

**RECOMMANDATIONS POUR LE PATIENT**

**NOTICE A DESTINATION DU PATIENT POUR L'USAGE DU FORMULAIRE D'EXAMEN ALD**

Vous êtes atteint d'une affection de longue durée, ce formulaire vous permet de constituer votre dossier d'affection de longue durée (ALD).

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

Votre médecin vous remettra ce formulaire sous pli confidentiel pour le transmettre à OCP.

A la réception du formulaire dûment complété par votre médecin traitant, un médecin conseil procède à l'étude du dossier en fonction des éléments figurant sur ce formulaire et selon le cas une notification pourra vous être adressée pour un examen médical.

Une commission médicale valide la décision prise à la suite de l'étude du dossier complet. Un courrier vous sera transmis précisant dans quelles conditions votre affection sera prise en charge

Ce formulaire est disponible au niveau des services médicaux du Groupe.



**FORMULAIRE D'EXAMEN ALD-ALC  
A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT**

Nouvelle demande

Demande de renouvellement :

**PARTIE RÉSERVÉE À L'AGENT**

Nom & prénom(s) : .....

N° CIN : .....

Matricule : ..... N° RCAR : .....

Adresse : .....

.....

Lien de parenté du bénéficiaire des soins avec l'agent\* :  Conjoint  Enfant

**PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN TRAITANT**

Nom & prénom du bénéficiaire des soins : .....

N° CIN : ..... Date de naissance : ..... / ..... / ..... Sexe :  M  F

Cachet du médecin traitant	Date de réception



**VOLET DÉTACHABLE**



Formulaire d'examen ALD-ALC N° 0000

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

*Exemplaire à conserver par l'agent.*

Nom et Prénom de l'agent : .....

Matricule : .....

N° RCAR : .....

Nouvelle demande  Renouvellement

Date de dépôt : .....

## 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 1	CIM - 10	Date de début	Observation
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 paramédicaux

.....  
.....  
.....

Durée prévisible des soins .....	Date de début ..... / ..... / .....	Date de fin ..... / ..... / .....
<b>Autres Observations</b>		

Je déclare les informations, ci-dessus, sincères et véritables

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

**Cachet et signature du médecin traitant :**

## 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(e) et lui sera remis sous pli confidentiel pour constituer son dossier d'affection de longue durée.

Ce pli confidentiel doit contenir toutes les pièces justificatives originales.

L'Adhérent – Agent présentera le pli confidentiel aux services médicaux du Groupe.

### Comment remplir ce formulaire

Le bénéfice des niveaux de remboursement et de prise en charge des ALD – ALC est accordé sur la base de l'analyse des éléments figurant sur ce formulaire. Dans ce sens, 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 requis, doit y figurer ainsi que les actes et prestations médicalement requis par la maladie.

Il convient donc de décrire de façon détaillée le protocole thérapeutique et le suivi que vous envisagez pour votre patient(e).

### Les affections de longue durée

Votre patient(e) peut bénéficier des avantages correspondant à la catégorie d'agents ayant une ALD ou ALC en terme de remboursement et de prise en charge s'il est reconnu atteint effectivement d'une ALD ou ALC figurant sur la liste des maladies graves ou chroniques nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux.