

# Formation secrétaire médical : Annexes



## Unité 6 : Secrétariat médical Annexes



VIDAL FORMATION DEVELOPPEMENT  
23 Gabriel Péri  
31000 TOULOUSE

# CONTENU

ANNEXE 1

CERFA DECLARATION MEDECIN TRAITANT

ANNEXE 2

FEUILLE DE SOINS

ANNEXE 3

DECLARATION ALD

ANNEXE 4

TABLEAU TAUX DE REMBOURSEMENT DES ACTES ET SOINS MEDICAUX PRIS EN CHARGE PAR L'AM

ANNEXE 5

LA PRESCRIPTION MEDICALE DE TRANSPORT

ANNEXE 6

LA DEMANDE D'ACCORD PREALABLE POUR LES TRANSPORTS

ANNEXE 7

LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE TRANSPORT

ANNEXE 8

LA DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

ANNEXE 9

LE PROTOCOLE DE SOINS

ANNEXE 10

L'AVIS D'ARRET DE TRAVAIL

ANNEXE 11

FEUILLE D'ACCIDENT DE TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE

ANNEXE 12

LE CERTIFICAT MEDICAL D'ACCIDENT DE TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE

ANNEXE 13

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

ANNEXE 14

CONSETEMENTS ECLAIRES

ANNEXE 15

ORDONNANCE BIZONE

ANNEXE 16

ORDONNANCE MEDICAMENTS D'EXCEPTION

**ANNEXE 1**  
**CERFA DECLARATION**  
**MEDECIN TRAITANT**

# DÉCLARATION DE CHOIX DU MÉDECIN TRAITANT

(article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale)

**IMPORTANT** { inscrire les nom, prénom et adresse en majuscules  
 inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

## Identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire des soins

### L'assuré(e)

Nom de famille *(de naissance)*  
*suiivi du nom d'usage, s'il y a lieu*

Prénom

N° de sécurité sociale

### Le bénéficiaire des soins

Nom de famille *(de naissance)*  
*suiivi du nom d'usage, s'il y a lieu*

Prénom

Date de naissance

Adresse de l'assuré(e)

## Identification de la structure d'exercice et du médecin traitant

Raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement (*)	Nom et prénom du médecin traitant
<p>N° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET)</p>	Nom
	Prénom
	Identifiant

(\*) centre de santé, établissement ou service médico-social

## Déclaration conjointe du bénéficiaire des soins et du médecin traitant

Le bénéficiaire (ou son représentant) et le médecin traitant s'engagent conjointement à respecter les dispositions de l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale

Bénéficiaire des soins (et/ou parent ou titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs - voir notice)	Médecin traitant
Je soussigné(e), M., Mme,	Je soussigné(e), Docteur
déclare choisir le médecin identifié ci-dessus comme médecin traitant	déclare être le médecin traitant du bénéficiaire cité ci-dessus
Signature(s)	Signature

Déclaration signée le

Merci d'envoyer la déclaration complétée et signée à votre caisse d'assurance maladie.

S 3704b

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.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (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).



## Quelques conseils pour remplir votre "Déclaration de choix du Médecin Traitant"

Le médecin traitant déclaré c'est le médecin qui vous connaît le mieux et auquel vous vous adressez en priorité en cas de problème de santé. Son rôle est essentiel aussi pour vous aider à vous orienter vers d'autres professionnels en cas de nécessité.

Pour permettre la bonne coordination de vos soins, chaque assuré ou bénéficiaire des soins indique à sa caisse d'assurance maladie le nom du médecin qu'il souhaite choisir et déclarer comme médecin traitant. Ce choix doit être fait en accord avec ce médecin.

Le médecin traitant que vous allez choisir peut être un médecin généraliste ou, éventuellement, un autre spécialiste. Il peut exercer en ville, à l'hôpital ou dans un centre de santé.

En cas de changement de médecin traitant, il vous suffira de faire une nouvelle "Déclaration de choix du Médecin Traitant".

### Comment faire connaître votre choix à votre caisse d'assurance maladie ?

**A l'occasion d'une consultation**, remplissez avec le médecin de votre choix ce formulaire.

► Dans la rubrique "*Identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire des soins*" :

- si vous êtes l'assuré(e), écrivez, dans la zone "*L'assuré(e)*", vos nom, prénom et numéro de sécurité sociale et dans la zone "*Le bénéficiaire des soins*", votre date de naissance,
- si vous n'êtes pas l'assuré(e) - conjoint, concubin, personne liée à l'assuré(e) par un PACS, enfant mineur ou autre personne à charge, écrivez, dans la zone "*L'assuré(e)*", les nom, prénom et numéro de sécurité sociale de la personne à laquelle vous êtes rattaché(e) et inscrivez, dans la zone "*Le bénéficiaire des soins*", vos nom, prénom et date de naissance,
- indiquez l'adresse de l'assuré(e) dans la zone prévue à cet effet.

► Dans la rubrique "*Identification de la structure d'exercice et du médecin traitant*" :

le médecin appose son cachet ou écrit lisiblement ses nom, prénom et adresse et indique son numéro d'identification professionnel dans la grille prévue à cet effet.

Ensuite, vous complétez ensemble la rubrique "*Déclaration conjointe*" en écrivant votre nom et celui du médecin choisi.

### IMPORTANT :

N'oubliez pas de **signer tous les deux** cette déclaration.

- Dans le cas où le bénéficiaire est un mineur non émancipé âgé de 16 à 18 ans, il doit signer cette déclaration ainsi qu'au moins l'un des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale en sa qualité de représentant légal.
- Dans le cas où le bénéficiaire est un mineur de moins de 16 ans, l'un au moins des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale, en sa qualité de représentant légal, indique ses nom et prénom et signe cette déclaration.

**Votre déclaration de choix du médecin traitant est terminée.**

Après avoir vérifié que toutes les rubriques sont bien remplies, il ne vous reste plus qu'à l'adresser par courrier à votre caisse d'assurance maladie.

---

"Art L.162-5-3 – Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans et plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier.

Pour les ayants droit âgés de moins de seize ans, l'un au moins des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale choisit le médecin traitant et l'indique à l'organisme gestionnaire...".

**ANNEXE 2**  
**FEUILLE DE SOINS**



# feuille de soins - médecin

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale  
 Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

date J J M M A A A A

## PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

**PERSONNE RECEVANT LES SOINS** (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

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 J J M M A A A A

code de l'organisme de rattachement  
 en cas de dispense d'avance des frais  
 (à remplir par le médecin)

**ASSURE(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'ASSURE(E)

## IDENTIFICATION DU MEDECIN

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

**MEDECIN REMPLACANT**

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination  
 de soins - réseau de santé

## CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

**MALADIE** (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD  action de prévention  autre

accident causé par un tiers : non  oui  date J J M M A A A A

**MATERNITE** date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement J J M M A A A A

**AT/MP** numéro  ou date J J M M A A A A

**SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1**  
 (cf. la notice au verso : § précédé de "\*" et les recommandations importantes)

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :  
 (s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique  urgence  hors résidence habituelle  médecin traitant remplacé  accès hors coordination

## ACTES EFFECTUES

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P..) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés ①	dépass.	frais de déplacement	
							I.D. ② M.D.	I.K. nbre montant ③
J J M M A A A A								
J J M M A A A A								
J J M M A A A A								
J J M M A A A A								

## PAIEMENT

**MONTANT TOTAL**  
 en euros (1+2+3)

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire  l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du médecin ayant effectué l'acte ou les actes

signature de l'assuré(e)

impossibilité de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (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).  
 Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.  
 En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.



## quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

**Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.**

La première information à donner concerne **la personne recevant les soins et l'assuré(e)** :

- **Si vous ne payez pas votre médecin**, celui-ci remplit l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne, y compris le code de l'organisme de rattachement.
- **Si vous payez votre médecin**, celui-ci indique uniquement vos nom et prénom, selon vos indications, ou en reprenant les informations contenues dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.  
Les autres lignes de cette rubrique sont à compléter par vous même (le code de l'organisme de rattachement ne doit pas être indiqué dans ce cas) :
  - si vous êtes la **personne recevant les soins** et aussi **l'assuré(e)**, inscrivez seulement :
    - votre **numéro d'immatriculation** (il est indiqué sur votre carte Vitale et sur l'attestation papier qui l'accompagne),
  - si vous êtes la **personne recevant les soins** mais pas **l'assuré(e)**, écrivez :
    - votre **numéro d'immatriculation**,
    - ou** (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
    - votre **date de naissance**,
    - le **nom et le prénom de l'assuré(e) auquel (à laquelle)** vous êtes rattaché(e) et son **numéro d'immatriculation**,
  - complétez enfin cette rubrique en indiquant l'adresse de l'assuré(e).

**Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à remplir par votre médecin, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.**

- Si l'acte qu'il effectue est en rapport avec l'affection de longue durée (ALD), il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- \* Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont liés à un accident causé par une personne autre que vous-même, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements, recueillis sous votre responsabilité, doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à votre accident auprès de l'assureur de la personne ayant causé cet accident.
- Si vos soins sont liés à un accident du travail, ou à une maladie professionnelle, présentez à votre médecin la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.
- Si le médecin qui remplit la feuille de soins est votre nouveau médecin traitant, il doit cocher la case prévue à cet effet. Dans ce cas, n'oubliez pas d'envoyer à votre caisse d'assurance maladie la nouvelle déclaration de choix du médecin traitant.
- Si le médecin qui remplit la feuille de soins n'est pas le médecin traitant que vous avez déclaré, il doit indiquer si l'acte est réalisé à la demande de celui-ci. Dans ce cas, il reporte sur la feuille de soins le nom et le prénom de votre médecin traitant. Si votre état de santé nécessite l'intervention de plusieurs médecins, ces informations doivent également être reportées sur la feuille de soins par ces médecins.

Dans la négative, le médecin doit cocher l'une des cases permettant de préciser si les soins sont réalisés :

- par un médecin exerçant une spécialité à accès direct (gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie) ou par un médecin exerçant dans une consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre les toxicomanies (art. D 162-1-6, 6° du Code de la sécurité sociale),
- en urgence,
- hors de votre résidence habituelle (par exemple lorsque vous êtes en congé),
- par un médecin remplaçant votre médecin traitant en son absence,
- en accès libre non coordonné, c'est-à-dire lorsque vous consultez directement un médecin qui n'est pas votre médecin traitant.

### Recommandations importantes :

Prévenez votre organisme d'assurance maladie à l'occasion d'un **changement intervenant dans votre situation**, comme, par exemple, en cas de :

- **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : envoyez-lui votre nouveau relevé d'identité de compte,
  - **changement d'organisme** d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations. Votre ancien organisme d'assurance maladie peut vous aider dans cette démarche.
- \* **Si le médecin a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).**

**N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.**

**ANNEXE 3**  
**DECLARATION ALD**



**VOLET MÉDECIN : EXEMPLE POUR UN PATIENT DIABÉTIQUE**

**cerfa**  
n°11626\*03

**protocole de soins**

articles L. 322-1, L. 322-3-3° et 4° et D. 322-1 du Code de la sécurité sociale  
articles 71-4 et 71-4-1 du Règlement Intérieur des caisses primaires

volet médical 2  
à renvoyer  
au médecin traitant

**personne recevant les soins**

• **identification de la personne recevant les soins**  
nom et prénom (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))  
adresse  
numéro d'immatriculation  
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'époux(se))  
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 2** 0 2 0 3 2 0 0 7  
2  
3

• arguments cliniques et résultats des examens complémentaires reçus (dans le cas de polyopathie invalidante décrire l'état invalidant)  
Glycémie à jeun n° 1 : 1,82 g/l  
Glycémie à jeun n° 2 : 1,93 g/l  
FO du 11/05/2007 : Rétinopathie diabétique  
Pied à risque : grade 1  
arthropathie rétractile de l'épaule liée au diabète

**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)  
Listes HAS traitement du diabète\*  
+ complications oculaires\*  
+ traitement du pied à risque\*  
Potassium  
recours à des spécialistes (préciser la spécialité et le type d'acte spécialisé prévu) (1)  
recours à des professionnels de santé para-médicaux (1)  
Kinésithérapie - rééducation de l'épaule

(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

**proposition du médecin traitant (cocher la(les) case(s) correspondante(s))**  
ALD non exonérante 1 ALD 30 (liste) 2 ALD hors liste 3 polyopathie invalidante 4 autre 5

**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 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

**Diagnostic**  
Mentionnez le ou les diagnostics concernés par la demande de prise en charge à 100 %.

**Argumentation**  
Cette zone doit être renseignée afin de permettre une décision rapide du médecin conseil de l'Assurance Maladie (voir mémo ALD sur les informations médicales).

Lorsque la liste HAS existe, mentionnez le ou les modules de la liste des actes et prestations de la HAS nécessaires au traitement.

La prise en charge à 100 % de la prestation est accordée quand la case n'est pas cochée.

Précisez les actes et prestations ne figurant pas sur la liste HAS, mais présentant un lien direct et certain avec l'affection.

**Validité du protocole**  
Le formulaire est établi pour une durée déterminée fixée par le médecin conseil de l'Assurance Maladie.

**ANNEXE 4**  
**TABLEAU TAUX DE**  
**REMBOURSEMENT DES**  
**ACTES ET SOINS**  
**MEDICAUX PRIS EN**  
**CHARGE PAR L'AM**



## Taux de remboursement des actes et soins médicaux pris en charge par l'Assurance Maladie

	Cas général	Régime d'Alsace-Moselle (1)
<b>Honoraires</b>		
Honoraires des praticiens : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes (3)	70 %	90 %
Honoraires des auxiliaires médicaux : infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues (3)	60 %	90 %
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		
Actes en B (actes de biologie)	60 %	90 %
Actes en P (actes d'anatomie et de cytologie pathologiques)	70 %	90 %
<b>Médicaments</b>		
Médicaments à service médical rendu majeur ou important	65 %	90 %
Médicaments à service médical rendu modéré	30 %	80 %
<b>Autres frais médicaux</b>		
Optique	60 %	90 %
Prothèses auditives	60 %	90 %
<b>Frais de transport</b>	65 %	100 %
<b>Cure thermale avec hospitalisation</b>	80 %	100 %
<b>Hospitalisation (à l'hôpital ou en clinique privée conventionnée)</b>	80 %	100 %

**ANNEXE 5**  
**LA PRESCRIPTION**  
**MEDICALE DE**  
**TRANSPORT**



# Le nouvel imprimé de prescription médicale de transport (S3138d)



Sauf urgence (appel du SAMU-Centre 15...),  
la **prescription médicale de transport**  
doit être rédigée avant le transport.

Cet imprimé est à utiliser pour toute **prescription médicale de transport** à l'exception des transports distants de plus de 150 km, en série, de transport en avion ou en bateau, de transport d'enfants ou d'adolescents vers un CAMSP ou CMPP. Vous devez alors vous reporter au verso (mémo demande d'accord préalable de transport [S3139e]).

**cerfa**  
n° 11574 \*04

## Prescription médicale de transport

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

Volet I à adresser au contrôle médical sous enveloppe, à l'attention de "M. le Médecin-Conseil"

### la personne bénéficiaire du transport et l'assuré(e)

• **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 si 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 des soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom (nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et si 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

### la prescription médicale

1 Dans quelle situation permettant la prise en charge du transport se trouve votre patient? (plusieurs choix possibles)

- 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 au regard de l'état de santé et d'autonomie de votre patient?

- transport en ambulance justifié par la nécessité (cochez la(s) case(s) correspondante(s)) :

d'être en position allongée ou de ne pas  d'une surveillance par un personnel qualifié  d'administration d'oxygène

d'un brancardage ou d'un portage  d'une asepsie rigoureuse

- transport assis professionnalisé (VSL, taxi conventionné)  si l'état du patient permet un transport partagé, cochez la case

- moyen de transport individuel  si l'état de santé du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case

- transport en commun terrestre

3 Quel trajet doit effectuer le patient (préciser 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  - autre lieu : - structure de soins :

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

transport aller-retour  nombre de transports itératifs

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

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

motifs médicaux à l'origine de la prescription (nature, examen ou soins justifiant le déplacement)

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

6 Cas particulier d'exonération du ticket modérateur oui  non

• Ce transport est-il lié à des soins dispensés au titre d'une pension militaire d'invalidité? oui  non  (article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre)

### Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale

adresse

n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

signature

date

obligation de porter le N° RPPS.

identifiant (n° RPPS)

**Précision de la notion d'hospitalisation**  
En cas d'hospitalisation complète, établir une prescription par événement (entrée ou sortie), l'état de santé du malade pouvant nécessiter une réévaluation du mode de transport.

