



FORMULAIRE

Demande de cure thermale au titre d'une Affection Présumée Imputable au Service (APIAS)

DEMANDE DE CURE THERMALE
Centre National de Médecine des Services de Santé (CNMSS)
VOLET 1
Cadre réservé à l'usager

IDENTIFICATION
Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Tel : _____

AFFECTION PRÉSUMÉE IMPUTABLE AU SERVICE (APIAS)
Date de l'affection : _____
Type de l'affection : _____
Description (Présumé/Présumé) : _____

CURE THERMALE
Nom de la cure : _____
Date de la cure : _____
Type de la cure : _____

RECOMMANDATIONS
Nom du médecin : _____
Date de la recommandation : _____
Signature : _____

> Télécharger
(PDF -)

< PRÉCÉDENT

TOUTES LES PUBLICATIONS

SUIVANT >