



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

RESERVE AU MEDECIN CONSEIL

Demande initiale Renouvellement

Favorable :

Prise en charge de

Rééducation fonctionnelle

au centre

Kinésithérapie

Durée jours, à compter du

Rythme des séances : séances/semaine

Défavorable :

Motifs :

.....

Observations :

.....

Date :

Signature

AP4

DEMANDE POUR PRISE EN CHARGE
 REEDUCATION FONCTIONNELLE

مطلب لتحمل مضاريف
 التأهيل الوظيفي

A REMPLIR PAR L'ASSURE SOCIAL

Centre d'affiliation CNSS CNRPS صندوق الانقراط
 Identifiant unique ou Numéro d'assuré social
 معرف الوحيد أو رقم المضمون الاجتماعي

L'ASSURE SOCIAL

المضمون الاجتماعي

PRENOM :
 NOM :
 ADRESSE :
 TELEPHONE :

LE BENEFICIAIRE

المستفيد

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
 * الأول = 1، الثاني = 2، الثالث = 3 ... الخ
 ** الأب = 1، الأم = 2
 PRENOM :
 NOM :
 DATE DE NAISSANCE :

SIGNATURE DE L'ASSURÉ

RAPPORT MEDICAL CONFIDENTIEL

Je soussigné docteur :
 Exerçant en tant que :
 à
 Code conventionnel
 Certifie que l'état de santé de Mr (me) :

Identifiant unique ou numéro d'assuré social :
 nécessite une prise en charge de rééducation fonctionnelle dans un
 Centre de rééducation fonctionnelle dirigé par un médecin physique
 Cabinet de physiothérapeute
 pour une durée de jours à compter du et à raison de séances par semaine, soit un nombre total de séances.
 Demande initiale Renouvellement
 et ce à la suite de (pathologie à l'origine du déficit et sa date de début)

APCI
 Accident de travail ou maladie professionnelle
 Accident de la circulation
 Autre

....., le
 CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN

Prière coller ce rapport après l'avoir rempli.

Rééducation fonctionnelle /kinésithérapie

AP4

- 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.

Problématique :

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

Ayant été traité par (traitement médical, chirurgical, fonctionnel etc...) et en précisant la durée :

.....

 Etat de Santé général actuel (notamment l'existence de pathologies associées) :

Bilan fonctionnel (précisant le siège et l'évaluation de la fonction objet de la Rééducation)

.....

En cas de demande de prolongation : préciser les motifs et les objectifs :

.....

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

DEMANDE POUR PRISE EN CHARGE
CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE على القلب والشرايين

A REMPLIR PAR L'ASSURE SOCIAL

Caisse d'affiliation CNSS CNRPS صندوق الانعاش

Identifiant unique ou Numéro d'assuré social المعرف الوحيد أو رقم المتضمن الاجتماعي

L'ASSURE SOCIAL المتضمن 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
PRENOM :
NOM :
DATE DE NAISSANCE

SIGNATURE DE L'ASSURE SOCIAL

AP5 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'échocardiographique...
- Joindre CD avec compte rendu de l'acte s'il a été effectué en urgence

- Problématique :**
- Manque CR de la coronarographie
 - 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 soussigné docteur :

Exerçant en tant que :

à
Code conventionnel

Après avoir examiné Mr (Me).....

Identifiant unique ou numéro d'assuré social :

Indique une intervention chirurgicale cardio-vasculaire

Catégorie

Type

à effectuer à

Lieu de l'exploration

Type de l'exploration AVEC CATHE
 SANS CATHE

Rapport des explorations :

.....le.....

CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN

Prrière coller ce rapport après l'avoir rempli.

RESERVE AU MEDECIN CONSEIL

1^{ère} PEC Prolongation Transfert

Favorable :

prise en charge des séances d'hémodialyse.....

Du Au

à raison deséances/semaines.

