

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 :	يضع الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهن إشارة المصابين بإحدى الأمراض الطويلة الأمد هذا المطبوع من أجل تكوين "ملف الأمراض الطويلة الأمد" لدى الصندوق يجب ملأ هذا المطبوع من طرف طبيبك المعالج، الذي يحدد جميع المعلومات الخاصة بمرضك والعلاج الواجب اتباعه والفحوصات التكميلية وكذا التتبع اللازم. يملأ هذا المطبوع، بعد موافقتكم، من طرف طبيبك المعالج ويسلم إليكم في ظرف مغلق، من أجل تسليمه لإحدى وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أو إرساله بالبريد إلى العنوان التالي :
Caisse Nationale de Sécurité Sociale Direction AMO Boite Postale n° 2186 Casa - Gare CASABLANCA	الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي مديرية التأمين الصحي الإجباري صندوق البريد رقم 2186 الدار البيضاء المحطة الدار البيضاء
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 طبيبك 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 طبيبك 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 طبيبك 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
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 de dépôt du dossier : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] تاريخ الإيداع :	تاريخ الاستلام : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Date d'arrivée :	

**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
Casa - 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 s'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° 2518 – 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)

Information(s) concernant la maladie

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

Spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques ou dispositifs médicaux

.....

.....

.....

.....

Suivi biologique prévu (type d'actes)

.....

.....

.....

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

Cachet et signature du médecin traitant

Fait à : Le

.....

Un seul dossier est rempli par patient