

RAPPORT MEDICAL SIMPLIFIE

(Article 9 de l'arrangement administratif général)

(A remettre au travailleur avec le formulaire SE 350-03 ou SE 350-04 ou SE 350-18)

Important

Ce rapport médical simplifié devra être complété par le médecin traitant du travailleur en congé ou en transfert de résidence dans son pays d'origine et dont l'affection donne lieu à un arrêt de travail ou à une prolongation d'arrêt de travail.

Le travailleur devra adresser ce rapport médical dûment complété par le médecin, sous quarante huit heures, directement à sa caisse d'affiliation mentionnée au cadre 1, pour pouvoir bénéficier des prestations en espèces.

Numéro d'immatriculation en France :

Numéro d'immatriculation au Maroc :

.....

.....

1 INSTITUTION DESTINATAIRE

1.1 Dénomination :

1.2 Adresse :

.....

1.3 Référence :

2 PERSONNE EXAMINEE

2.1 Nom :

2.2 Prénoms :

Nom de naissance :

Lieu de naissance :

2.3 Date de naissance :

Sexe : Nationalité :

2.4 Adresse :

.....

2.5 Dernière profession exercée :

2.6 Numéro d'immatriculation :

2.7 Date de présentation de la demande d'aggravation :

3	RAPPORT ETABLI PAR LE DOCTEUR	
3.1	Nom :	Prénoms :
3.2	Adresse :	
	
3.3	Médecin contrôleur de :	
3.4	Cachet	3.5 Date :
		3.6 Signature

A. - Anamnèse de l'affection actuelle.

Plaintes du malade. - Début de l'affection. - Évolution.

.....

Thérapeutique éventuellement appliquée jusqu'ici.

.....

B. - Examen clinique.

1° Etat général

- poids :

- taille :

- autres constatations :

2° Appareil respiratoire (1) :

.....

3° Appareil cardio-vasculaire (1) :

.....

4° Appareil digestif (1) :

.....

5° Appareil locomoteur (1) :

.....

6° Appareil génito-urinaire (1) :

.....

7° Système nerveux et psychisme (1) :

.....

8° Autres appareils et systèmes (1) :

.....

C. - Examens techniques (2).

(Comptes rendus radiographiques, électrocardiographiques, électro-encéphalographiques, électro-encéphalographiques, d'examens biologiques, etc...)

.....

D. - Diagnostic.

.....

E. - Thérapeutique instituée.

.....

F - Conclusions (3).

- L'intéressé n'est pas reconnu incapable de travailler.
- L'intéressé est reconnu incapable de travailler à partir du.....jusqu'au.....
.....

- (1) Renseignements à donner selon la nature de l'affection.*
- (2) Examens éventuellement pratiqués. - Indiquer la date.*
- (3) Mettre une croix devant la réponse appropriée.*

Instructions

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Ce formulaire se compose de trois pages, aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.