Défavorable :

Motifs :

Observations :

Date :

signature



A REMPLIR PAR L'ASSURE SOCIAL

Caisse d'affiliation CNSS CNRPS صندوق الترخاظ
 Identifiant unique ou رقم الوحد او رقم
 Numéro d'assuré social المضمون الاجتماعي

L'ASSURE SOCIAL المضمون الاجتماعي

PRENOM :
 NOM :
 ADRESSE :
 TELEPHONE :

LE BENEFICIAIRE المنافع

L'ASSURE SOCIAL
 LE CONJOINT
 L'ENFANT*
 L'ASCENDANT**
 * Le 1^{er} enfant = 01, 2^{ème} enfant = 02, 3^{ème} enfant = 03 ...etc
 ** Le père = 01, la mère = 02
 PRENOM :
 NOM :
 DATE DE NAISSANCE :

SIGNATURE DE L'ASSURE SOCIAL

AP7

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)

Problématique :

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

RAPPORT MEDICAL CONFIDENTIEL

Je soussigné Dr :
 exerçant en tant que
 à

Code conventionnel
 certifie avoir examiné Mr (me) :

- Antécédents :
 - Familiaux :
 - Personnels :
 - Médicaux :
 - HTA : depuis : traitement :
 - Diabète : depuis : traitement :
 - Autres à préciser :
 - Chirurgicaux :
- Date de la découverte de l'insuffisance rénale chronique :
- Date d'installation de l'insuffisance rénale terminale :
- Origine de la maladie :
- Diagnostic étiologique :

- Résultats de la PBR :
- Etat de santé lors de l'hospitalisation précédant le traitement par l'hémodialyse :
 - Clinique :
 - Biologique :

DATES	RESULTATS	
CREATINEMIE		
CLEARANCE DE LA CREAT.		
UREE		
NATREMIE		
KALIEMIE		
RESERVE ALKALINE		
CALCEMIE		
PHOSPHATEMIE		
PHOSPHATASE ALCALINE		
PROTIDEMIE		
NFS		
SEROLOGIE HVB		
YACINATION ?		
SEROLOGIE HVC		
SEROLOGIE HIV		

- Date et durée de l'hospitalisation ayant précédé l'indication et/ou le début de l'hémodialyse :
- Pathologies associées et complications :
- L'hémodialyse chronique est indiquée chez ce malade à raison de séances par semaine.
- Date de la première séance :
- Abord vasculaire :

Signature du chef de service

Prière coller ce rapport après l'avoir rempli.

RESERVE AU MEDECIN CONSEIL

Favorable :

Prise en charge de radiothérapie:

MISE EN PLACE

Sans simulateur avec simulateur

DEROULEMENT DES SEANCES

Etaiement - Fractionnement

Classique (3 G) Gy/séance séances /semaine
 Contractée (≥3 G) Gy/séance séances /semaine

Centre :

Défavorable :

Motifs :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

A REMPLIR PAR L'ASSURE SOCIAL

Caisse d'affiliation CNSS CNRPS صندوق الأجراس
 Identifiant unique ou Numéro d'assuré social معرف الوحدة أو رقم المؤمن الاجتماعي

L'ASSURE SOCIAL المؤمن الاجتماعي

PRENOM :
 NOM :
 ADRESSE :
 TELEPHONE :

LE BENEFICIAIRE المتلقي

L'ASSURE SOCIAL
 LE CONJOINT
 L'ENFANT*
 L'ASCENDANT**
 *La 1^{re} enfant = 1, 2^{ème} enfant = 2, 3^{ème} enfant = 3 ... etc
 **La mère = 1, La père = 2
 PRENOM :
 NOM :
 DATE DE NAISSANCE

SIGNATURE DE L'ASSURE SOCIAL

AP8

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.

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 avoir constaté le diagnostic
 Et dont les caractéristiques sont les suivantes :

- Localisation :
- Type histologique ou cytoologique (si disponible) :
- Classification :
- Etude anatomopathologique de la pièce opératoire (si disponible) :

Traitements déjà reçus.....

