

ANNEXE 6
LA DEMANDE D'ACCORD
PREALABLE POUR LES
TRANSPORTS

La prise en charge de certains, détaillés ci-dessous, nécessite l'accord préalable du contrôle médical des caisses. L'absence de réponse dans un délai de 15 jours à compter de l'expédition de la demande vaut accord, sauf urgence attestée par le médecin (article R.322-10-4 du Code de la Sécurité Sociale)

Toutes les règles indiquées dans cette notice sont opposables et conditionnent la prise en charge du transport par l'assurance maladie. Un transport ne peut être prescrit que par un médecin ou un chirurgien-dentiste.

La prise en charge des frais de transport est subordonnée à la présentation, par l'assuré, de la prescription médicale de transport et d'un justificatif de transport ou d'une facture du transporteur.

Le praticien doit mentionner sur la prescription les éléments d'ordre médical précisant le motif du déplacement et justifiant le mode de transport prescrit.

Seul est pris en charge le transport le moins onéreux compatible avec l'état du malade, apprécié au regard des critères médicaux et de dépendance fixés dans le référentiel de prescription des transports (arrêté du 23 décembre 2006 - J.O. du 30 décembre 2006). La durée de validité de la prescription médicale de transport est fixée à un an maximum (décret n° 2019-1322 du 9 décembre 2019).

1 Dans quelles situations devez-vous établir une demande d'accord préalable pour permettre la prise en charge des frais de transport ?

- lorsque votre patient doit se rendre en un lieu distant de plus de 150 km (le service du contrôle médical vérifie que les soins ne peuvent pas être dispensés dans une structure plus proche),
- lorsque l'état de votre patient nécessite des transports en série sans ALD (le nombre de transport prescrits pour un même traitement est au moins égal à quatre au cours d'une période de deux mois et chaque transport est effectué vers un lieu distant de plus de 50 km),
- lorsque votre patient est un enfant ou un adolescent et qu'il doit se rendre dans un centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ou dans un centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) pour y recevoir des soins ou suivre un traitement,
- lorsque votre patient doit voyager en avion ou en bateau de ligne régulière. (Si son état de santé nécessite l'assistance d'un tiers ou s'il a moins de 16 ans, les frais de transport exposés par la personne accompagnante peuvent être remboursés.

Dans ce dernier cas, le transport doit en outre répondre à l'une des situations suivantes :

- il est lié à l'état de santé de votre patient qui nécessite une hospitalisation (complète, partielle, ambulatoire). Les séances de chimio-thérapie, de radiothérapie ou d'hémodialyse sont assimilées à une hospitalisation,
- il est lié aux traitements ou examens prescrits au titre de l'ALD dont souffre votre patient qui présente, par ailleurs une déficience ou une incapacité définie par le référentiel de prescription des transports,
- il est en lien avec un accident du travail ou une maladie professionnelle dont a été victime ou souffre votre patient.

Dans l'une des situations a, b, c, d, vous devez également remplir ce formulaire dans les cas suivants :

- transports en entrée et sortie d'hospitalisation à domicile
- transports de patients dialysés à domicile (hémodialyse et dialyse péritonéale)
- transports pour permission de sortie de patients de moins de 20 ans hospitalisés depuis plus de 14 jours
- transports provisoire (<48h) de patients hospitalisés à domicile pour réaliser une prestation en lien avec le traitement d'une pathologie intercurrente
- transports prescrits depuis ou vers un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou une unité de soins de longue durée (USLD) (à l'exception des transports pour permission d'une durée de moins de 48 heures),
- transports sanitaires effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente (AMU),
- transports provisoires de patients hospitalisés pour la réalisation d'une séance de radiothérapie en centre de santé ou dans une structure d'exercice libéral
- transport d'un patient non hospitalisé depuis un service des urgences non UHCD vers un autre établissement de santé

2 Quelle mode de transport pouvez-vous prescrire, hormis l'avion ou le bateau, au regard de l'état de santé et d'autonomie de votre patient

