

personne recevant les soins

♦ identification de la personne recevant les soins

nom et prénom *(suivis, s'il y a lieu, du nom d'épouse)* : _____
 adresse : _____

numéro d'immatriculation : _____ 3 7 1 _____

si ce numéro d'immatriculation n'est pas connu, remplissez la ligne suivante

date de naissance de la personne recevant les soins : _____

♦ identification de l'assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom de l'assuré(e) *(suivis, s'il y a lieu, du nom d'épouse)* : _____

numéro d'immatriculation de l'assuré(e) : _____

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

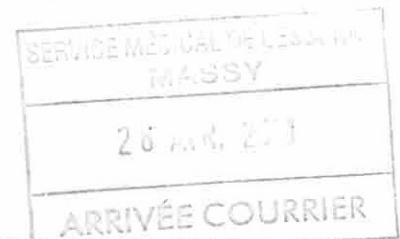
1 Diabète de type 1

2

3

♦ arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents (dans le cas de polyopathie invalidante décrire l'état invalidant)

2 glyxémies à jeun supérieures à 1.5 g/L



actes et prestations concernant la maladie (à compléter par votre médecin traitant)

spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques
ou dispositifs médicaux

(1) suivi biologique prévu (type d'actes) (1)

suivant recommandations

recours à des spécialistes (préciser la spécialité et le type d'acte spécialisé prévu) (1)

recours à des professionnels de santé para-médicaux (1)



(1) Sont exclus du bénéfice de l'exonération du ticket modérateur, les éléments cochés par le médecin conseil, qui seront pris en charge selon les conditions du droit commun.

durée prévisible des soins : _____ durée prévisible de l'arrêt de travail, s'il y a lieu : _____

reclassement professionnel envisagé : oui non **X**

proposition du médecin traitant (cocher la(les) case(s) correspondante(s))

ALD non exonérante ALD 30 (liste) ALD hors liste polypathologie invalidante autre

décision du médecin conseil

accord au titre de (2) du au pour

accord au titre de (2) du au pour

accord au titre de (2) du au pour

(2) Le médecin conseil reporte le chiffre correspondant à la situation adéquate listée dans la rubrique précédente (1 pour ALD non exonérante, 2 pour ALD 30...)

refus nature et motif du refus

date 2 0 0 4 2 0 1 0

protocole valable jusqu'au

signature et cachet du médecin traitant

cachet de l'établissement ou du centre de référence

signature et cachet du médecin conseil

Dr Ch
N° Ac
18, al

91