Le médecin traitant le.....
 Ou le médecin radiothérapeute

Propose le traitement par radiothérapie suivant :

MISE EN PLACE

Sans simulateur
 Avec simulateur

DEROULEMENT DES SEANCES

Etaiement - Fractionnement

Classique (3 G) Gy/séance séances /semaine
 Contractée (≥3 G) Gy/séance séances /semaine

Centre :

....., le.....
 Le médecin radiothérapeute

Prière coller ce rapport après l'avoir rempli.

- Problématique :**
- Absence de renseignements cliniques, de nombre de séances...
 - Manque de justification en cas de nouvelles séances de radiothérapie

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE
 ACTE DE GREFFE

 مطلب لتحميل مصاريف
 عملية زرع

A REMPLIR PAR L'ASSURE SOCIAL

 Caisse d'affiliation CNSS CNRPS صندوق الإغراء
 معرف الوحد أو رقم
 المضمون الاجتماعي
 Numéro d'assuré social

L'ASSURE SOCIAL المضمون الاجتماعي	
PRENOM : :
NOM : :
ADRESSE : :
TELEPHONE : :

LE BENEFICIAIRE الملتحق	
L'ASSURE SOCIAL	<input type="checkbox"/>
LE CONJOINT	<input type="checkbox"/>
L'ENFANT*	<input type="checkbox"/>
L'ASCENDANT**	<input type="checkbox"/>
* Le 1 ^{er} enfant = 1, 2 ^{ème} enfant = 2, 3 ^{ème} enfant = 3 ...etc. ** الوالدين = 1, الوالد = 2, الوالدة = 3	
** Le père = 1, la mère = 2	
PRENOM : :
NOM : :
DATE DE NAISSANCE :

SIGNATURE DE L'ASSURE SOCIAL

 Favorable :
 Prise en charge d'une transplantation
 à effectuer à l'hôpital.....

 Défavorable :
 Motifs :

 Observations :

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

signature

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

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.

PRESCRIPTION MEDICALE

Je soussigné docteur :
 exerçant en tant que :
 à

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

Accident de travail

Maladie professionnelle

Je soussigné certifie, que tel(s) patient(s) ne présente aucune contre-indication à la cure prescrite.

.....
 CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN

A REMPLIR PAR L'ASSURE SOCIAL

Caisse d'affiliation CNSS CNRPS صندوق الترخاف
 Identifiant unique ou Numéro d'assuré social المرفق الوحيد أو رقم
 المضمون الاجتماعي

L'ASSURE SOCIAL المضمون الاجتماعي

PRENOM :
 NOM :
 ADRESSE :
 TELEPHONE :

LE BENEFICIAIRE المتلقي

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
 * 1 = 1, 2 = 2, 3 = 3
 ** 1 = 1, 2 = 2
 PRENOM :
 NOM :
 DATE DE NAISSANCE

SIGNATURE DE L'ASSURE SOCIAL

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.
- 1 fois/an; trois fois dans la vie

Problématique:
 Demande faite pour un couple sans indication médicale

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):

.....
 CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN

Prière coller ce rapport après l'avoir rempli

Demande d'admission en APCI
A remplir par le médecin traitant

Je soussigné, Docteur

Nom et prénom : _____

Code conventionnel :

Certifie, après avoir examiné M (me, elle) _____

IDENTIFIANT :

que l'affection qu'il (elle) présente est classée parmi les affections prises en charge intégralement (APCI) par la CNAM, et ce conformément à la liste des APCI fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé publique et de la sécurité sociale.