**Indication des seules situations médicales où le transport en ambulance est justifié.**

**Si l'état de santé du malade lui permet de voyager avec un autre malade, cocher cette case.**

**Cocher impérativement pour le moyen de transport individuel ou en commun si l'assuré(e) est en ALD et présente une déficience ou une incapacité.**

**N'est pas adapté à l'entrée et la sortie d'un établissement pour hospitalisation.**

**Transport urgent à la demande du médecin prescripteur.**

**Oui pour :**

- les transports d'urgence (case 4) entre le lieu de prise en charge de la personne et l'établissement de santé si l'acte réalisé au cours de l'hospitalisation a un coefficient > K60 ou un tarif ≥ 120 € ;
- le transfert définitif d'un établissement à un autre si l'acte réalisé au cours de la 1<sup>ère</sup> hospitalisation a un coefficient > K60 ou un tarif ≥ 120 € ;
- le transfert d'un établissement à un autre (hors SSR) mieux adapté à l'état de santé du patient.

**Indiquer la date de prescription et non celle du transport ou de l'examen pour lequel le transport est sollicité.**

**N° FINESS établissement si médecin salarié, N° AM si médecin libéral.**

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.  
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 (articles 313-1 à 313-5, 433-19, 441-6 et 441-7 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.



**ANNEXE 6**  
**LA DEMANDE D'ACCORD**  
**PREALABLE POUR LES**  
**TRANSPORTS**



# Le nouvel imprimé de demande d'accord préalable de transport (S3139e)

Cet imprimé doit rigoureusement être utilisé pour requérir l'accord de la Caisse **avant le ou les transport(s)**.

L'absence de réponse dans un délai de 15 jours à compter de l'expédition vaut accord, sauf urgence attestée par le médecin (article R322-10-4 du Code de la sécurité sociale).

**cerfa** n° 11575 \*05

**DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE DE TRANSPORT VALANT PRESCRIPTION MÉDICALE**

Volet 1 à adresser au contrôle médical sous enveloppe, à l'attention de "M. le Médecin-Conseil"

(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. 322-10-7 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 si il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

adresse

• **Assuré(e)** (à remplir si la personne qui bénéficie des soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom  
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et si 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  de 50 km, minimum 4 transports en 2 mois  - transport vers un CAMSP ou un CMP   
- 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 un 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  septique   
- transport assis professionnalisé (VSL, taxi conventionné)  si l'état du patient permet un transport partagé, 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

(préciser l'adresse du lieu de départ et du lieu d'arrivée, si hors domicile.)

• Quel trajet doit effectuer le patient ? ainsi que le nom de la structure de soins

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

transport aller-retour  nombre de transports

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

3. Éléments d'ordre médical (précisez la nature de l'examen ou des soins justifiant le déplacement) et commentaires éventuels

motifs médicaux à l'origine de la prescription (nature, examen ou soins justifiant le déplacement)  
- transport vers un centre de référence dédié à la prise en charge des maladies rares

4. Cas particuliers d'exonération du ticket modérateur  oui  non

**Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce**

nom et prénom **Obligation de porter le N° RPPS.** raison sociale  
identifiant (n° RPPS) adresse  
date signature n° structure (L.M. FINESSE ou SIRET)

**Avis médical** **Avis administratif**

accord  signature et cachet accord   
refus total  refus partiel  refus   
motif : date date

Cocher la case correspondant à la situation du patient : transport longue distance, en série, CAMSP ou CMP.

À cocher impérativement pour une éventuelle indemnisation de la personne accompagnante.

Seul le transport demandé en avion ou en bateau doit répondre à l'une des 3 situations suivantes. Pour les autres modes de transport, compléter le pavé 2.

Indication des seules situations médicales où le transport en ambulance est justifié.

Si l'état de santé du malade lui permet de voyager avec un autre malade, cocher cette case.

À cocher impérativement pour une éventuelle indemnisation de la personne accompagnante.

N'est pas adapté à l'entrée et la sortie d'un établissement pour hospitalisation complète.

Transport urgent à la demande du médecin prescripteur.

Où pour :  
• les transports d'urgence (case 4) entre le lieu de prise en charge de la personne et l'établissement de santé si l'acte réalisé au cours de l'hospitalisation a un coefficient > K60 ou un tarif ≥ 120 € ;  
• le transfert définitif d'un établissement à un autre si l'acte réalisé au cours de la 1<sup>ère</sup> hospitalisation a un coefficient > K60 ou un tarif ≥ 120 € ;  
• le transfert d'un établissement à un autre (hors SSR) mieux adapté à l'état de santé du patient.

Indiquer la date de prescription et non celle du transport ou de l'examen pour lequel le transport est sollicité.

N° FINESSE établissement si médecin salarié, N° AM si médecin libéral.



**ANNEXE 7**  
**LA DEMANDE DE**  
**REMBOURSEMENT DES**  
**FRAIS DE TRANSPORT**

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE TRANSPORTS  
POUR MOTIF MEDICAL EN VEHICULE PERSONNEL ET/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. <sup>(1)</sup>**

*(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)*





# demande d'accord préalable

**VOLET B**  
à adresser et à conserver  
au service médical

n° 12040\*03

**DIAD**

**assurances maladie, maternité ou  
accident du travail/maladie professionnelle**

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

n° structure

*(AM, FINESS ou SIRET)*

identifiant

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

n° structure

*(AM, FINESS ou SIRET)*

identifiant

### 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*

**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.



# Notice à destination du patient pour l'usage du protocole de soins

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

## Votre information et celle des médecins que vous consultez

A la suite de la demande effectuée par votre médecin et avec votre accord, l'assurance maladie a reconnu que vous êtes atteint(e) d'une affection de longue durée exonérant du ticket modérateur ou que votre état de santé nécessite des soins continus d'une durée prévisible de six mois ou plus. Votre médecin vous a remis le volet 3 de cet imprimé pour vous informer sur les conditions de prise en charge de votre maladie et vous permettre de le présenter aux médecins que vous serez amené(e) à consulter.

Cet imprimé précise, pour ces situations, le **traitement que vous devez suivre**, les **examens complémentaires** ainsi que le **suivi** envisagé par votre médecin.

Une notification vous sera adressée par votre organisme d'assurance maladie vous **précisant dans** quelles conditions votre affection sera prise en charge.

## Quelques informations concernant les affections de longue durée

En cas d'affection de longue durée exonérant du ticket modérateur ou de soins continus supérieurs à six mois, votre médecin détermine le traitement que vous devez suivre.

Pour continuer à bénéficier des prestations vous devez :

- suivre les traitements et les mesures de toute nature prescrits par votre médecin,
- vous soumettre aux visites médicales et différents contrôles organisés par votre organisme d'assurance maladie,
- vous abstenir de toute activité non autorisée,
- accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser votre rééducation ou votre reclassement professionnel.

**Attention : le service médical peut, à tout moment, émettre un avis sur les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie.**

## Quelques informations concernant les affections de longue durée exonérant du ticket modérateur

Vous avez été reconnu(e) atteint(e) d'une affection de longue durée exonérante. Pour bénéficier de la prise en charge du ticket modérateur, vous devez présenter le volet 3 du protocole de soins à chaque médecin que vous consultez. Le médecin doit attester qu'il en a pris connaissance et que ses prescriptions figurant sur l'ordonnance prévue à l'article R. 161-45 (ordonnance bizonne) sont conformes au protocole.

Seuls les actes et les prestations **en rapport** avec l'affection de longue durée sont exonérés du ticket modérateur.

**Les actes et les prestations mentionnés dans la partie "Observations du service médical" ainsi que les soins sans rapport avec l'ALD ne sont pas exonérés du ticket modérateur.**

## Recommandation importante :

**n'oubliez pas de présenter ce protocole à tout médecin consulté.**

## 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)

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 (à compléter pour les situations 1 à 6)

## Observations du service médical

Protocole valable jusqu'au

## Identification du médecin et de la structure dans laquelle il exerce

Nom :

Prénom :

Identifiant (n° RPPS)

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

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

Cachet du service médical

Protocole établi le

Signature :



## 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)

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)

## Observations du service médical

Protocole valable jusqu'au \_\_\_\_\_

## Identification du médecin et de la structure dans laquelle il exerce

Nom :

Prénom :

Identifiant (n  RPPS)

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

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) \_\_\_\_\_

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

Cachet du service médical





**ANNEXE 10**  
**L'AVIS D'ARRET DE**  
**TRAVAIL**



## notice à destination du praticien

Pour préserver le secret médical, vous remettez l'avis d'arrêt de travail à votre patient, après l'avoir complété, avec une enveloppe "M. le Médecin Conseil" qui lui permettra d'adresser les volets destinés à son organisme d'assurance maladie ou à son employeur. Les enveloppes permettant cet envoi vous sont remises avec les avis d'arrêt de travail.

