



**Dossier d'examen ALD**  
A remplir par le médecin traitant

Mutuelle d'Action Sociale  
Division Prestation Médicales

N° : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ (Réservé à la MAS)

**Partie réservée à l'adhérent( e )**

Nom et prénom : .....

N° Immatriculation : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ N° CIN : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

Adresse : .....

Lien de parenté du bénéficiaire de soins avec l'adhérent ( e ):\*  Conjoint  Enfant  Lui-même

**Partie réservée au médecin traitant**

Nom et prénom du bénéficiaire de soins : .....

N° CIN : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ Date de naissance : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ Sexe :\*  M  F

Cachet et signature du médecin traitant

N° identification nationale du praticien : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

\* Cocher la mention utile pour chaque case

**Partie réservée à la MAS**

Nom et prénom du médecin contrôleur : .....

Date du contrôle : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

Cachet et signature du médecin contrôleur

# 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 :	/ / / / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / / / /

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