Date : ___/___/___

Signature et cachet



مطلب تكميل
بمرض ثقيل أو مزمن
DEMANDE D'ADMISSION EN APCI

A REMPLIR PAR L'ASSURÉ SOCIAL **يعمل من طرف المضمون الاجتماعي**

IDENTIFIANT UNIQUE **المعرف الوحيد**

L'assuré social **المضمون الاجتماعي**

Prénom : _____ **الاسم**
Nom : _____ **اللقب**
Adresse : _____ **العنوان**
Code Postal : _____ **الترقيم البريدي**

Le malade **المريض**

المريض **L'adulte** **(*)** **المريض** **L'enfant** **(*)** **المريض** **Le conjoint** **(*)** **المريض** **L'assuré social** **(*)**
 (*) 1- Enfant = 01; 2- = 02; 3- = 03; 4- = 04; 5- = 05; 6- = 06; 7- = 07; 8- = 08; 9- = 09; 10- = 10; 11- = 11; 12- = 12; 13- = 13; 14- = 14; 15- = 15; 16- = 16; 17- = 17; 18- = 18; 19- = 19; 20- = 20; 21- = 21; 22- = 22; 23- = 23; 24- = 24; 25- = 25; 26- = 26; 27- = 27; 28- = 28; 29- = 29; 30- = 30; 31- = 31; 32- = 32; 33- = 33; 34- = 34; 35- = 35; 36- = 36; 37- = 37; 38- = 38; 39- = 39; 40- = 40; 41- = 41; 42- = 42; 43- = 43; 44- = 44; 45- = 45; 46- = 46; 47- = 47; 48- = 48; 49- = 49; 50- = 50; 51- = 51; 52- = 52; 53- = 53; 54- = 54; 55- = 55; 56- = 56; 57- = 57; 58- = 58; 59- = 59; 60- = 60; 61- = 61; 62- = 62; 63- = 63; 64- = 64; 65- = 65; 66- = 66; 67- = 67; 68- = 68; 69- = 69; 70- = 70; 71- = 71; 72- = 72; 73- = 73; 74- = 74; 75- = 75; 76- = 76; 77- = 77; 78- = 78; 79- = 79; 80- = 80; 81- = 81; 82- = 82; 83- = 83; 84- = 84; 85- = 85; 86- = 86; 87- = 87; 88- = 88; 89- = 89; 90- = 90; 91- = 91; 92- = 92; 93- = 93; 94- = 94; 95- = 95; 96- = 96; 97- = 97; 98- = 98; 99- = 99; 100- = 100; 101- = 101; 102- = 102; 103- = 103; 104- = 104; 105- = 105; 106- = 106; 107- = 107; 108- = 108; 109- = 109; 110- = 110; 111- = 111; 112- = 112; 113- = 113; 114- = 114; 115- = 115; 116- = 116; 117- = 117; 118- = 118; 119- = 119; 120- = 120; 121- = 121; 122- = 122; 123- = 123; 124- = 124; 125- = 125; 126- = 126; 127- = 127; 128- = 128; 129- = 129; 130- = 130; 131- = 131; 132- = 132; 133- = 133; 134- = 134; 135- = 135; 136- = 136; 137- = 137; 138- = 138; 139- = 139; 140- = 140; 141- = 141; 142- = 142; 143- = 143; 144- = 144; 145- = 145; 146- = 146; 147- = 147; 148- = 148; 149- = 149; 150- = 150; 151- = 151; 152- = 152; 153- = 153; 154- = 154; 155- = 155; 156- = 156; 157- = 157; 158- = 158; 159- = 159; 160- = 160; 161- = 161; 162- = 162; 163- = 163; 164- = 164; 165- = 165; 166- = 166; 167- = 167; 168- = 168; 169- = 169; 170- = 170; 171- = 171; 172- = 172; 173- = 173; 174- = 174; 175- = 175; 176- = 176; 177- = 177; 178- = 178; 179- = 179; 180- = 180; 181- = 181; 182- = 182; 183- = 183; 184- = 184; 185- = 185; 186- = 186; 187- = 187; 188- = 188; 189- = 189; 190- = 190; 191- = 191; 192- = 192; 193- = 193; 194- = 194; 195- = 195; 196- = 196; 197- = 197; 