### ❶ Dispositions relatives aux affections de longue durée :

Afin de permettre l'indemnisation des arrêts de travail conformément à la réglementation et dans le souci d'un meilleur service rendu à l'assuré(e), il vous est demandé de bien vouloir indiquer si l'arrêt de travail est en rapport avec une affection visée à l'article L.324-1 du Code de la sécurité sociale, à savoir :

- affection nécessitant une interruption de travail ou des soins continus supérieurs à 6 mois non exonérante,
- affection de longue durée exonérante reconnue sur liste (ALD 30) ou hors liste.

### ❷ Dispositions relatives à l'assurance maternité :

Un état pathologique résultant de la grossesse permet l'indemnisation d'une période supplémentaire de 14 jours au titre de l'assurance maternité.

❸ Vous devez préciser si l'état du malade autorise des sorties. Dans ce cas, l'assuré(e) doit respecter les heures de présence à son domicile de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures, sauf en cas de soins ou d'exams médicaux.

### ❹ Sorties autorisées, par exception, sans restriction d'horaire :

Si pour des raisons médicales, vous prescrivez des sorties sans restriction d'horaire, vous devez cocher la case "oui". Dans ce cas, l'assuré(e) n'a pas à respecter les heures de présence à domicile. Vous devez justifier cette dispense exceptionnelle à la rubrique "éléments d'ordre médical".

Si vous ne prescrivez pas des sorties sans restriction d'horaire, vous devez cocher la case "non".

❺ En application de l'article L. 323-3 du Code de la sécurité sociale, si vous estimez que la reprise d'une activité est de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de votre patient ou est de nature à lui permettre de recouvrer un emploi compatible avec son état de santé, vous pouvez prescrire une reprise à temps partiel pour motif thérapeutique dès lors qu'un arrêt de travail à temps complet indemnisé précède immédiatement la reprise de travail à temps partiel. Cette disposition concerne les assurés qui ne souffrent pas d'une affection mentionnée à l'article L. 324-1 du Code sécurité sociale (ALD et soins d'une durée supérieure à 6 mois).

En revanche, l'exigence d'un arrêt de travail à temps complet, précédant immédiatement la reprise à temps partiel, n'est pas opposable aux assuré(e)s atteint(e)s d'une affection mentionnée à l'art. L. 324-1 dès lors que l'impossibilité de poursuivre l'activité à temps complet procède de cette affection et que l'(les) intéressé(es) ont déjà observé un arrêt à temps complet antérieurement indemnisé au titre de cette affection.

Vous devez indiquer la date du début et la date de fin de l'arrêt à temps partiel thérapeutique.

Nota bene : L'indemnisation pour perte d'activité dans le cadre d'une reprise à temps partiel n'est pas prévue pour une profession indépendante et une activité non salariée agricole.

### ❻ Eléments d'ordre médical :

L'article L.162-4-1, 1<sup>er</sup> alinéa du Code de la sécurité sociale impose la mention sur le volet 1 de ce formulaire des éléments d'ordre médical justifiant l'arrêt de travail, en précisant, en cas de dispense exceptionnelle, les éléments justifiant les sorties sans restriction d'horaire. Pour préciser les éléments d'ordre médical, vous pouvez soit reporter la codification du motif médical en vous référant à la liste qui figure sur le site internet "www.ameli.fr" ou sur la fiche transmise par votre caisse soit reporter en toutes lettres ces éléments.

## notice à destination du patient

Complétez les rubriques qui vous concernent ("l'assuré(e)" et "l'employeur"), puis selon votre situation :

• **Si vous êtes salarié(e) ①**

Adressez les volets 1 et 2 au service médical de votre organisme d'assurance maladie, dans l'enveloppe "M. le Médecin-Conseil" que vous a remise votre médecin, ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. le Médecin-Conseil, **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail.** Adressez le volet 3 à votre employeur.

Faites parvenir à votre caisse, dès que possible, l'attestation de salaire établie par votre employeur.

• **Si vous êtes fonctionnaire ①**

Adressez les volets 2 et 3 à votre employeur **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail** et conservez le volet 1 comportant les données médicales. Vous devrez présenter le volet 1 à toute requête du médecin agréé de votre administration.

• **Si vous exercez une profession indépendante ①**

Adressez les volets 1 et 2 au service médical de votre Caisse RSI, dans l'enveloppe "M. le Médecin-Conseil" que vous a remise votre médecin, ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. le Médecin-Conseil, **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail.** Conservez le volet 3.

• **Si vous êtes non salarié(e) agricole ①** (à compter du 1er janvier 2014)

Adressez les volets 1 et 2 au service médical de la caisse de MSA dans l'enveloppe "M. le Médecin-Conseil" que vous a remise votre Médecin ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. le Médecin-Conseil **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail.** Conservez le volet 3.

• **Si vous êtes sans emploi ①**

Remplissez la case "précisez votre situation" (ex : chômage, licenciement, démission...). Des indemnités journalières peuvent éventuellement vous être attribuées.

Adressez les volets 1 et 2 au service médical de votre organisme d'assurance maladie, dans l'enveloppe "M. le Médecin-Conseil" que vous a remise votre médecin, ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. le Médecin-Conseil, **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail.** Adressez le volet 3 au pôle emploi.

**En cas d'envoi tardif**, y compris dans le cadre d'une **prolongation**, vous vous exposez à une réduction du montant de votre indemnisation.

② **accident causé par un tiers :**

Si votre arrêt de travail est consécutif à un accident causé par un tiers, vous êtes tenu d'en informer votre organisme d'assurance maladie. Dans ce cas, cochez la case prévue à cet effet.

③ **prolongation d'un arrêt de travail :**

La prolongation d'un arrêt de travail doit être prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant, **sauf dans les cas** où elle est prescrite par le médecin remplaçant l'un de ces médecins ou par un médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant ou à l'occasion d'une hospitalisation.

**A défaut, un délai de carence vous sera appliqué, le cas échéant.**

**En dehors de ces cas**, l'assuré(e) doit justifier, par tous moyens à la demande de l'organisme d'assurance maladie, de l'impossibilité du médecin prescripteur de l'arrêt initial ou du médecin traitant de prescrire la prolongation.

**Dans tous les cas**, l'assuré(e) ou le professionnel de santé sous la responsabilité de l'assuré(e) indique sur l'avis d'arrêt de travail le motif pour lequel la prolongation n'est pas prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant.

**Par ailleurs, votre médecin est tenu de préciser les éléments d'ordre médical justifiant votre arrêt de travail.**

**IMPORTANT : Quelle que soit votre situation, n'oubliez pas :**

- de respecter les heures de présence à domicile (de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures), sauf en cas de sorties autorisées sans restriction d'horaire ou à l'occasion d'un temps partiel pour raison médicale,
- de demander un accord à votre organisme d'assurance maladie, avant votre départ, si vous deviez quitter votre département de résidence,
- de vous rendre aux convocations qui vous seront éventuellement adressées par le service du contrôle médical,
- de vous abstenir de toute activité non autorisée.

**En effet, le non respect de ces dispositions peut entraîner la perte de vos indemnités journalières.**

**Pour tous renseignements complémentaires, consultez votre organisme d'assurance maladie.**



n°10170\*05  
PRN-PRE

initial  de prolongation (\*)

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. le Médecin-Conseil

(art.L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-5ème al., L.323-6, L.376-1, L.613-20, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, D.613-19, D.613-23 du Code de la sécurité sociale, L.732-4 et 762-18-1 du Code rural et de la pêche maritime)

## l'assuré(e) (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation

nom et prénom

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

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier Vitale)

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal

ville

n° téléphone :

bâtiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence :

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

activité salariée  fonctionnaire  profession indépendante  activité non salariée agricole

sans emploi  date de cessation d'activité \_\_\_\_\_ précisez votre situation (voir notice ①)

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice ②) : oui  date \_\_\_\_\_ non

l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermale ? oui  non

l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre ? oui  non

(\*) si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin traitant ou le médecin qui a prescrit l'arrêt initial,

cochez la case correspondante (voir notice ③) :

médecin remplaçant le médecin traitant ou le médecin prescripteur initial

médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant

à l'occasion d'une hospitalisation

autre cas  précisez et indiquez le motif : \_\_\_\_\_

## l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale

n° téléphone :

e.mail :

adresse

## les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien)

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) :

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au \_\_\_\_\_

- en toutes lettres :  
(à compléter obligatoirement)  
et  
- en chiffres

inclus

sans rapport\*  en rapport\*  avec une affection de longue durée (voir notice ①)

sans rapport\*  en rapport\*  avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice ②)

\* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées : oui  à partir du \_\_\_\_\_ non

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ③)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non  oui  à partir du \_\_\_\_\_ (voir notice ④)

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

(voir notice ⑤)

sans rapport\*\*  en rapport\*\*  avec une affection de longue durée (voir notice ①)

\*\* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

## éléments d'ordre médical (voir notice ⑥)

Codification du motif médical

OU éléments en toutes lettres :

identification du praticien  
(nom et prénom)

identification de la structure  
(raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

identifiant

n° de la structure  
(AM, FINESS ou SIRET)

date

signature du praticien

PRN-PRE S3116g



n°10170\*05  
PRN-PRE

# avis d'arrêt de travail

initial  de prolongation (\*)

**volet 2, à adresser  
au service médical**  
(qui le remettra  
aux services administratifs)

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. le Médecin-Conseil

(art. L.162-4-1-I-teral, L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-5ème al., L.323-6, L.376-1, L.613-20, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, D.613-19, D.613-23 du Code de la sécurité sociale, L.732-4 et 762-18-1 du Code rural et de la pêche maritime)

## l'assuré(e) (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation

nom et prénom

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

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier Vitale)

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal \_\_\_\_\_ ville \_\_\_\_\_

n° téléphone : \_\_\_\_\_

bâtiment : \_\_\_\_\_ escalier : \_\_\_\_\_ étage : \_\_\_\_\_ appartement : \_\_\_\_\_ code d'accès de la résidence : \_\_\_\_\_

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

activité salariée  fonctionnaire  profession indépendante  activité non salariée agricole

sans emploi  date de cessation d'activité \_\_\_\_\_ précisez votre situation (voir notice 1)

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice 2) : oui  date \_\_\_\_\_ non

l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermale ? oui  non

l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre ? oui  non

(\*) si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin traitant ou le médecin qui a prescrit l'arrêt initial,

cochez la case correspondante (voir notice 3) :

médecin remplaçant le médecin traitant  
ou le médecin prescripteur initial

médecin spécialiste consulté  
à la demande du médecin traitant

à l'occasion d'une  
hospitalisation

autre cas  précisez et indiquez le motif : \_\_\_\_\_

## l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale

n° téléphone : \_\_\_\_\_

e.mail : \_\_\_\_\_

adresse \_\_\_\_\_

## les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien)

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) :

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au \_\_\_\_\_

- en toutes lettres :  
(à compléter obligatoirement)  
et  
- en chiffres

inclus

sans rapport\*  en rapport\*  avec une affection de longue durée (voir notice 1)

sans rapport\*  en rapport\*  avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 2)

\* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées : oui  à partir du \_\_\_\_\_ non

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 3)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non  oui  à partir du \_\_\_\_\_ (voir notice 4)

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

(voir notice 5)

sans rapport\*\*  en rapport\*\*  avec une affection de longue durée (voir notice 1)

\*\* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

identification du praticien  
(nom et prénom)

identification de la structure  
(raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

identifiant

n° de la structure  
(AM, FINESS ou SIRET)

date

signature du praticien

**PRN-PRE S3116g**





n°10170\*05  
PRN-PRE

# avis d'arrêt de travail

initial  de prolongation (\*)

volet 3, à adresser  
à votre  
**EMPLOYEUR**  
ou au  
**POLE EMPLOI**

(art. L.162-41-1er al., L.162-44, L.3152, L.3211-5ème al., L.323-6, L.376-1, L.613-20, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, D.613-19, D.613-23 du Code de la sécurité sociale, L.732-4 et 762-18-1 du Code rural et de la pêche maritime)

## l'assuré(e)

numéro d'immatriculation

nom et prénom

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

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier Vitale)

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal

ville

n° téléphone :

bâtiment :

escalier :

étage :

appartement :

code d'accès de la résidence :

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

activité salariée

fonctionnaire

profession indépendante

activité non salariée agricole

sans emploi

date de cessation d'activité

précisez votre situation

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ?

oui

date

non

## MESSAGE A L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR

dès réception de ce volet, merci d'établir l'attestation de salaire dans le meilleur délai afin de permettre à l'organisme de calculer les indemnités journalières de votre salarié(e).

## l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale

n° téléphone :

e.mail :

adresse

## les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) :

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres :  
(à compléter obligatoirement)  
et  
- en chiffres

inclus

sans rapport\*  en rapport\*  avec un état pathologique résultant de la grossesse

\* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées:

oui

à partir du

non

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures.)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non

oui

à partir du

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du

au

identification du praticien  
(nom et prénom)

identifiant

date

signature du praticien

PRN-PRE S3116g

**ANNEXE 11**  
**FEUILLE D'ACCIDENT DE**  
**TRAVAIL OU DE**  
**MALADIE**  
**PROFESSIONNELLE**





N° 11383\*02  
DIAD

# feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle

(Art. L. 441.5, R. 441.8 et R. 441.9 du Code de la sécurité sociale)

1/2

Lorsqu'un accident a eu lieu, la feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle est remise à la victime par l'employeur qui établit parallèlement la déclaration d'accident du travail (réf. S 6200).

Cette feuille est remise à la victime par la caisse lorsqu'une maladie professionnelle est déclarée.

La feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle est conservée par la victime. Elle doit être présentée systématiquement au praticien qui dispense les soins, ou le cas échéant à l'hôpital, ainsi qu'à l'auxiliaire médical(e), au pharmacien ou au fournisseur et au biologiste chaque fois qu'une ordonnance est exécutée. Ces derniers doivent remplir la page 2/2 afin d'attester la prestation des actes et l'exécution des ordonnances. La facturation des actes est portée sur les feuilles de soins et les bordereaux de facturation utilisés également pour les risques maladie et maternité.

La page 1/2 permet à la victime de bénéficier du tiers payant et de la gratuité des soins, dans la limite des tarifs conventionnels.

En cas de rechute ou si nécessaire, en cas de poursuite des soins, l'organisme d'assurance maladie délivre à la victime, sur sa demande, une nouvelle feuille.

## attestation d'accident ou de maladie autorisant le bénéfice du tiers payant

(à remplir obligatoirement par l'employeur lors de la délivrance)

### l'organisme gestionnaire de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle

#### ● identification

nom de l'organisme	
adresse	
code de l'organisme gestionnaire	

### la victime

#### ● identification

nom (suivi s'il y a lieu du nom d'époux(se))		date de naissance	
prénom			
adresse			
code postal	commune		
numéro d'immatriculation			

### l'employeur

#### ● identification

nom et prénom ou raison sociale	
adresse	
code postal	commune
numéro SIRET de l'établissement d'attache permanent de la victime	
êtes-vous autorisé à gérer le risque AT/MP ?	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

### l'accident du travail ou la maladie professionnelle

#### ● accident du travail

date
rechute du

#### ● maladie professionnelle

date de la constatation médicale
rechute du

#### ● lésions

nature
siège

#### ● numéro AT/MP (à remplir par l'organisme gestionnaire en cas de renouvellement ou de rechute)

### demande de renouvellement

(à remplir par la victime, si la feuille est complètement remplie avant la fin des soins)

adresse	
code postal	commune

je demande le renouvellement de cette feuille d'accident

signature

date

DIAD S6201c





**ANNEXE 12**  
**LE CERTIFICAT MEDICAL**  
**D'ACCIDENT DE TRAVAIL**  
**OU DE MALADIE**  
**PROFESSIONNELLE**

# certificat médical

## accident du travail

## maladie professionnelle

### notice

#### à destination du praticien

Ce certificat médical doit être utilisé pour les salariés, les non salariés agricoles (chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole, aides familiaux, associés d'exploitation) victimes d'accidents du travail ou de trajet, de maladies professionnelles (dans le cadre des tableaux ou hors tableaux - article L.461-1 du Code de la sécurité sociale) ou de rechutes. Les renseignements concernant la victime et l'employeur seront complétés par le praticien à l'aide des informations fournies par la victime.

Les volets 1 et 2 sont adressés directement par le praticien sous 24 heures à l'organisme dont dépend la victime (article L.441-6 du Code de la sécurité sociale).

Le volet 3 et le volet « certificat d'arrêt de travail » sont à remettre à la victime.

#### ① Date de la première constatation médicale de la maladie professionnelle :

La date de la première constatation médicale est la date à laquelle les symptômes ou les lésions révélant la maladie ont été constatés pour la première fois par un médecin même si le diagnostic n'a été établi que postérieurement.