- Vous lui prescrivez un transport en **ambulance** s'il présente au moins une déficience ou incapacité nécessitant un transport :
 - en position obligatoirement allongée ou demi-assise,
 - avec surveillance par une personne qualifiée ou l'administration d'oxygène,
 - avec brancardage ou portage ou un transport devant être réalisé dans des conditions d'asepsie.
- Vous lui prescrivez un transport assis professionnalisé (**VSL** ou **taxi conventionné**) s'il présente au moins une :
 - déficience ou incapacité physique invalidante nécessitant une aide au déplacement, technique ou humaine, mais ne nécessitant ni brancardage ni portage,
 - déficience ou incapacité intellectuelle ou psychique nécessitant l'aide d'une tierce personne pour la transmission des informations nécessaires à l'équipe soignante en l'absence d'un accompagnant,
 - déficience nécessitant le respect rigoureux des règles d'hygiène,
 - déficience nécessitant la prévention du risque infectieux par la désinfection rigoureuse du véhicule,
 ou s'il suit un traitement ou est atteint d'une affection pouvant occasionner des risques d'effets secondaires pendant le transport. Dans une situation d'un transport de patient à mobilité réduite, le patient est transporté dans son fauteuil roulant prescrit médicalement. Le transport partagé est le mode de transport prescrit par défaut.
- Vous lui prescrivez un **moyen de transport individuel** (son véhicule personnel, par exemple) ou les **transports en commun terrestres** s'il peut se déplacer par ses propres moyens. Si l'état de santé du patient nécessite l'assistance d'un tiers ou s'il a moins de 16 ans, les frais de transport en commun exposés par la personne accompagnante peuvent être remboursés.

3 Eléments d'ordre médical (Volet 1)

Dans cette rubrique, vous détaillez à l'attention du médecin conseil les motifs médicaux à l'origine de la prescription de transport (nature de l'examen ou des soins justifiant le déplacement). C'est dans cette rubrique que vous indiquez l'orientation dans un centre de référence dédié à la prise en charge des maladies rares.

4 Cas particuliers d'exonération du ticket modérateur

Vous devez cocher la case "oui" dans les cas suivants :

- si un acte réalisé lors de l'hospitalisation a un coefficient égal ou supérieur à K60 ou un tarif égal ou supérieur à 120 euros,
- s'il s'agit d'un transfert en lien direct et consécutif avec une première hospitalisation exonérée du ticket modérateur en raison d'un K60 ou d'un tarif égal à 120 euros,
- lorsque l'état du patient hospitalisé dans un établissement de soins nécessite son transfert vers un autre établissement d'hospitalisation en vue d'un traitement mieux adapté à son état (nota bémol : cette disposition n'est pas applicable en cas de transfert d'un établissement d'hospitalisation vers un établissement de soins de suite de réadaptation),
- si le transport est lié à l'hospitalisation d'un nouveau-né de moins de trente jours.

(articles L. 162-4-1 2°, L. 321-1 2°, L. 322-5, L. 432-1, R. 322-2 et R. 322-10 à R. 322-10-8 du Code de la sécurité sociale)

Partie à compléter par l'assuré(e) ou son représentant

Personne bénéficiaire du transport (les nom et prénom du bénéficiaire sont à compléter obligatoirement par le prescripteur)

nom et prénom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

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)

date de naissance

adresse

Assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie du transport n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

Ce transport est-il en rapport avec un accident causé par un tiers ? non oui date de l'accident

Partie à compléter par le prescripteur

1 Dans quelle situation se trouve votre patient ?

- transport à plus de 150 km - transports en série (cf. notice) - transport vers un CAMSP ou un CMPP
- transport par avion ou par bateau de ligne régulière dans ce cas, si l'état du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case
- ▶ Indiquez, ci-dessous, à quelle situation est lié le transport par avion ou par bateau :
 - entrée ou sortie d'hospitalisation (complète, partielle ou ambulatoire), y compris séances de chimiothérapie, radiothérapie et hémodialyse
 - transport en lien avec une affection de longue durée avec déficience ou incapacité - ALD exonérante ALD non exonérante
 - transport lié à un accident du travail ou une maladie professionnelle date de l'AT/MP

2 Quel mode de transport prescrivez-vous, hormis l'avion ou le bateau, au regard de l'état de santé et d'autonomie de votre patient ?

