



## Recommandations pour le médecin traitant

### 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 CNOPS.

Ce pli confidentiel doit contenir toutes les pièces justificatives originales.

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

**Caisse Nationale des Organismes  
de Prévoyance Sociale**  
8-10 rue Al Khalil B.P 209  
Rabat

#### Comment remplir ce formulaire

L'avis de la CNOPS 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 longues 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. <sup>(1)</sup>

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.

Arrêté ministériel n° 2518-05 BO n° 5364 du 05/01/2006

Réf : 110401

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

### Information(s) concernant la maladie

Diagnostic(s) de l'(des) 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

Fait à:.....Le.....

Cachet et Signature du Médecin traitant:

--

Un seul dossier est rempli par patient

Réf : 110401