198- = 198; 199- = 199; 200- = 200; 201- = 201; 202- = 202; 203- = 203; 204- = 204; 205- = 205; 206- = 206; 207- = 207; 208- = 208; 209- = 209; 210- = 210; 211- = 211; 212- = 212; 213- = 213; 214- = 214; 215- = 215; 216- = 216; 217- = 217; 218- = 218; 219- = 219; 220- = 220; 221- = 221; 222- = 222; 223- = 223; 224- = 224; 225- = 225; 226- = 226; 227- = 227; 228- = 228; 229- = 229; 230- = 230; 231- = 231; 232- = 232; 233- = 233; 234- = 234; 235- = 235; 236- = 236; 237- = 237; 238- = 238; 239- = 239; 240- = 240; 241- = 241; 242- = 242; 243- = 243; 244- = 244; 245- = 245; 246- = 246; 247- = 247; 248- = 248; 249- = 249; 250- = 250; 251- = 251; 252- = 252; 253- = 253; 254- = 254; 255- = 255; 256- = 256; 257- = 257; 258- = 258; 259- = 259; 260- = 260; 261- = 261; 262- = 262; 263- = 263; 264- = 264; 265- = 265; 266- = 266; 267- = 267; 268- = 268; 269- = 269; 270- = 270; 271- = 271; 272- = 272; 273- = 273; 274- = 274; 275- = 275; 276- = 276; 277- = 277; 278- = 278; 279- = 279; 280- = 280; 281- = 281; 282- = 282; 283- = 283; 284- = 284; 285- = 285; 286- = 286; 287- = 287; 288- = 288; 289- = 289; 290- = 290; 291- = 291; 292- = 292; 293- = 293; 294- = 294; 295- = 295; 296- = 296; 297- = 297; 298- = 298; 299- = 299; 300- = 300; 301- = 301; 302- = 302; 303- = 303; 304- = 304; 305- = 305; 306- = 306; 307- = 307; 308- = 308; 309- = 309; 310- = 310; 311- = 311; 312- = 312; 313- = 313; 314- = 314; 315- = 315; 316- = 316; 317- = 317; 318- = 318; 319- = 319; 320- = 320; 321- = 321; 322- = 322; 323- = 323; 324- = 324; 325- = 325; 326- = 326; 327- = 327; 328- = 328; 329- = 329; 330- = 330; 331- = 331; 332- = 332; 333- = 333; 334- = 334; 335- = 335; 336- = 336; 337- = 337; 338- = 338; 339- = 339; 340- = 340; 341- = 341; 342- = 342; 343- = 343; 344- = 344; 345- = 345; 346- = 346; 347- = 347; 348- = 348; 349- = 349; 350- = 350; 351- = 351; 352- = 352; 353- = 353; 354- = 354; 355- = 355; 356- = 356; 357- = 357; 358- = 358; 359- = 359; 360- = 360; 361- = 361; 362- = 362; 363- = 363; 364- = 364; 365- = 365; 366- = 366; 367- = 367; 368- = 368; 369- = 369; 370- = 370; 371- = 371; 372- = 372; 373- = 373; 374- = 374; 375- = 375; 376- = 376; 377- = 377; 378- = 378; 379- = 379; 380- = 380; 381- = 381; 382- = 382; 383- = 383; 384- = 384; 385- = 385; 386- = 386; 387- = 387; 388- = 388; 389- = 389; 390- = 390; 391- = 391; 392- = 392; 393- = 393; 394- = 394; 395- = 395; 396- = 396; 397- = 397; 398- = 398; 399- = 399; 400- = 400; 401- = 401; 402- = 402; 403- = 403; 404- = 404; 405- = 405; 406- = 406; 407- = 407; 408- = 408; 409- = 409; 410- = 410; 411- = 411; 412- = 412; 413- = 413; 414- = 414; 415- = 415; 416- = 416; 417- = 417; 418- = 418; 419- = 419; 420- = 420; 421- = 421; 422- = 422; 423- = 423; 424- = 424; 425- = 425; 426- = 426; 427- = 427; 428- = 428; 429- = 429; 430- = 430; 431- = 431; 432- = 432; 433- = 433; 434- = 434; 435- = 435; 436- = 436; 437- = 437; 438- = 438; 439- = 439; 440- = 440; 441- = 441; 442- = 442; 443- = 443; 444- = 444; 445- = 445; 446- = 446; 447- = 447; 448- = 448; 449- = 449; 450- = 450; 451- = 451; 452- = 452; 453- = 453; 454- = 454; 455- = 455; 456- = 456; 457- = 457; 458- = 458; 459- = 459; 460- = 460; 461- = 461; 462- = 462; 463- = 463; 464- = 464; 465- = 465; 466- = 466; 467- = 467; 468- = 468; 469- = 469; 470- = 470; 471- = 471; 472- = 472; 473- = 473; 474- = 474; 475- = 475; 476- = 476; 477- = 477; 478- = 478; 479- = 479; 480- = 480; 481- = 481; 482- = 482; 483- = 483; 484- = 484; 485- = 485; 486- = 486; 487- = 487; 488- = 488; 489- = 489; 490- = 490; 491- = 491; 492- = 492; 493- = 493; 494- = 494; 495- = 495; 496- = 496; 497- = 497; 498- = 498; 499- = 499; 500- = 500; 501- = 501; 502- = 502; 503- = 503; 504- = 504; 505- = 505; 506- = 506; 507- = 507; 508- = 508; 509- = 509; 510- = 510; 511- = 511; 512- = 512; 513- = 513; 514- = 514; 515- = 515; 516- = 516; 517- = 517; 518- = 518; 519- = 519; 520- = 520; 521- = 521; 522- = 522; 523- = 523; 524- = 524; 525- = 525; 526- = 526; 527- = 527; 528- = 528; 529- = 529; 530- = 530; 531- = 531; 532- = 532; 533- = 533; 534- = 534; 535- = 535; 536- = 536; 537- = 537; 538- = 538; 539- = 539; 540- = 540; 541- = 541; 542- = 542; 543- = 543; 544- = 544; 545- = 545; 546- = 546; 547- = 547; 548- = 548; 549- = 549; 550- = 550; 551- = 551; 552- = 552; 553- = 553; 554- = 554; 555- = 555; 556- = 556; 557- = 557; 558- = 558; 559- = 559; 560- = 560; 561- = 561; 562- = 562; 563- = 563; 564- = 564; 565- = 565; 566- = 566; 567- = 567; 568- = 568; 569- = 569; 570- = 570; 571- = 571; 572- = 572; 573- = 573; 574- = 574; 575- = 575; 576- = 576; 577- = 577; 578- = 578; 579- = 579; 580- = 580; 581- = 581; 582- = 582; 583- = 583; 584- = 584; 585- = 585; 586- = 586; 587- = 587; 588- = 588; 589- = 589; 590- = 590; 591- = 591; 592- = 592; 593- = 593; 594- = 594; 595- = 595; 596- = 596; 597- = 597; 598- = 598; 599- = 599; 600- = 600; 601- = 601; 602- = 602; 603- = 603; 604- = 604; 605- = 605; 606- = 606; 607- = 607; 608- = 608; 609- = 609; 610- = 610; 611- = 611; 612- = 612; 613- = 613; 614- = 614; 615- = 615; 616- = 616; 617- = 617; 618- = 618; 619- = 619; 620- = 620; 621- = 621; 622- = 622; 623- = 623; 624- = 624; 625- = 625; 626- = 626; 627- = 627; 628- = 628; 629- = 629; 630- = 630; 631- = 631; 632- = 632; 633- = 633; 634- = 634; 635- = 635; 636- = 636; 637- = 637; 638- = 638; 639- = 639; 640- = 640; 641- = 641; 642- = 642; 643- = 643; 644- = 644; 645- = 645; 646- = 646; 647- = 647; 648- = 648; 649- = 649; 650- = 650; 651- = 651; 652- = 652; 653- = 653; 654- = 654; 655- = 655; 656- = 656; 657- = 657; 658- = 658; 659- = 659; 660- = 660; 661- = 661; 662- = 662; 663- = 663; 664- = 664; 665- = 665; 666- = 666; 667- = 667; 668- = 668; 669- = 669; 670- = 670; 671- = 671; 672- = 672; 673- = 673; 674- = 674; 675- = 675; 676- = 676; 677- = 677; 678- = 678; 679- = 679; 680- = 680; 681- = 681; 682- = 682; 683- = 683; 684- = 684; 685- = 685; 686- = 686; 687- = 687; 688- = 688; 689- = 689; 690- = 690; 691- = 691; 692- = 692; 693- = 693; 694- = 694; 695- = 695; 696- = 696; 697- = 697; 698- = 698; 699- = 699; 700- = 700; 701- = 701; 702- = 702; 703- = 703; 704- = 704; 705- = 705; 706- = 706; 707- = 707; 708- = 708; 709- = 709; 710- = 710; 711- = 711; 712- = 712; 713- = 713; 714- = 714; 715- = 715; 716- = 716; 717- = 717; 718- = 718; 719- = 719; 720- = 720; 721- = 721; 722- = 722; 723- = 723; 724- = 724; 725- = 725; 726- = 726; 727- = 727; 728- = 728; 729- = 729; 730- = 730; 731- = 731; 732- = 732; 733- = 733; 734- = 734; 735- = 735; 736- = 736; 737- = 737; 738- = 738; 739- = 739; 740- = 740; 741- = 741; 742- = 742; 743- = 743; 744- = 744; 745- = 745; 746- = 746; 747- = 747; 748- = 748; 749- = 749; 750- = 750; 751- = 751; 752- = 752; 753- = 753; 754- = 754; 755- = 755; 756- = 756; 757- = 757; 758- = 758; 759- = 759; 760- = 760; 761- = 761; 762- = 762; 763- = 763; 764- = 764; 765- = 765; 766- = 766; 767- = 767; 768- = 768; 769- = 769; 770- = 770; 771- = 771; 772- = 772; 773- = 773; 774- = 774; 775- = 775; 776- = 776; 777- = 777; 778- = 778; 779- = 779; 780- = 780; 781- = 781; 782- = 782; 783- = 783; 784- = 784; 785- = 785; 786- = 786; 787- = 787; 788- = 788; 789- = 789; 790- = 790; 791- = 791; 792- = 792; 793- = 793; 794- = 794; 795- = 795; 796- = 796; 797- = 797; 798- = 798; 799- = 799; 800- = 800; 801- = 801; 802- = 802; 803- = 803; 804- = 804; 805- = 805; 806- = 806; 807- = 807; 808- = 808; 809- = 809; 810- = 810; 811- = 811; 812- = 812; 813- = 813; 814- = 814; 815- = 815; 816- = 816; 817- = 817; 818- = 818; 819- = 819; 820- = 820; 821- = 821; 822- = 822; 823- = 823; 824- = 824; 825- = 825; 826- = 826; 827- = 827; 828- = 828; 829- = 829; 830- = 830; 831- = 831; 832- = 832; 833- = 833; 834- = 834; 835- = 835; 836- = 836; 837- = 837; 838- = 838; 839- = 839; 840- = 840; 841- = 841; 842- = 842; 843- = 843; 844- = 844; 845- = 845; 846- = 846; 847- = 847; 848- = 848; 849- = 849; 850- = 850; 851- = 851; 852- = 852; 853- = 853; 854- = 854; 855- = 855; 856- = 856; 857- = 857; 858- = 858; 859- = 859; 860- = 860; 861- = 861; 862- = 862; 863- = 863; 864- = 864; 865- = 865; 866- = 866; 867- = 867; 868- = 868; 