- transport en ambulance justifié si (cochez la(les) case(s) correspondante(s)) :
 - position allongée ou demi-assise surveillance par une personne qualifiée oxygène brancardage ou portage asepsie
- transport assis professionnalisé (VSL, taxi conventionné)
- L'état de santé du patient n'est pas compatible avec un transport partagé, cochez la case
- Un transport pour patient à mobilité réduite dans son fauteuil roulant est adapté, cochez la case
- moyen de transport individuel
- transport en commun terrestre
- } dans ce cas, si l'état du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case
- ▶ Si votre patient doit utiliser l'un de ces modes de transport, précisez si ce dernier est en lien avec :
 - une ALD exonérante • un AT/MP et la date de l'AT/MP

3 Quel trajet doit effectuer le patient ? (précisez l'adresse du lieu de départ et du lieu d'arrivée, si hors domicile, ainsi que le nom de la structure de soins)

départ - domicile arrivée - domicile
 - autre lieu : - autre lieu :
 - structure de soins : - structure de soins :

transport aller-retour nombre de transports

Urgence : appel du SAMU-centre 15 **ou autres** (précisez) :

4 Eléments d'ordre médical (précisez la nature de l'examen ou des soins justifiant le déplacement) **et commentaires éventuels**

- transport vers un centre de référence dédié à la prise en charge des maladies rares

Cas particuliers d'exonération du ticket modérateur oui non

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom	raison sociale
identifiant (n° FPPS)	adresse
date	signature
	n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

Avis médical

Avis administratif

accord <input type="checkbox"/>	signature et cachet	accord <input type="checkbox"/>	signature et cachet
refus total <input type="checkbox"/>	refus partiel <input type="checkbox"/>	refus <input type="checkbox"/>	
motif :			
date		date	

Partie à compléter par l'assuré(e) ou son représentant

- **Personne bénéficiaire du transport** (les nom et prénom du bénéficiaire sont à compléter obligatoirement par le prescripteur)

nom et prénom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

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)

date de naissance

adresse

- **Assuré(e)** (à remplir si la personne qui bénéficie du transport n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

- Ce transport est-il en rapport avec un accident causé par un tiers ? non oui date de l'accident

Partie à compléter par le prescripteur

1 Dans quelle situation se trouve votre patient ?

- transport à plus de 150 km
- transports en série (cf. notice)
- transport vers un CAMSP ou un CMPP
- transport par avion ou par bateau de ligne régulière dans ce cas, si l'état du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case
 - ▶ Indiquez, ci-dessous, à quelle situation est lié le transport par avion ou par bateau :
 - entrée ou sortie d'hospitalisation (complète, partielle ou ambulatoire), y compris séances de chimiothérapie, radiothérapie et hémodialyse
 - transport en lien avec une affection de longue durée avec déficience ou incapacité - ALD exonérante ALD non exonérante
 - transport lié à un accident du travail ou une maladie professionnelle date de l'AT/MP

2 Quel mode de transport prescrivez-vous, hormis l'avion ou le bateau, au regard de l'état de santé et d'autonomie de votre patient ?

- transport en ambulance justifié si (cochez la(les) case(s) correspondante(s)) :
 - position allongée ou demi-assise surveillance par une personne qualifiée oxygène brancardage ou portage aseptie
- transport assis professionnalisé (VSL, taxi conventionné)
 - L'état de santé du patient n'est pas compatible avec un transport partagé, cochez la case
 - Un transport pour patient à mobilité réduite dans son fauteuil roulant est adapté, cochez la case
- moyen de transport individuel } dans ce cas, si l'état du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case
- transport en commun terrestre }
- ▶ Si votre patient doit utiliser l'un de ces modes de transport, précisez si ce dernier est en lien avec :
 - une ALD exonérante
 - un AT/MP et la date de l'AT/MP

3 Quel trajet doit effectuer le patient ? (précisez l'adresse du lieu de départ et du lieu d'arrivée, si hors domicile, ainsi que le nom de la structure de soins)

départ - domicile arrivée - domicile
 - autre lieu : - autre lieu :
 - structure de soins : - structure de soins :

transport aller-retour nombre de transports

- Urgence : appel du SAMU-centre 15 ou autres (précisez) :

4 Cas particuliers d'exonération du ticket modérateur oui non

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom	raison sociale
identifiant (n° RPPS)	adresse
date	signature
	n° structure (AM, FINISS ou SIRET)

Avis médical

Avis administratif

accord <input type="checkbox"/>	signature et cachet	accord <input type="checkbox"/>	signature et cachet
refus total <input type="checkbox"/>	refus partiel <input type="checkbox"/>	refus <input type="checkbox"/>	
motif :			
date		date	

Partie à compléter par l'assuré(e) ou son représentant

Personne bénéficiaire du transport (les nom et prénom du bénéficiaire sont à compléter obligatoirement par le prescripteur)

nom et prénom (nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

adresse

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 qui bénéficie du transport n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom (nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

