

**Description complète : Argument clinique, diagnostic retenu, localisation anatomique, critères permettant de considérer l'affection de longue durée**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Traitement médical requis**

---

---

---

---

---

---

**Examens paracliniques prévus**

---

---

---

---

---

---

**Déclaration du médecin traitant**

**Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.**

Fait à : .....le 

--	--	--	--	--	--	--	--

**Cachet et signature :**

**Décision du médecin conseil CMIM**

*Première décision*

- Accord
- Contre-visite
- Demande de complément du dossier

Document à fournir : \_\_\_\_\_

Rejeter

Motif de rejet : \_\_\_\_\_

Cachet et signature :

*Décision définitive*

- Accord :
- ALD accordés :

---

---

---

---

Rejet

Motif de rejet : \_\_\_\_\_

Cachet et signature :