869- = 869; 870- = 870; 871- = 871; 872- = 872; 873- = 873; 874- = 874; 875- = 875; 876- = 876; 877- = 877; 878- = 878; 879- = 879; 880- = 880; 881- = 881; 882- = 882; 883- = 883; 884- = 884; 885- = 885; 886- = 886; 887- = 887; 888- = 888; 889- = 889; 890- = 890; 891- = 891; 892- = 892; 893- = 893; 894- = 894; 895- = 895; 896- = 896; 897- = 897; 898- = 898; 899- = 899; 900- = 900; 901- = 901; 902- = 902; 903- = 903; 904- = 904; 905- = 905; 906- = 906; 907- = 907; 908- = 908; 909- = 909; 910- = 910; 911- = 911; 912- = 912; 913- = 913; 914- = 914; 915- = 915; 916- = 916; 917- = 917; 918- = 918; 919- = 919; 920- = 920; 921- = 921; 922- = 922; 923- = 923; 924- = 924; 925- = 925; 926- = 926; 927- = 927; 928- = 928; 929- = 929; 930- = 930; 931- = 931; 932- = 932; 933- = 933; 934- = 934; 935- = 935; 936- = 936; 937- = 937; 938- = 938; 939- = 939; 940- = 940; 941- = 941; 942- = 942; 943- = 943; 944- = 944; 945- = 945; 946- = 946; 947- = 947; 948- = 948; 949- = 949; 950- = 950; 951- = 951; 952- = 952; 953- = 953; 954- = 954; 955- = 955; 956- = 956; 957- = 957; 958- = 958; 959- = 959; 960- = 960; 961- = 961; 962- = 962; 963- = 963; 964- = 964; 965- = 965; 966- = 966; 967- = 967; 968- = 968; 969- = 969; 970- = 970; 971- = 971; 972- = 972; 973- = 973; 974- = 974; 975- = 975; 976- = 976; 977- = 977; 978- = 978; 979- = 979; 980- = 980; 981- = 981; 982- = 982; 983- = 983; 984- = 984; 985- = 985; 986- = 986; 987- = 987; 988- = 988; 989- = 989; 990- = 990; 991- = 991; 992- = 992; 993- = 993; 994- = 994; 995- = 995; 996- = 996; 997- = 997; 998- = 998; 999- = 999; 1000- = 1000; 1001- = 1001; 1002- = 1002; 1003- = 1003; 1004- = 1004; 1005- = 1005; 1006- = 1006; 1007- = 1007; 1008- = 1008; 1009- = 1009; 1010- = 1010; 1011- = 1011; 1012- = 1012; 1013- = 1013; 1014- = 1014; 1015- = 1015; 1016- = 1016; 1017- = 1017; 1018- = 1018; 1019- = 1019; 1020- = 1020; 1021- = 1021; 1022- = 1022; 1023- = 1023; 1024- = 1024; 1025- = 1025; 1026- = 1026; 1027- = 1027; 1028- = 1028; 1029- = 1029; 1030- = 1030; 1031- = 1031; 1032- = 1032; 1033- = 1033; 1034- = 1034; 1035- = 1035; 1036- = 1036; 1037- = 1037; 1038- = 1038; 1039- = 1039; 1040- = 1040; 1041- = 1041; 1042- = 1042; 1043- = 1043; 1044-

LISTE DES AFFECTIONS
PRISES EN CHARGE INTEGRALEMENT
APCI

1. Diabète insulino-dépendant ou non insulino-dépendant ne pouvant être équilibré par le seul régime.
2. Dysthyroïdies.
3. Affections hypophysaires.
4. Affections surrénaliennes.
5. HTA sévère.
6. Cardiopathies congénitales et valvulopathies.
7. Insuffisance cardiaque et troubles du rythme.
8. Affections coronariennes et leurs complications.
9. 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.



Merci Pour Votre Attention