Ce transport est-il en rapport avec un accident causé par un tiers ? non oui date de l'accident

Partie à compléter par le prescripteur

1 Dans quelle situation se trouve votre patient ?

- transport à plus de 150 km - transports en série - transport vers un CAMSP ou un CMPP
- transport par avion ou par bateau de ligne régulière dans ce cas, si l'état du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case
Indiquez, ci-dessous, à quelle situation est lié le transport par avion ou par bateau:
entrée ou sortie d'hospitalisation (complète, partielle ou ambulatoire), y compris séances de chimiothérapie, radiothérapie et hémodialyse
transport en lien avec une affection de longue durée avec déficience ou incapacité - ALD exonérante ALD non exonérante
transport lié à un accident du travail ou une maladie professionnelle date de l'AT/MP

2 Quel mode de transport prescrivez-vous, hormis l'avion ou le bateau, au regard de l'état de santé et d'autonomie de votre patient ?

- transport en ambulance justifié si (cochez la(les) case(s) correspondante(s)):
position allongée ou demi-assise surveillance par une personne qualifiée oxygène brancardage ou portage aseptie
- transport assis professionnalisé (VSL, taxi conventionné)
L'état de santé du patient n'est pas compatible avec un transport partagé, cochez la case
Un transport pour patient à mobilité réduite dans son fauteuil roulant est adapté, cochez la case
- moyen de transport individuel
- transport en commun terrestre
Si votre patient doit utiliser l'un de ces modes de transport, précisez si ce dernier est en lien avec :
une ALD exonérante un AT/MP et la date de l'AT/MP

3 Quel trajet doit effectuer le patient ? (précisez l'adresse du lieu de départ et du lieu d'arrivée, si hors domicile, ainsi que le nom de la structure de soins)

départ - domicile arrivée - domicile
- autre lieu :
- structure de soins :

transport aller-retour nombre de transports

Urgence : appel du SAMU-centre 15 ou autres (précisez) :

4 Cas particuliers d'exonération du ticket modérateur oui non

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

Form with fields for prescriber name, identifier, date, signature, social reason, address, and structure number.

Précisions pour l'utilisation de la voiture particulière ou des transports en commun

Vous envoyez ce volet avec le formulaire "demande de remboursement" (réf. S3140) et les justificatifs de vos dépenses. La demande de remboursement est disponible dans votre organisme ou sur le site "www.ameli.fr" à la rubrique "formulaires" de l'espace "assurés".

VSL, taxi conventionné, ambulance (à compléter par le transporteur et à joindre à la facture)

Form with fields for social reason, address, identification number, and signature of transporter.

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL).

La loi rend passible de pénalités financières, d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale)

ANNEXE 7
LA DEMANDE DE
REMBOURSEMENT DES
FRAIS DE TRANSPORT

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE TRANSPORTS POUR MOTIF MEDICAL EN VEHICULE PERSONNEL OU EN TRANSPORTS EN COMMUN

(Articles R.322-10 à R. 322-10-7 du Code de la sécurité sociale)

IMPORTANT : l'obtention d'un accord préalable (formulaire S3139) est nécessaire si vous devez vous rendre en un lieu distant de plus de 150 km ou si votre état de santé nécessite des transports en série (au moins quatre transports vers un lieu distant de plus de 50 km au cours d'une période de deux mois et pour un même traitement) ou si vous devez être transporté(e) en avion ou bateau de ligne régulière.

Un accord est aussi nécessaire quand un enfant ou un adolescent doit se rendre dans un centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ou dans un centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) pour y recevoir des soins ou suivre un traitement.

1 • Conditions générales de prise en charge par l'Assurance Maladie

L'Assurance Maladie peut prendre en charge vos frais de transport pour motif médical, sous certaines conditions, si votre médecin vous a prescrit l'utilisation d'un véhicule personnel (exemple : votre voiture ou celle d'une personne de votre entourage) ou un transport en commun (exemple : bus, métro, train...).

ATTENTION : si vous êtes atteint(e) d'une affection de longue durée et que la prescription médicale d'un transport par véhicule personnel ou transport en commun est en lien avec l'ALD, vous devez présenter une des déficiences ou incapacités définies par le référentiel de prescription des transports (arrêté du 23 décembre 2006 - J.O. du 30 décembre 2006) et vous devez vous faire accompagner par un tiers pour bénéficier de la prise en charge de vos frais de transport.

Lorsqu'un transport en commun est prescrit à un patient de moins de 16 ans ou nécessitant l'assistance d'un tiers, les frais de transport exposés par la personne accompagnante sont pris en charge par l'Assurance Maladie.

2 • Taux de prise en charge par l'Assurance Maladie

Ces frais de transport sont remboursés à 65 % sur la base d'un tarif kilométrique unique en cas de transport en véhicule personnel ou sur la base du prix du billet, au tarif le moins élevé, en cas de transport en commun.

Toutefois, il existe des cas de prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie, il s'agit, notamment, des transports :

- en rapport avec une ALD ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur et à condition que l'intéressé(e) présente une incapacité ou une déficience telle que définie par le référentiel de prescription du 26 décembre 2006 ;
- dans le cadre d'une grossesse de plus de 6 mois et jusqu'à 12 jours après la date réelle d'accouchement ;
- liés à l'hospitalisation d'un nouveau-né de moins de 30 jours ;
- dans le cadre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;
- des titulaires d'une pension d'invalidité, d'une pension d'invalidité de veuf(ve) invalide, d'une pension militaire, d'une pension vieillesse substituée à une pension d'invalidité, d'une rente pour un accident du travail ou une maladie professionnelle avec un taux d'incapacité supérieur à 66,66 % ;
- des personnes relevant du régime d'Alsace-Moselle.

3 • Calcul du remboursement en cas d'utilisation d'un véhicule personnel à moteur (automobile, moto, scooter, ...)

Les frais de transport en véhicule personnel sont estimés à partir d'un tarif unique, fixé à 0,30 euro du km, multiplié par la distance parcourue. Toutefois, la distance prise en compte est limitée à celle correspondant au trajet pour se rendre à la structure de soins appropriée la plus proche. Le remboursement est égal à 65 % ou 100 % des frais estimés, selon le taux de prise en charge applicable (cf. 2 ci-dessus).

4 • Remboursement : vos démarches et pièces justificatives à joindre

Vous devez fournir à votre caisse d'Assurance Maladie les éléments suivants :

- ce formulaire « Demande de remboursement des frais de transports en véhicule personnel et/ou transports en commun » dûment complété ;
- la prescription médicale de transport (formulaire S3138) ou la demande d'accord préalable de transport valant prescription médicale (formulaire S3139 - volet 3) ;
- vos justificatifs de paiement (ticket de bus, de métro, péage...).

Personne transportée et assuré(e)

Personne transportée

Nom et prénom :
(nom de famille (nom de naissance) suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)
Numéro d'immatriculation
ou, à défaut, date de naissance
Adresse :

Assuré(e) (à remplir si la personne transportée n'est pas l'assuré(e))

Nom et prénom :
(nom de famille (nom de naissance) suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)
Numéro d'immatriculation

Transport(s) effectué(s) et dépenses engagées

Indiquez le lieu de départ :
et le lieu d'arrivée :

	Départ (date et heure)	Arrivée (date et heure)	VEHICULE PERSONNEL		TRANSPORTS EN COMMUN		
			nombre de kilomètres	prix péages réglés	mode de transport *	prix du billet pour le malade	prix du billet pour l'accompagnant
① Aller	H mn	H mn					
Retour	H mn	H mn					
② Aller	H mn	H mn					
Retour	H mn	H mn					
③ Aller	H mn	H mn					
Retour	H mn	H mn					
④ Aller	H mn	H mn					
Retour	H mn	H mn					
⑤ Aller	H mn	H mn					
Retour	H mn	H mn					

* Mode de transport : préciser T pour train, Bs pour bus, Bt pour bateau, A pour avion.

N'oubliez pas de joindre les justificatifs de dépenses (billets de train, de bus, d'avion, tickets de péages...) et la prescription médicale de transport ou la demande d'accord préalable de transport valant prescription médicale ou tout autre document attestant de la nécessité du transport : convocation du service médical, convocation d'un médecin expert (articles R. 141-1 et R.143-34 du Code de la sécurité sociale).

Attestation

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Fait à

le

Signature de l'assuré(e)

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir le versement de prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale.

La loi 78.17 du 6.1.78 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.

ANNEXE 8
LA DEMANDE D'ACCORD
PREALABLE

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 soumis à l'obligation de l'accord préalable sont repérables par les lettres AP tant pour les actes inscrits à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) que 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".

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 publiée au Journal Officiel (*la liste des actes réalisés en série soumis à cette procédure particulière est consultable sur le site : "www.ameli.fr"*).

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 rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (article L. 114-13 du Code de la sécurité sociale, articles 313-1, 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du Code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration de changement de situation dans le but d'obtenir le versement de prestations indues peuvent faire l'objet d'une pénalité financière (article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

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 auprès de votre organisme 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*03
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
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
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
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
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 raison sociale
adresse
identifiant 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 raison sociale
adresse
identifiant n° structure
(AM, FINESS ou SIRET)

avis du médecin conseil

accord convocation éventuelle refus - d'ordre médical
date - d'ordre administratif - motif :
.....

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

ANNEXE 9
LE PROTOCOLE DE SOINS

Notice à destination du médecin pour remplir le protocole de soins

Articles L. 324-1, L. 160-14-3° et 4° et D. 160-4 du code de la sécurité sociale

Il vous appartient d'obtenir l'accord de votre patient pour rédiger et adresser les 4 volets de ce protocole au service médical.

- Les **deux premiers volets** comportent les éléments médicaux du protocole.
- Le **volet 3**, que vous devrez remettre à votre patient, après avis du service médical, est destiné à son information et à son usage. Ce volet peut être complété par toute information portant sur le diagnostic que vous jugeriez nécessaire de lui apporter. Vous pouvez aussi modifier ou adapter les critères diagnostiques.
- Le **volet 4** permet le versement de votre rémunération dans les situations prévues par la réglementation.

Les affections de longue durée exonérantes

Votre patient peut bénéficier de l'**exonération du ticket modérateur** s'il est reconnu atteint :

- d'une des affections, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur la liste figurant à l'article D. 160-4 précité et répondant aux critères médicaux définis aux annexes de cet article,
- d'une affection non inscrite sur cette même liste, mais comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (ALD hors liste),
- de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant pour lequel des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois sont nécessaires (polypathologie invalidante).

L'exonération du ticket modérateur est également possible pour :

- les enfants atteints de surdité bilatérale profonde (article L. 160-14-6°),
- le diagnostic et le traitement de la stérilité (article L. 160-14-12°),
- les soins aux mineurs victimes de sévices sexuels (article L. 160-14-15°).

Important : seuls les actes et les prestations nécessités par le traitement de l'affection, dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé, font l'objet d'une suppression ou limitation de la participation financière de l'assuré(e).

Sont exclus du bénéfice de l'exonération du ticket modérateur les éléments mentionnés dans la partie "Observations du service médical" ainsi que les soins sans rapport avec l'affection de longue durée.

Les affections de longue durée non exonérantes

Les affections de longue durée non exonérantes peuvent faire l'objet du présent protocole de soins.

Comment remplir les volets médicaux ?

- Les affections de longue durée inscrites sur la liste figurant à l'article D. 160-4 du code de la sécurité sociale font l'objet d'une **déclaration simplifiée** : ainsi, seuls le **diagnostic précis** et la **date de début de l'affection** sont à renseigner.

Important : l'insuffisance respiratoire chronique grave et les maladies métaboliques héréditaires, bien que figurant sur la liste des ALD mentionnée ci-dessus, doivent faire l'objet d'une déclaration argumentée telle que décrite ci-après.

- Pour les autres affections de longue durée, une **déclaration argumentée** est à remplir : le **diagnostic précis**, confirmé par les **arguments cliniques** et par les **résultats des examens complémentaires** ainsi que le **plan de soins**, que vous envisagez pour votre patient.

Concertation entre le service médical et le médecin

En cas de :

- désaccord sur tout ou partie de vos propositions, cela est noté dans la partie "observations du service médical",
- nécessité d'informations supplémentaires, le protocole vous est renvoyé accompagné d'une fiche de concertation (réf. S3502) sur laquelle le médecin conseil pose ses questions. Le protocole ainsi que la fiche complétée par vos soins doivent être adressés au service médical le plus rapidement possible.



n°11626*04
PDS-PRE

Protocole de soins

(Articles L. 324-1, L. 160-14-3° et 4° et D. 160-4 du code de la sécurité sociale)

volet médical 2
à renvoyer
au médecin

Personne recevant les soins

• Identification de la personne recevant les soins

Nom et prénom :

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Adresse :

Code postal

Commune :

Numéro d'immatriculation

(si ce numéro 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) :

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Numéro d'immatriculation de l'assuré(e)

Affection(s) de longue durée sur liste à déclaration simplifiée *(voir notice)*

L'état de santé de mon patient répond aux critères d'admission ou de prolongation.

