

À remplir par le médecin traitant

Je soussigné, Docteur:

Nom & Prénom:

Déclare avoir examiné:

Titulaire de la CIN:

et certifie que l'affection qu'il (elle) présente fait partie des APCI (Affections Prises en Charge Intégralement) selon la liste fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé publique et de la sécurité sociale et adopté par le conseil d'administration de la CAPRA.

Fait àle ... / ... / Signature & cachet

طابع الحمامة

بقيمة 6 دنانير

Adresse: 108 Boulevard 9 Avril
1938 - 1006 Tunis

Téléphone: 71 565 111 : الهاتف
Fax: 71 566 678

العنوان: 108 شارع 9 أبريل 1938
1006 تونس



صندوق الحيلة و التقاعد للمحامين

Caisse de Prévoyance et de Retraite des Avocats

مطلب تكفل بمرض ثقيل أو مزمن

Demande d'admission au régime des APCI

L'adhérent

Prénom: الإسم:

Nom: اللقب:

Matricule: عدد الإنخراط:

Adresse: العنوان:

Code Postal: الترقيم البريدي: المدينة:

Signature: الإمضاء:

Le Malade المريض

L'enfant الإبن Le conjoint القرين L'adhérent المنخرط

Nom & Prénom: الإسم و اللقب:

Date de Naissance: تاريخ الولادة:

Réservé au médecin contrôleur de la CAPRA

Avis du médecin Contrôleur:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

En cas de refus

Motif(s) du refus:

.....

.....

Fais à Tunis le / /

Signature & cachet

Observations:

.....

.....

Rapport confidentiel du médecin traitement (*)

Diagnostic posé:.....

.....

Code APCI:.....

Informations complémentaires:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Signature & cachet

(*) Détaillé au maximum en y:

- précisant: le diagnostic exact de l'affection, l'observation clinique, le traitement envisagé et les modalités des suivis cliniques et / ou para-cliniques
- joignant les copies des résultats et des rapports des explorations ayant servi à poser le diagnostic.