

Recommandations pour le patient

اعلان 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 CNOPS met à votre disposition ce formulaire pour vous permettre de constituer votre dossier d'affection de longue durée auprès de la CNOPS.

يضع الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهن إشارة المصابين بأحدى الأمراض الطويلة الأمد هذا المطبوع من أجل تكوين ملف الأمراض الطويلة الأمد لدى الصندوق.

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

يجب ملأ هذا المطبوع من طرف طبيبك المعالج، الذي يحدد جميع المعلومات الخاصة بمرضكم و العلاج الواجب اتباعه و الفحوصات التكميلية و كذا التتبع اللازم.

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

بملاً هذا المطبوع، بعد موافقتكم من طرف طبيبك المعالج و يسلم اليكم في ظرف مغلق من أجل تسليمه لاجدى وكالات الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي أو إرساله بالبريد الى العنوان التالي :

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

الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي
8-10 زنقة الخليل ص ب 209
الرباط

بعض المعلومات المتعلقة بالأمراض الطويلة الأمد Quelques informations concernat 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 CNOPS est rendu en fonction des éléments figurant sur ce formulaire et selon le cas une notification pourra vous être adressée par la CNOPS vous convoquant à vous présenter à un contrôle médical.

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

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 CNOPS 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.

إذا كنتم مصابين بأحد الأمراض الطويلة الأمد فإن هذا المطبوع الذي يملأ من طرف طبيبك المعالج قد يحظى بموافقة الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي في إطار الاعتراف بمرضكم أو أمراضكم الطويلة الأمد. و يحدد لكم شروط تحمل مصاريف علاجكم.

Ce formulaire est disponible chez votre médecin traitant et dans toutes les agences de la CNOPS

يوجد هذا المطبوع لدى طبيبك المعالج و لدى جميع وكالات الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي



Dossier d'examen ALD

A remplir par le médecin traitant

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie obligatoire

Réf: ANAM 1.1.04.01

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré (e)

Nom et prénom :

N° Immatriculation : N° CIN :

N° Affiliation :

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 :

توقيع و طابع الوكالة

Cachet et signature de l'Agence

خاص بالصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي

Réservé à la CNOPS

Identification de l'agent :

Date d'arrivée :

تاريخ الاستلام

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الابداع

Date d'arrivée :

تاريخ الاستلام

* cocher la mention utile pour chaque case

Un seul dossier est rempli par patient

Réf : 110401

Recommandation 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 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, inscrite 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.

Arrêté ministériel n° 2510-05 BO n° 5384 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 spécialistes 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