votre Attention