#### ② Constatations détaillées :

Décrivez avec précision l'état de la victime, le siège, la nature des lésions ou de la maladie avec les symptômes constatés. Lors de l'établissement du certificat médical final, décrivez les séquelles.

#### ③ Sorties autorisées :

Vous devez préciser si l'état de la victime autorise des sorties. Dans ce cas, la victime doit respecter les heures de présence à son domicile de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures, sauf en cas de soins ou d'exams médicaux.

#### ④ Sorties autorisées, par exception, sans restriction d'horaire :

Si, pour des raisons médicales, vous prescrivez des sorties sans restriction d'horaire, vous devez cocher la case « oui ». Dans ce cas, la victime n'a pas à respecter les heures de présence à domicile.

Si vous ne prescrivez pas des sorties sans restriction d'horaire, vous devez cocher la case « non ».

#### ⑤ Reprise d'un travail léger :

Permet le service des indemnités journalières, en tout ou partie, quand la reprise d'un travail allégé, en durée ou en pénibilité, est de nature à favoriser la guérison ou la consolidation. Un arrêt de travail à temps complet précédant immédiatement la reprise d'un travail léger n'est pas exigé dès lors que l'accident du travail ou la maladie professionnelle a entraîné un arrêt de travail à temps complet d'au moins une journée pour les salariés et de huit jours pour les non salariés agricoles.

#### ⑥ Reprise de travail à temps complet :

Une reprise de travail à temps complet peut être antérieure à la date de guérison ou de consolidation.

#### ⑦ Eléments d'ordre médical :

Indiquez les éléments justifiant les sorties sans restriction d'horaire.

#### ⑧ Conclusions :

En cas de guérison ou de consolidation, indiquez précisément les conséquences définitives de l'accident ou de la maladie dans la rubrique « constatations détaillées ».

Il est possible, sur proposition du médecin traitant, de maintenir si nécessaire des soins après consolidation. Cette possibilité est soumise à l'accord du praticien conseil.

#### à destination de la victime

Les volets 1 et 2 sont adressés directement par le praticien à l'organisme dont vous dépendez.

Vous conservez le volet 3.

En cas d'arrêt de travail, vous adressez le volet « certificat d'arrêt de travail » à votre employeur ou au Pôle emploi si vous êtes en situation de chômage, afin de les informer.

#### En cas d'arrêt de travail, n'oubliez pas :

- de respecter les heures de présence à domicile sauf en cas de sorties sans restriction d'horaire (art. L.433-1 et L.323-6 du Code de la sécurité sociale),
- de demander un accord à votre organisme d'assurance maladie, avant votre départ, si vous deviez quitter votre département de résidence,
- de vous rendre aux convocations qui vous seront éventuellement adressées par le service du contrôle médical (art. L.442-5, R.442-2 et L.315-2 du Code de la sécurité sociale),
- de vous abstenir de toute activité non autorisée (art. L.433-1 et L.323-6 du Code de la sécurité sociale).

Le non respect de ces dispositions peut entraîner la perte de vos indemnités journalières





n° 11138\*05  
CM-PRE

# certificat médical

## accident du travail

## maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

- initial       de prolongation
- final         de rechute

Volet 1, à adresser  
par le praticien à  
l'organisme dans  
les 24 heures

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

### l'assuré(e)

régime : général  agricole  autre  lequel ? :

numéro d'immatriculation

nom de famille (de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage) :

prénom :

adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal : ville : n° téléphone :  
batiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

s'agit-il d'un accident du travail ?  d'une maladie professionnelle ?

date de l'accident ou de la 1<sup>re</sup> constatation médicale de la maladie professionnelle (voir notice 1)

présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle: oui  non (2)

(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

### l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

adresse :

n° téléphone :

courriel :

### les renseignements médicaux

● constatations détaillées (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice 2)

#### ● conséquences

- soins (sans arrêt de travail)  jusqu'au

- arrêt de travail  jusqu'au

- en toutes lettres :  
(à compléter obligatoirement)  
et  
- en chiffres :

inclus

sorties autorisées : oui  à partir du non   
(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 3)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non  oui  à partir du (voir notice 4)

- prescription d'un travail léger pour raison médicale  du au  
(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice 5)

- reprise de travail à temps complet le (voir notice 6)

- éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire (voir notice 7)

#### ● conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice 8)

guérison avec retour à l'état antérieur  date

guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure  date

consolidation avec séquelles  date

identification du praticien  
(nom et prénom)

identification de la structure  
(raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement)

identifiant

n° de la structure  
(AM, FINESS ou SIRET)

date

signature du praticien

CM-PRE S6909e



n° 11138\*05  
CM-PRE

# certificat médical

## accident du travail

## maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

- initial       de prolongation  
 final       de rechute

Volet 2, à adresser par le praticien à l'organisme dans les 24 heures (service administratif)

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

### l'assuré(e)

régime : général  agricole  autre  lequel ? :

numéro d'immatriculation

nom de famille (de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage) :

prénom :

adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal :      ville :      n° téléphone :  
bâtiment :      escalier :      étage :      appartement :      code d'accès de la résidence

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

s'agit-il d'un accident du travail ?  d'une maladie professionnelle ?

date de l'accident ou de la 1<sup>ère</sup> constatation médicale de la maladie professionnelle (voir notice ①)

présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui  non (2)

(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

### l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

adresse :

n° téléphone :

courriel :

### les renseignements médicaux

● **constatations détaillées** (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice ②)

#### ● conséquences

- soins (sans arrêt de travail)  jusqu'au

- arrêt de travail  jusqu'au

- en toutes lettres :  
(à compléter obligatoirement)  
et  
- en chiffres :

inclus

sorties autorisées : oui  à partir du      non   
(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ③)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non  oui  à partir du      (voir notice ④)

- prescription d'un travail léger pour raison médicale  du      au  
(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ⑤)

- reprise de travail à temps complet le      (voir notice ⑥)

#### ● conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice ⑦)

guérison avec retour à l'état antérieur  date

guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure  date

consolidation avec séquelles  date

identification du praticien  
(nom et prénom)

identification de la structure  
(raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement)

identifiant

n° de la structure  
(AM, FINESS ou SIRET)

date

signature du praticien

CM-PRE S6909e

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.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (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).





n° 11138\*05  
CM-PRE

# certificat médical

## accident du travail

## maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

initial       de prolongation  
 final       de rechute

Volet 3, à conserver  
par la victime  
(à apporter lors de  
chaque consultation)

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

### l'assuré(e)

régime : général  agricole  autre  lequel ? :

numéro d'immatriculation

nom de famille (de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage) :

prénom :

adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal : ville : n° téléphone :

bâtiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

s'agit-il d'un accident du travail ?  d'une maladie professionnelle ?

date de l'accident ou de la 1<sup>ère</sup> constatation médicale de la maladie professionnelle (voir notice ①)

présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui  non (2)

(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

### l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale

adresse :

n° téléphone :

courriel :

### les renseignements médicaux

● constatations détaillées (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice ②)

#### ● conséquences

- soins (sans arrêt de travail)  jusqu'au

- arrêt de travail  jusqu'au

- en toutes lettres :  
(à compléter obligatoirement)  
et  
- en chiffres :

inclus

sorties autorisées : oui  à partir du non   
(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ③)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non  oui  à partir du (voir notice ④)

- prescription d'un travail léger pour raison médicale  du au  
(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ⑤)

- reprise de travail à temps complet le (voir notice ⑥)

- éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire (voir notice ⑦)

#### ● conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice ⑧)

guérison avec retour à l'état antérieur  date

guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure  date

consolidation avec séquelles  date

identification du praticien  
(nom et prénom)

identification de la structure  
(raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement)

identifiant

n° de la structure  
(AM, FINESS ou SIRET)

date

signature du praticien

CM-PRE S6909e

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.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (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).



n° 11138\*05  
CM-PRE

# certificat d'arrêt de travail

accident du travail  
maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

- initial  de prolongation  
 final  de rechute

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

## l'assuré(e)

régime : général  agricole  autre  lequel ? :

numéro d'immatriculation

nom de famille (de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage) :

prénom :

adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal : ville : n° téléphone :

batiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

s'agit-il d'un accident du travail ?  d'une maladie professionnelle ?

date de l'accident ou de la 1<sup>ère</sup> constatation médicale de la maladie professionnelle (voir notice ①)

présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle: oui  non (2)

(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

## l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

adresse :

n° téléphone :

courriel :

## l'arrêt de travail

- arrêt de travail  jusqu'au

- en toutes lettres :  
(à compléter obligatoirement)  
et  
- en chiffres :

inclus

sorties autorisées : oui  à partir du non   
(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ③)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :  
non  oui  à partir du (voir notice ④)

- prescription d'un travail léger pour raison médicale  du au  
(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ⑤)

- reprise de travail à temps complet le (voir notice ⑥)

**CE DOCUMENT PEUT ETRE ADRESSE PAR LA VICTIME A L'EMPLOYEUR POUR JUSTIFIER DE SON ABSENCE  
OU AU POLE EMPLOI SI ELLE EST EN SITUATION DE CHOMAGE**

identification du praticien  
(nom et prénom)

identifiant

date

signature du praticien

CM-PRE S6909e

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.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (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 13  
DESIGNATION DE LA  
PERSONNE DE  
CONFIANCE**



**FICHE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE**  
(Cette fiche annule et remplace toute précédente fiche qui aurait pu être établie précédemment)

**Etiquette patient**

**IMPORTANT** : En application de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, à la qualité du système de santé et notamment son article L. 1111-6, le patient peut désigner la personne qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

**Je soussigné(e) :**

Nom marital : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom(s) : .....

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse : .....

.....

Téléphone(s) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ou \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Déclare désigner comme personne de confiance :**

- La personne que j'ai désignée comme personne à prévenir (voir questionnaire Dopasoins) **ou**

Monsieur  Madame

Nom marital : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom(s) : ..... Lien social : .....

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Adresse : .....

.....

Téléphone(s) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ou \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Elle pourra si je le souhaite m'accompagner dans mes démarches (notamment assister aux entretiens médicaux) et être consultée si j'étais dans l'impossibilité d'exprimer ma volonté. Cette désignation est valable pour toute la durée de mon hospitalisation ou hospitalisations multiples d'une même prise en charge, sauf indication contraire de ma part. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à informer par écrit l'établissement.

Fait à ..... le : ...../...../..... Signature :

**Cadre réservé à la personne de confiance**

Je reconnais avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance.

Fait à ..... Le ...../...../..... Signature :

**N° de téléphone de l'accompagnant obligatoire pour la journée d'hospitalisation en ambulatoire :**

Fixe : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ou portable \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Ne souhaite pas désigner de personne de confiance.**

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je **m'engage à en informer par écrit l'établissement**, en remplissant la fiche de désignation.

Fait à ..... le : ...../...../..... Signature :

**La personne n'est pas en mesure de désigner une personne de confiance.**



**ANNEXE 14  
CONSENTEMENTS  
ECLAIRES**

## CATHETERISME BILIO-PANCREATIQUE (consentement éclairé)

Madame, Monsieur,

Le cathétérisme endoscopique bilio-pancréatique peut être utile pour déterminer l'origine de vos troubles et peut dans certains cas permettre leur traitement. Afin que vous soyez clairement informé(e) du déroulement de cet acte médical, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Le médecin est à votre disposition pour répondre à toutes vos demandes d'explication complémentaire.

### POURQUOI PRATIQUER UN CATHÉTÉRISME ENDOSCOPIQUE BILIO-PANCREATIQUE ?

Cet examen permet d'étudier les voies biliaires et le pancréas. Il est employé en fonction des circonstances quand les autres examens sont insuffisants pour conclure sur la cause de troubles d'origine biliopancréatique. Il peut montrer des calculs, un rétrécissement tumoral ou inflammatoire, ou d'autres maladies plus rares des voies biliaires ou pancréatiques. Enfin, il peut permettre de traiter certaines de ces maladies en alternative ou en association avec la chirurgie.

### COMMENT RÉALISE-T-ON LE CATHÉTÉRISME ENDOSCOPIQUE BILIO-PANCREATIQUE ?

Les voies biliaires et pancréatiques se drainent dans la partie initiale de l'intestin (duodénum) à travers un sphincter puis par un orifice appelé papille. L'examen utilise un appareil souple appelé endoscope qui est glissé par la bouche jusque dans le duodénum. Il se déroule dans une salle de radiologie. Le cathétérisme diagnostique consiste à introduire dans la papille à partir du duodénum un cathéter pour injecter les voies biliaires et/ou pancréatiques avec du produit de contraste. Il est alors réalisé des radiographies. A la suite de ces radiographies et pendant la même séance, il peut être pratiqué un traitement. La première phase du traitement consiste le plus souvent à sectionner le sphincter (sphinctérotomie endoscopique) à l'aide d'un bistouri électrique. Ensuite, les calculs peuvent être enlevés à l'aide d'un panier ou d'un ballon, éventuellement en les fragmentant au préalable. En cas de rétrécissement, celui-ci peut être dilaté par un ballonnet ou une bougie, ou il peut être mis en place un drain (prothèse) définitif ou temporaire à travers ce rétrécissement.

Parfois il sera nécessaire de répéter la procédure pour compléter le traitement après avoir discuté des possibilités thérapeutiques.

Entre chaque patient et suivant la réglementation en vigueur, l'endoscope est désinfecté et les accessoires utilisés sont stérilisés ou jetés (matériel à usage unique). Ces procédures font références pour prévenir d'éventuelles transmissions d'infections.

Pour améliorer la tolérance de l'examen, une anesthésie générale est souvent programmée. Il est de la compétence du médecin anesthésiste-réanimateur de répondre à vos questions relatives à sa spécialité. Habituellement, cet examen a lieu dans le cadre d'une hospitalisation pour surveillance.

### COMMENT SE PRÉPARER POUR LE CATHÉTÉRISME ENDOSCOPIQUE BILIO-PANCREATIQUE ?

Il faut être à jeun strict (sans boire, ni manger, ni fumer) durant les 6 heures précédant l'examen.

### QUELLES COMPLICATIONS PEUVENT SURVENIR PENDANT L'EXAMEN ?

Tout acte médical, exploration, intervention sur le corps humain même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conforme aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, présente un risque de complication.

Les complications du cathétérisme diagnostique sont rares quand seules des radiographies sont réalisées. Il s'agit d'une inflammation aiguë du pancréas (pancréatite aiguë), d'une perforation ou d'une infection des voies biliaires ou de la vésicule biliaire.

Les complications de la sphinctérotomie endoscopique et des traitements associés sont plus fréquentes : pancréatite aiguë, infection des voies biliaires ou de la vésicule biliaire, perforation de la paroi digestive, hémorragie digestive. La fréquence de chacune de ces complications est de l'ordre de 1%.

D'autres complications sont exceptionnelles telles que les troubles cardio-vasculaires ou respiratoires.

Ces complications peuvent être favorisées par vos antécédents médico-chirurgicaux ou par la prise de certains médicaments.

Toutes ces complications peuvent nécessiter une prolongation de l'hospitalisation et rendre une opération nécessaire. L'hémorragie peut conduire à pratiquer des transfusions de sang ou de dérivés sanguins.

Toutes ces complications apparaissent le plus souvent lors de l'endoscopie, mais peuvent également se révéler quelques jours après l'examen (douleurs abdominales, jaunisse, sang rouge ou noir dans les selles, fièvre, frissons ...). Il est alors très important de contacter immédiatement le médecin et/ou l'anesthésiste qui se sont occupés de vous au numéro de téléphone suivant : 05.62.21.31.31.

En cas d'impossibilité de prendre contact avec eux, il est très important de prendre contact très rapidement avec votre médecin traitant.

### COMPLICATIONS CUTANÉES LIÉES A L'EXPOSITION DES TISSUS AUX RAYONS X :

Toutes les expositions comportent des risques, mais pour la plupart des procédures interventionnelles, ces derniers restent faibles et le bénéfice apporté au patient compense substantiellement tout risque. Ce risque de lésion pour la peau et les organes profonds est d'autant plus important si les procédures sont longues et complexes, et rapprochées dans le temps. Ces effets observés sont généralement tardifs, il est donc important d'en informer votre cardiologue si des réactions cutanées (rougeurs, inflammations) persistent dans les semaines qui suivent l'examen ».

### DECLARATION DU PATIENT

Madame, Mademoiselle, Monsieur .....

Certifie avoir pris connaissance de la fiche d'informations concernant le cathétérisme bilio-pancréatique,

Qui sera réalisée par le Docteur ..... en date du .....

Et reçu les réponses satisfaisantes à mes questions concernant mon examen.

Date :

Signature du patient :

Consentement éclairé à conserver dans le dossier médical du patient



**ANNEXE 15**  
**ORDONNANCE BIZONE**

# Ordonnance bizona

Articles L. 322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale.

Identification du prescripteur  
*(nom, prénom et identifiant)*

Identification de la structure  
*(raison sociale du cabinet, de l'établissement et n° AM, FINESS ou SIRET)*

Identification du patient  
*(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) (à compléter par le prescripteur)*

n° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)  
(AFFECTIION EXONÉRANTE)

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée  
(MALADIES INTERCURRENTES)



**ANNEXE 16  
ORDONNANCE  
MÉDICAMENTS  
D'EXCEPTION**

# ordonnance de médicaments, de produits ou de prestations d'exception

article R. 163-2, 3<sup>ème</sup> alinéa et R. 165-1 dernier alinéa du Code de la sécurité sociale  
article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

VOLET 1  
à conserver  
par l'assuré(e)

## personne recevant les soins et assuré(e) (voir notice au verso du volet 1)

### personne recevant les soins (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom <i>(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))</i>	
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 <i>(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))</i>	
numéro d'immatriculation	
adresse de l'assuré(e)	

## identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom	raison sociale
	adresse
identifiant	n° structure <i>(AM, FINESS ou SIRET)</i>

## à compléter par le prescripteur

médicament, indiquer son nom (marque ou générique) :  
 produit ou prestation, indiquer sa désignation précise :

s'il s'agit d'un médicament, préciser la forme, le dosage, la posologie, la voie d'administration

s'il s'agit d'un produit ou d'une prestation, préciser la quantité de produits nécessaires ou la posologie

### durée du traitement, le cas échéant

## conditions de prise en charge

maladie  soins en rapport avec une ALD : oui  non  soins dispensés au titre de l'art. L. 115   
accident du travail ou maladie professionnelle  date

Je soussigné(e), Docteur..... atteste que la prescription concernant le patient susvisé est conforme aux indications et aux conditions des prescription et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique établie par la Haute Autorité de Santé. S'il existe, le volet patient de ladite fiche a été remis par mes soins à ce patient.

si prescription initiale par un établissement, date limite de la prochaine consultation dans l'établissement

date signature du prescripteur

## identification du pharmacien ou du fournisseur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom	raison sociale
	adresse
identifiant	n° structure <i>(AM, FINESS ou SIRET)</i>

## à compléter par le pharmacien ou le fournisseur qui délivre le médicament, le produit ou la prestation

mentions obligatoires à reporter sur l'ordonnance

date de délivrance



# ordonnance de médicaments, de produits ou de prestations d'exception

article R. 163-2, 3ème alinéa et R. 165-1 dernier alinéa du Code de la sécurité sociale  
article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

## Notice

**Votre médecin vous a prescrit un médicament, un produit ou une prestation dont le remboursement est subordonné à une formalité particulière.**

**Si vous êtes atteint(e) d'une affection de longue durée ouvrant droit à exonération du ticket modérateur, la prescription doit être prévue dans le protocole de soins établi par votre médecin traitant afin que vous puissiez bénéficier de cette exonération.**

**Pour le remboursement, les 2ème et 3ème volets du présent document doivent être adressés à votre organisme d'assurance maladie dans les mêmes conditions que votre ordonnance habituelle.**

**Vous conservez le premier volet.**

**Le pharmacien, le fournisseur ou l'établissement conserve le 4ème volet.**

# ordonnance de médicaments, de produits ou de prestations d'exception

article R. 163-2, 3ème alinéa et R. 165-1 dernier alinéa du Code de la sécurité sociale  
article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

**VOLET 2**  
à adresser à l'organisme  
d'assurance maladie

date de réception :

**personne recevant les soins et assuré(e) (voir notice au verso du volet 1)**

**personne recevant les soins (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)**

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

**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)

**identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce**

nom et prénom

raison sociale

adresse

identifiant

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

**à compléter par le prescripteur**

médicament, indiquer son nom (marque ou générique) :

produit ou prestation, indiquer sa désignation précise :

**s'il s'agit d'un médicament, préciser la forme, le dosage, la posologie, la voie d'administration**

**s'il s'agit d'un produit ou d'une prestation, préciser la quantité de produits nécessaires ou la posologie**

**durée du traitement, le cas échéant**

**conditions de prise en charge**

**maladie**  soins en rapport avec une ALD : oui  non  **soins dispensés au titre de l'art. L. 115**

**accident du travail ou maladie professionnelle**  date

Je soussigné(e), Docteur..... atteste que la prescription concernant le patient susvisé est conforme aux indications et aux conditions des prescription et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique établie par la Haute Autorité de Santé. S'il existe, le volet patient de ladite fiche a été remis par mes soins à ce patient.

si prescription initiale par un établissement, date limite de la prochaine consultation dans l'établissement

date

signature du prescripteur

**identification du pharmacien ou du fournisseur et de la structure dans laquelle il exerce**

nom et prénom

raison sociale

adresse

identifiant

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

**à compléter par le pharmacien ou le fournisseur qui délivre le médicament, le produit ou la prestation**

mentions obligatoires à reporter sur l'ordonnance

date de délivrance



# ordonnance de médicaments, de produits ou de prestations d'exception

article R. 163-2, 3ème alinéa et R. 165-1 dernier alinéa du Code de la sécurité sociale  
article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

**VOLET 3**  
à adresser à l'organisme  
d'assurance maladie

## personne recevant les soins et assuré(e) (voir notice au verso du volet 1)

### personne recevant les soins (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom <i>(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))</i>	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)
numéro d'immatriculation	
date de naissance	

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

nom et prénom <i>(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))</i>
numéro d'immatriculation

### adresse de l'assuré(e)

--

## identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom	raison sociale
identifiant	adresse
	n° structure <i>(AM, FINESS ou SIRET)</i>

## à compléter par le prescripteur

médicament, indiquer son nom (marque ou générique) :  
 produit ou prestation, indiquer sa désignation précise :

s'il s'agit d'un médicament, préciser la forme, le dosage, la posologie, la voie d'administration

s'il s'agit d'un produit ou d'une prestation, préciser la quantité de produits nécessaires ou la posologie

### durée du traitement, le cas échéant

--

## conditions de prise en charge

maladie  soins en rapport avec une ALD : oui  non  soins dispensés au titre de l'art. L. 115

accident du travail ou maladie professionnelle  date

Je soussigné(e), Docteur..... atteste que la prescription concernant le patient susvisé est conforme aux indications et aux conditions des prescription et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique établie par la Haute Autorité de Santé. S'il existe, le volet patient de ladite fiche a été remis par mes soins à ce patient.

si prescription initiale par un établissement, date limite de la prochaine consultation dans l'établissement

date  signature du prescripteur

## identification du pharmacien ou du fournisseur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom	raison sociale
identifiant	adresse
	n° structure <i>(AM, FINESS ou SIRET)</i>

## à compléter par le pharmacien ou le fournisseur qui délivre le médicament, le produit ou la prestation

mentions obligatoires à reporter sur l'ordonnance

date de délivrance



# ordonnance de médicaments, de produits ou de prestations d'exception

article R. 163-2, 3ème alinéa et R. 165-1 dernier alinéa du Code de la sécurité sociale  
article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

**VOLET 4**  
à conserver par le  
pharmacien, le fournisseur

**personne recevant les soins et assuré(e) (voir notice au verso du volet 1)**

**personne recevant les soins (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)**

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

**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)**

**identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce**

nom et prénom	raison sociale
	adresse
identifiant	n° structure <i>(AM, FINESS ou SIRET)</i>

**à compléter par le prescripteur**

médicament, indiquer son nom (marque ou générique) :

produit ou prestation, indiquer sa désignation précise :

s'il s'agit d'un médicament, préciser la forme, le dosage, la posologie, la voie d'administration

s'il s'agit d'un produit ou d'une prestation, préciser la quantité de produits nécessaires ou la posologie

**durée du traitement, le cas échéant**

**conditions de prise en charge**

maladie  soins en rapport avec une ALD : oui  non  soins dispensés au titre de l'art. L. 115

accident du travail ou maladie professionnelle  date

Je soussigné(e), Docteur....., atteste que la prescription concernant le patient susvisé est conforme aux indications et aux conditions des prescription et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique établie par la Haute Autorité de Santé. S'il existe, le volet patient de ladite fiche a été remis par mes soins à ce patient.

si prescription initiale par un établissement, date limite de la prochaine consultation dans l'établissement

date signature du prescripteur

**identification du pharmacien ou du fournisseur et de la structure dans laquelle il exerce**

nom et prénom	raison sociale
	adresse
identifiant	n° structure <i>(AM, FINESS ou SIRET)</i>

**à compléter par le pharmacien ou le fournisseur qui délivre le médicament, le produit ou la prestation**

mentions obligatoires à reporter sur l'ordonnance

date de délivrance