

demande d'accord préalable

assurances maladie, maternité ou accident du travail/maladie professionnelle

notice

Cette demande concerne tous les actes et prestations visés à l'art. L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale.

La présente demande doit être établie dans le respect de la liste des actes et des prestations et des dispositions s'y rapportant.

Les actes ou traitements de la liste des actes et des prestations soumis à l'obligation de l'accord préalable sont repérables par les lettres AP (pour les actes inscrits à la Classification Commune des Actes Médicaux - CCAM) ou par la lettre E (pour les actes inscrits à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels - NGAP).

En outre, lorsqu'un patient présente une pathologie inhabituelle nécessitant une dérogation aux modalités de prise en charge de la liste, celle-ci est subordonnée à l'accord préalable du contrôle médical.

En cas d'urgence manifeste, le praticien dispense l'acte mais remplit néanmoins la demande d'accord préalable en portant la mention "acte d'urgence".

CAS PARTICULIERS :

- pour les actes réalisés en série dans des situations médicales déterminées, une demande d'accord préalable est nécessaire quand l'état de santé du patient requiert la poursuite du traitement au-delà du nombre d'actes fixé par décision de l'Uncam et publiée au Journal Officiel (*la liste des actes réalisés en série soumis à cette procédure particulière est consultable sur le site : "www.ameli.fr"*);
- pour les actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, une demande d'accord préalable est nécessaire quand l'état du patient requiert plus de trente séances sur une période de douze mois ou lorsque la prescription porte au-delà de trente le nombre cumulé des séances réalisées au cours des douze mois précédents, quels qu'en soient le motif médical et la nature des actes.

Le **praticien qui dispense les actes (médecin, sage femme, auxiliaire médical(e))** doit préalablement à leur exécution :

- 1 - **compléter le volet A** de cet imprimé, sans oublier d'indiquer le numéro d'immatriculation du patient ou de la victime, le nom ou le numéro de son centre de paiement ou de sa section mutualiste et, pour l'assuré(e) non salarié(e), le nom ou le numéro de son organisme conventionné (se reporter à l'attestation papier de la carte Vitale);
- 2 - **compléter sur le volet B la rubrique "partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil"**,
- 3 - **envoyer immédiatement au moyen de l'enveloppe bleue intitulée "M. le Médecin Conseil"** les deux volets de la présente demande au médecin conseil de la :
 - caisse d'assurance maladie pour les assuré(e)s salarié(e)s relevant du régime général ou d'un régime particulier ou spécial de sécurité sociale,
 - caisse de mutualité sociale agricole pour les exploitants et les salarié(e)s agricoles,
 - caisse du régime social des indépendants pour les assuré(e)s non salarié(e)s non agricoles.
(Uniquement pour les assurances maladie et maternité, le risque accident du travail/maladie professionnelle n'étant pas couvert par le RSI)

MODALITES DE REPONSE DE L'ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE

LA **NON RÉPONSE** DE L'ORGANISME DANS LE DÉLAI DE **15 JOURS**, À COMPTER DE LA DATE DE RÉCEPTION DE LA DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE, ÉQUIVAUT À UN **ACCORD**.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Le contrôle médical peut toujours intervenir pour donner un avis à la caisse sur la prise en charge de la suite du traitement ou la poursuite des actes.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

(Ce formulaire ne doit pas être utilisé pour les soins dentaires, les prothèses dentaires et l'orthopédie dento-faciale)



n° 12040*02

DIAD

demande d'accord préalable

assurances maladie, maternité ou
accident du travail/maladie professionnelleVOLET A
à adresser au service médical
et destiné au service administratif

date de réception :

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

Liste des actes et des prestations visés à l'art L.162-1-7 du Code de la sécurité sociale, art. L.315-2, L.442-5 et R.162-52 du Code de la sécurité sociale
(les 2 volets sont à compléter et à envoyer par le praticien au service médical - voir notice)

personne recevant les soins et assuré(e)

personne recevant les soins

nom et prénom

(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

numéro d'immatriculation

date de naissance

nom et n° du centre de paiement ou de la section
mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de
l'organisme conventionné (pour les non salariés)

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

nom et prénom

(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

numéro d'immatriculation

adresse de l'assuré(e)

actes devant être dispensés

(indiquer, ci-après, le code de l'acte ou la lettre-clé et son coefficient ainsi que le nombre de séances)

actes réalisés en série, au-delà du seuil fixé par décision de l'Uncam, en raison de la situation médicale

conditions de prise en charge des actes

date de la prescription médicale

acte nécessitant d'être réalisé à domicile : oui

non

acte urgent : oui

non

maladie

☐

acte en rapport avec une ALD : oui

☐

non

maternité

☐

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

accident du travail ou maladie professionnelle

☐

date

identification du praticien dispensant les actes et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

identifiant

raison sociale

adresse

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

date

signature

identification du prescripteur (à compléter lorsque la demande est établie par un(e) auxiliaire médical(e) - joindre la prescription ou sa copie)

nom et prénom

identifiant

raison sociale

adresse

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

avis du médecin conseil

accord

☐

convocation éventuelle

☐

refus

☐

- d'ordre médical

☐

- d'ordre administratif

☐

- motif :

date

DIAD S3108d

Découpe



n° 12040*02

DIAD

demande d'accord préalable

assurances maladie, maternité ou
accident du travail/maladie professionnelle

VOLET B
à adresser et à conserver
au service médical

date de réception :

Liste des actes et des prestations visés à l'art L.162-1-7 du Code de la sécurité sociale, art. L.315-2, L.442-5 et R.162-52 du Code de la sécurité sociale
(les 2 volets sont à compléter et à envoyer par le praticien au service médical - voir notice)

personne recevant les soins et assuré(e)

personne recevant les soins

nom et prénom

(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

numéro d'immatriculation

date de naissance

nom et n° du centre de paiement ou de la section
mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de
l'organisme conventionné (pour les non salariés)

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

nom et prénom

(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

numéro d'immatriculation

adresse de l'assuré(e)

actes devant être dispensés

(indiquer, ci-après, le code de l'acte ou la lettre-clé et son coefficient ainsi que le nombre de séances)

actes réalisés en série, au-delà du seuil fixé par décision de l'Uncam, en raison de la situation médicale ☐

conditions de prise en charge des actes

date de la prescription médicale

acte nécessitant d'être réalisé à domicile : oui ☐

non ☐

acte urgent : oui ☐

non ☐

maladie ☐ acte en rapport avec une ALD : oui ☐

non ☐

maternité ☐

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

accident du travail ou maladie professionnelle ☐

date

identification du praticien dispensant les actes et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

identifiant

raison sociale

adresse

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

date

signature

identification du prescripteur (à compléter lorsque la demande est établie par un(e) auxiliaire médical(e) - joindre la prescription ou sa copie)

nom et prénom

identifiant

raison sociale

adresse

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

avis du médecin conseil

accord ☐

convocation éventuelle ☐

refus ☐

- d'ordre médical ☐

- d'ordre administratif ☐ - motif :

date

IMPORTANT

le praticien dispensant l'acte doit indiquer ci-dessous les éléments médicaux justifiant l'acte ou la série d'actes
partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil