

إعلان موجه للمريض بشأن استعمال مطبوع "ملف الفحص الخاص بالأمراض الطويلة الأمد"
NOTICE A DESTINATION DU PATIENT POUR L'USAGE DU FORMULAIRE « DOSSIER D'EXAMEN ALD »

Vous êtes atteint(e) d'une affection de longue durée, la CNSS met à votre disposition ce formulaire pour vous permettre de constituer votre dossier d'affection de longue durée auprès de la CNSS.

Ce formulaire est à remplir par votre médecin traitant qui précisera toutes les informations concernant votre affection, le traitement que vous devez suivre, les examens complémentaires ainsi que le suivi qu'il envisage.

Ce formulaire est rempli après votre accord par votre médecin qui vous le remettra sous pli confidentiel pour le présenter à une agence CNSS ou l'adresser par courrier à l'adresse suivante :

Caisse Nationale de Sécurité Sociale
Direction AMO
Boîte Postale n° 2186
Casa - Gare
CASABLANCA

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
مديرية التأمين الصحي الإجباري
صندوق البريد رقم 2186
الدار البيضاء المحطة
الدار البيضاء

يضع الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهن إشارة المصابين بإحدى الأمراض الطويلة الأمد هذا المطبوع من أجل تكوين "ملف الأمراض الطويلة الأمد" لدى الصندوق

يجب ملاً هذا المطبوع من طرف طبيبيكم المعالج، الذي يحدد جميع المعلومات الخاصة بمرضكم والعلاج الواجب اتباعه والفحوصات التكميلية وكذا التتبع اللازم.

يملأ هذا المطبوع، بعد موافقتكم، من طرف طبيبيكم المعالج ويسلم إليكم في ظرف مغلق، من أجل تسليمه لإحدى وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أو إرساله بالبريد إلى العنوان التالي :

بعض المعلومات المتعلقة بالأمراض الطويلة الأمد
Quelques informations concernant les affections de longue durée

A la suite de la réception du formulaire dûment complété par votre médecin traitant, l'avis du contrôle médical de la CNSS est rendu en fonction des éléments figurant sur ce formulaire et selon le cas une notification pourra vous être adressée par la CNSS vous convoquant à vous présenter à un contrôle médical.

Si vous êtes atteint(e) d'une affection de longue durée, cet imprimé rempli par votre médecin traitant fera l'objet d'un accord de la CNSS dans le cadre de la reconnaissance de votre ou de vos affections de longue durée, vous précisant dans quelles conditions votre affection sera prise en charge.

بعد التوصل بهذا المطبوع المعبأ من طرف طبيبيكم المعالج، يتم إصدار رأي المراقبة الطبية للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي وفقاً للمعلومات الواردة فيه وقد يتطلب الأمر في بعض الحالات استدعائكم للخضوع للفحص من طرف الطبيب المراقب.

إذا كنتم مصابين بأحد الأمراض الطويلة الأمد فإن هذا المطبوع الذي يملأ من طرف طبيبيكم المعالج قد يحظى بموافقة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في إطار الاعتراف بمرضكم أو أمراضكم الطويلة الأمد، ويحدد لكم شروط تحمل مصاريف علاجكم.

Ce formulaire est disponible chez votre médecin traitant et dans toutes les agences CNSS.

يوجد هذا المطبوع لدى طبيبيكم المعالج ولدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.



Dossier d'examen ALD

A remplir par le médecin traitant

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire

Réf. : 610-1-01

REF : ANAM 1. 2. 04. 01

N° : [] (Réservé à la CNSS)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

N° Immatriculation : [] N° CIN : []

Adresse :

Lien de parenté du bénéficiaire de soins avec l'assuré(e):* Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Nom et prénom du bénéficiaire de soins :

N° CIN : [] Date de naissance : [] [] [] [] [] [] Sexe :* M F

N° identification nationale du praticien : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

* Cocher la mention utile pour chaque case

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
Identification de l'agent :	Date d'arrivée : [] [] [] [] [] [] تاريخ الاستلام : [] [] [] [] [] []
Date de dépôt du dossier : [] [] [] [] [] [] تاريخ الإيداع : [] [] [] [] [] []	

Un seul dossier est rempli par patient

**QUELQUES CONSEILS A L'USAGE DU MEDECIN TRAITANT
POUR REMPLIR LE FORMULAIRE D'EXAMEN ALD**

Ce formulaire est à remplir si votre patient(e) est atteint(e) d'une affection de longue durée qui nécessite des soins continus ou particulièrement coûteux. Un seul formulaire est à remplir pour chaque patient.

Ce formulaire est rempli en accord avec votre patient et lui sera remis sous pli confidentiel pour constituer son dossier d'affection de longue durée auprès de la CNSS.

Ce pli confidentiel doit contenir toutes les pièces justificatives originales.

L'assuré présentera le pli confidentiel à une agence CNSS ou l'adressera par courrier à l'adresse suivante :

Caisse Nationale de Sécurité Sociale
Direction AMO
Boite Postale n° 2186
Cas - Gare
CASABLANCA

Comment remplir ce formulaire

L'avis de la CNSS est rendu en fonction des éléments figurant sur ce formulaire. C'est pourquoi le diagnostic précis de l'affection de longue durée motivant la demande et sa date présumée de début, confirmé par les arguments cliniques détaillés et par les résultats des examens complémentaires nécessaires, doit y figurer ainsi que les actes et prestations médicalement requis par la maladie. Il convient donc de décrire de façon détaillée le projet thérapeutique et le suivi que vous envisagez pour votre patient.

Les affections de longue durée

Votre patient peut bénéficier des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire si il est reconnu atteint d'une des affections, comportant un traitement prolongé et/ou une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur la liste des maladies graves ou invalidantes nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux donnant droit à exonération en vertu de l'article 9 de la loi n° 65-00 fixée par arrêté du ministre de la santé⁽¹⁾.

Cette liste est arrêtée en considération de la fréquence de la maladie, de sa gravité, surtout en termes d'incapacité et d'invalidité, de sa chronicité, de la charge de morbidité dont elle est responsable et du coût de sa prise en charge.

⁽¹⁾ Arrêté ministériel N° 2318 – 05 BO n° 5384 du 05/01/2006.

Ce formulaire est disponible chez les médecins et dans toutes les agences CNSS.

Dossier d'examen ALD (à remettre sous pli confidentiel)

Informations(s) concernant la maladie

Diagnostic(s) de(des) l'affection(s) de longue durée motivant la demande et sa (leurs) date(s) présumé(s) de début

ALD	CIM-10	Date de début	Observations
1			
2			
3			

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents

.....
.....
.....
.....

Actes et prestations médicalement requis

Specialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques ou dispositifs médicaux

.....
.....
.....
.....
.....

Suivi biologique prévu (type dates)

.....
.....
.....
.....
.....

Recours à des spécialistes (préciser la spécialité et le type d'acte de spécialité prévu)
.....
.....
.....
.....

Recours à des professionnels de santé para-médicaux
.....
.....
.....
.....

Durée prévisible	Date de début	Date de fin
des soins:		
de l'arrêt de travail, s'il y a lieu:		

Autres observations

Accident de travail : Oui Non Date d'accident : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 Maladie professionnelle : Oui Non
 Autres :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Parti à : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Cachet et signature du médecin traitant

Un seul dossier est rempli par patient