



## Dossier d'examen ALD

-1/2-

Zone	Information	Obligatoire	Facultative
<b>Réservé à la CNSS</b>	N° de dossier	*	
<b>Partie réservée à l'assuré</b>	Nom et prénom	*	
	N° immatriculation	*	
	N° CIN		*
	Adresse	*	*
	Lien de parenté du bénéficiaire de soins avec l'assuré : * Conjoint * Enfant * Lui même	*	
<b>Partie réservée au médecin traitant</b>	Nom et prénom du bénéficiaire de soins	*	
	N° CIN	*	
	Date de naissance	*	
	Sexe : * M * F		*
	N° identification nationale du praticien		*
	Cachet du médecin traitant	*	
	Signature du médecin traitant	*	
<b>Informations concernant la maladie</b>	ALD	*	
	CIM-10		*
	Date de début	*	
	Observations		*
<b>Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents</b>	<b>(Joindre les critères de diagnostic et les copies des justificatifs)</b>	*	



## Dossier d'examen ALD

-2/2-

Zone	Information	Obligatoire	Facultative
<b>Actes et prestations médicalement requis</b>	Spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques ou dispositifs médicaux	*	
	Suivi biologique prévu (types d'actes)		*
	Recours à des spécialistes (préciser la spécialité et le type d'acte de spécialité prévu)		*
	Recours à des professionnels de santé paramédicaux		*
<b>Durée prévisible</b>	Des soins		*
	de l'arrêt de travail s'il ya lieu		*
<b>Autres observations</b>	Accident de travail : * Oui * Non		*
	Date de l'accident		*
	maladie professionnelle : * Oui * Non		*
	autres		*
<b>Déclaration de sincérité des informations</b>	Lieu (fait à : remplir par le médecin traitant)	*	
	Date (fait le : remplir par le médecin traitant)	*	
	Cachet du médecin traitant	*	
	Signature du médecin traitant	*	