



MUTUELLE GENERALE DES FONCTIONNAIRES ET AGENTS DE L'ETAT DE COTE D'IVOIRE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR LE DOSSIER MEDICAL TPC

OUVERTURE NOUVEAU DOSSIER

MODIFICATION DOSSIER

Coller ici la
photo d'identité
récente du
bénéficiaire

MATRICULE:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

AGE: NUMEROS CELLULAIRES:

NOM: PRENOMS:

ADRESSE MAIL: ADRESSE POSTALE:

LOCALITE : QUARTIER:

Pièces à joindre : Photocopie de la carte TPC et/ou photocopie de la carte d'immatriculation, le rapport médical et le cas échéant, les résultats des examens paramédicaux sous pli confidentiel à l'attention du médecin contrôleur de la MUGEF-CI et une photo d'identité récente.

A, le

Signature du Bénéficiaire



MUTUELLE GENERALE DES FONCTIONNAIRES ET AGENTS DE L'ETAT DE COTE D'IVOIRE

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Je soussigné, Pr/Dr Code prescripteur Spécialité
exerçant à Code Centre Cellulaire
certifie que M./Mme/Mlle Matricule,
souffre de et qu'à
ce titre, il/elle doit bénéficier du traitement suivant pendant une durée de..... :

- *MEDICAMENT TPC 1* : *POSOLOGIE*:
- *MEDICAMENT TPC 2* : *POSOLOGIE*:
- *MEDICAMENT TPC 3* : *POSOLOGIE*:
- *MEDICAMENT TPC 4* : *POSOLOGIE*:

Fait à, le

Signature et cachet du Médecin Traitant

PARTIE RESERVEE AU CONTROLE MEDICAL

DECISION INITIALE:

- Accord: Pour le(s) codes(s) suivant(s):
- Refus: Pour le(s) motif(s) suivant(s):

MODIFICATION DE TRAITEMENT:

- Accord: Pour le(s) codes(s) suivant(s):
- Refus: Pour le(s) motif(s) suivant(s):

RENOUVELLEMENT(S) DE LA PRESCRIPTION:

- Accord pour le(s) renouvellement(s):
- Période de renouvellement:
 - Date:
 - Durée:
 - Modifications:

Nom du Médecin Contrôleur:

Fait à, le

Signature et cachet du Médecin Contrôleur