



Dossier d'examen ALD

-1/2-

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



Dossier d'examen ALD

-2/2-

Zone	Information	Obligatoire	Facultative
Actes et prestations médicalement requis	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		*
Durée prévisible	Des soins		*
	de l'arrêt de travail s'il ya lieu		*
Autres observations	Accident de travail : * Oui * Non		*
	Date de l'accident		*
	maladie professionnelle : * Oui * Non		*
	autres		*
Déclaration de sincérité des informations	Lieu (fait à : remplir par le médecin traitant)	*	
	Date (fait le : remplir par le médecin traitant)	*	
	Cachet du médecin traitant	*	
	Signature du médecin traitant	*	