Casablanca le :

**Docteur  :**

**Adresse  :**

**GSM  :**

**Fixe cabinet  :**

**E mail  :**

**A Monsieur le président du conseil Régional de l’ordre**

**Des Médecins de Casablanca-Settat**

Objet  : Demande d’Attestation de conformité du Cabinet.

Monsieur le Président,

J’ai l’honneur de vous demander de bien vouloir me délivrer une attestation de conformité de mon cabinet médical.

A : … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …… … … … … … … … … … … … … Préfecture : … … … … … … … … … … … … … … … … … …

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l’expression de ma considération distinguée.

**signature:**

A fournir le dossier suivante **en DOUBLE EXEMPLAIRES**

Vu le décret n° 2-15-447 du 6 Joumada II 1437 (16 Mars 2016) pris pour l’application de la loi susvisée n°131-13, notamment ses articles 11 e t 12 :

Un Cabinet médical privé peut être implanté dans un immeuble autonome ou dans un immeuble à usage d’habitation ou de bureaux sous réserve du respect de la législation et la réglementation relatives à l’urbanisme, au statut de la copropriété des immeubles bâtis et la sécurité des personnes ainsi que celles relatives à l’accessibilité. Il doit êtres situé soit au REZ DE CHAUSSEE, soit aux étages supérieurs s’ils disposent des ascenseurs utilisables.

|  |  |
| --- | --- |
| **Demande** légalisé adressée à Mr le Président du C.R.O.M. de Casablanca-Settat pour ouverture de cabinet médical |  |
| Spécimen d’**ordonnance** (cachetée, signée et barrée) + **carte visite** |  |
| Les **Diplômes Universitaires** photocopies légalisées (peuvent être mentionnés uniquement sur l'ordonnance et les cartes visite) |  |
| Liste du **matériel médical** et |  |
| Liste du **personnel paramédical** (Voir le Tableau ci joint diplômes) |  |
| Nom prénom de la secrétaire ou infirmière et leurs diplômes |  |
| Photo de la **plaque ordinale 40cm/ 35cm** (ci-joint model) |  |
| Copie certifiée conforme du contrat de **bail ou d’achat**. |  |
| Copie du **C.I.N**. |  |
| Copie des reçus de **cotisation** + **Frais d'installation** pour nouveau cabinet ou de changement d'adresse |  |
| Engagement légalisé de **non exercice d’un autre médecin de la même spécialité dans le même immeuble** où vous avez élu domicile ci- joint modèle |  |
| **Certificat médial** |  |
| **Assurance civile professionnelle** (art .43 de la loi 131/13) |  |
| **Plan descriptif du cabinet** (schéma croquis) |  |
| **Attestation de conformité** délivrée par le centre de radioprotection (Pneumo-phtisiologie /Traumatologie-orthopédie/cabinet de radiologie et Centre de radiologie) |  |
| **Contrat d’association en cas d’association** (visé par M. le Président du CNOM) |  |
| **Petite photo d’identité** (pour la carte professionnelle) |  |

**Le cabinet de** :

Médecine générale / Spécialiste en … … … … … … … . .

du Dr. … … … … … … … … … … … … … …

Situé au … … … … … … … … … … … … … …

(Avec ou sans ascenseur) sur une superficie de … … … m2 dans un immeuble a usage

(Habitation, Bureau )

***Article5*** : Les locaux du cabinet médical doivent former un ensemble d’un seul tenant. Ils doivent être reliés les uns aux autres et chacun étant séparé de l’autre.