Le plan de soins respecte les recommandations de bonne pratique établies par la Haute Autorité de Santé.

Diagnostic de la ou des ALD motivant la demande

date(s) de début

- ▶
- ▶
- ▶

Autre(s) affection(s) de longue durée *(voir notice)*

Observations du service médical

1 - Autre(s) ALD sur liste

2 - Affection(s) hors liste ou polyopathie invalidante

3 - ALD non exonérante(s)

Diagnostic de la ou des ALD motivant la demande *(à compléter pour les situations 1, 2 et 3)*

date(s) de début

- ▶
- ▶
- ▶

4 - Enfant atteint de surdité bilatérale profonde

5 - Diagnostic et traitement de la stérilité

6 - Enfant mineur victime de sévices sexuels

Critères diagnostiques et plan de soins prévu *(  compléter pour les situations 1 à 6)*

Protocole valable jusqu'au

Identification du médecin et de la structure dans laquelle il exerce

Nom :

*(raison sociale du cabinet, de l'établissement,
du centre de référence et adresse)*

Prénom :

Identifiant *(né RPPS)*

N  de la structure *(AM, Vimes ou Siret)*

Protocole établi le

Signature :

Cachet du service médical

Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux données qui vous concernent. Ces droits s'exercent auprès du Directeur de votre caisse d'assurance maladie.
La loi rend passible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du code pénal).
En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir le versement de prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale.

PDS-PRE S 3501d

Personne recevant les soins

• **Identification de la personne recevant les soins**

Nom et prénom :

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Adresse :

Code postal

Commune :

Numéro d'immatriculation

(si ce numéro 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) :

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Numéro d'immatriculation de l'assuré(e)

Information(s) concernant la(les) maladie(s)

(à remplir par le médecin, après l'accord du malade (article R. 4127-35 du code de la santé publique))

Observations du service médical

- ▶ **POUR BENEFCIER DES PRESTATIONS DEMANDEES, VOUS DEVEZ SUIVRE LES TRAITEMENTS ET MESURES DE TOUTE NATURE PRESCRITS PAR VOTRE MEDECIN (cf. notice au verso).**
- ▶ **N'OUBLIEZ PAS DE PRESENTER CE DOCUMENT A TOUT MEDECIN CONSULTE.**

Critères diagnostiques et plan de soins prévu

Protocole valable jusqu'au

Identification du médecin et de la structure dans laquelle il exerce

Nom :

(raison sociale du cabinet, de l'établissement, du centre de référence et adresse)

Prénom :

Identifiant (n° RPPS)

N° de la structure (AM, Finess ou Siret)

Cachet du service médical

Protocole établi le

Signature :

Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux données qui vous concernent. Ces droits s'exercent auprès du Directeur de votre caisse d'assurance maladie.

La loi rend passible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir le versement de prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale.

Personne recevant les soins

• **Identification de la personne recevant les soins**

Nom et prénom :

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Adresse :

Code postal

Commune :

Numéro d'immatriculation

(si ce numéro 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) :

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Numéro d'immatriculation de l'assuré(e)

Demande de rémunération

• **Rappel des situations ouvrant droit à rémunération du protocole :**

- ① soins pour affection de longue durée non exonérante du ticket modérateur
- ② soins ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur pour les enfants de moins de seize ans
- ③ soins ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur pour le diagnostic et le traitement de la stérilité

• **Règlement**

Lors de la première demande de remboursement par virement à un compte postal, bancaire ou de caisse d'épargne, ou en cas de changement de compte, veuillez joindre le relevé d'identité (IBAN) correspondant.

Attestation à compléter par le service médical

Le service médical atteste que le médecin identifié ci-dessous a établi un protocole dans l'une des situations prévues au :

- ①
- ②
- ③

Date

Identification du médecin et de la structure dans laquelle il exerce

Nom :	<i>(raison sociale du cabinet, de l'établissement, du centre de référence et adresse)</i>	Cachet du service médical
Prénom :		
Identifiant (n° RPPS)	N° de la structure <i>(AM, Finess ou Siret)</i>	
Protocole établi le	Signature :	

Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux données qui vous concernent. Ces droits s'exercent auprès du Directeur de votre caisse d'assurance maladie.
La loi rend passible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du code pénal).
En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir le versement de prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale.