CMIM
LA MUTUELLE التعاضدية

Formulaire Maladie de longue Durée
A remplir par le médecin traitant

Partie réservée au participant

Numéro d'immatriculation à la caisse :

Employeur : .....
.....

Le formulaire est délivré pour :

- ■ L'assuré
- ■ Son conjoint : .....
- ■ Son enfant : ..... Né le : .....

Partie réservée au médecin traitant

Nom et prénom du Patient : .....

N°CIN :

Date de naissance :

Sexe : M ☐ F ☐

Informations pour le médecin traitant

Ce formulaire est à remplir en accord avec votre patient, si ce dernier est atteint d'une affection de longue durée ou/et nécessitant des soins particulièrement coûteux.

Il doit être remis sous pli confidentiel pour statuer sur l'affection de longue durée auprès de la CMIM.

Vous êtes priés de joindre à ce formulaire tous les documents para-cliniques (examen biologique,radiologique, échographie...) permettant de justifier l'ALD.

Informations pour l'assuré

Suite à ce formulaire dûment rempli par le médecin traitant, le médecin conseil de la CMIM traite votre déclaration d'Affection de Longue durée et, selon le cas, vous pouvez être convoqué à un contrôle médical.

Partie réservée à la CMIM

Date de dépôt :

Cachet de la CMIM :

36, Boulevard d'Anfa - Casablanca
Téléphone : 022.20.24.21
Fax : 022.26.24.51