**Composition du cabinet :**

Salle d’attente  : Oui Non

Accueil   : Oui Non

Salle de consultation : Oui Non

Bureau Médecin  : Oui Non

Salle de soins  : Oui Non

W.C  : Oui Non

Cuisinette  : Oui Non

Archives : Oui Non

Armoire : Oui Non

matériel informatique : Oui Non

Téléphone fixe  : Oui Non

Fenêtres  : Oui Non

Éclairage  : Oui Non

Le Cabinet médical doit disposer dans la salle de consultation des équipements biomédicaux suivants :

**Salle de Consultation :**

Bureau avec une chaise Oui Non

Deux chaises pour le malade et son accompagnateur Oui Non

Un placard des médicaments Oui Non

Un porte manteau Oui Non

Une poubelle à pédale/ à pied Oui Non

Une table d’examen des malades Oui Non

Un tabouret mobile Oui Non

Un guéridon pour matériel médical Oui Non

Un paravent à anneaux mobile/ sur roulettes Oui Non

**Salle d'attente**

Chaises pour les malades Oui Non

Une table basse pour les revues et les livres Oui Non

Une poubelle Oui Non

Le cabinet de Médecine générale doit disposer dans la salle de consultation des équipements médicaux suivants :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Matériel médical** | **Oui** | | **Non** |
| Négatoscope |  | |  |
| Tensiomètre |  | |  |
| Deux thermomètres pour voie orale et voie rectale |  | |  |
| Un Pèse-bébé |  | |  |
| Un marteau reflexe |  | |  |
| Instruments d’examen O.R.L |  | |  |
| Abaisses langues à usage unique |  | |  |
| Des gants stériles |  | |  |
| Pied à sérum/porte sérum |  | |  |
| scaldique |  | |  |
| Lampe frontale/manuelle |  | |  |
| Un nombre suffisant de médicaments des premiers secours |  | |  |
| boite de petite chirurgie |  | |  |
| Sparadrap |  | |  |
| Des compresses |  | |  |
| Des tampons alcoolisés |  | |  |
| Des antiseptiques |  | |  |
| Des stéristrips |  | |  |
| Sérum physiologique |  | |  |
|  | | | |
|  | | | |
| **Matériel de Bureautiques** | | **Oui** | **Non** |
| Bureau d'accueil | |  |  |
| TV | |  |  |
| Extincteur (minimum 6 L) | |  |  |
| Climatiseur | |  |  |
| ………………………………. | |  |  |

Liste des médicaments de premiers secours :

|  |  |
| --- | --- |
| **Médicaments** | **Quantité** |
| Antispasmodiques |  |
| Anti cholinergiques |  |
| Antihémorragiques |  |
| Antiépileptiques |  |
| Analeptiques cardiaques |  |
| Diurétiques |  |
| Anesthésique local |  |
| Bronchodilatateurs |  |
| spray injectable |  |
| corticoïde injectable |  |

**Croquis Approximatif du Cabinet ( Entrée/Accueil/ Salle d'attente/salle de consultation/salle d'eau et archive**

Dr. : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

C.I. N : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Adresse Prof.  : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Tél. : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

N° d’inscription au C.N.O.M : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . .

Ou N° d’autorisation SGG : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . .

ENGAGEMENT

Je soussigné Dr. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . m’engage et certifie par la présente, qu’à ce jour aucun médecin de la même spécialité que la mienne . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . n’est installé dans le même immeuble ou j’ai élu domicile . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Fait à Casablanca, le : ……………………………

Dr.

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné Docteur ......................................., certifie avoir examiné

Docteur ...................................................... CIN n° .............................

Et atteste que ce dernier/cette dernière présente les conditions d'aptitude physique et mentale nécessaires à l'exercice de la médecine.

Certificat établi à la demande de l'intéressé et remis en mains propres pour faire valoir ce que de droit.

Fait à………………………….. Le : ................................

Signature

**model de plaque :**

Dimension de la plaque **40/35**

Support de la plaque **blanc** et l'écriture en **noir**

**En deux langues (français - arabe)**

**Nom et Prénom du médecin **

**Spécialité en .................................**

**ou médecine générale**

**Lauréat de la Faculté de Médecine de .................................**

**Numéro d’inscription**

**Horaires du travail : sur RDV**

Tél : ..........................