



# **SUPPORT SECRETARIAT MEDICAL**

# **FORMATION SECRETAIRE MEDICALE**

Vidal formation  
12 boulevard de Strasbourg  
31000 TOULOUSE

## Contenu

Présentation du Module .....	3
Définition et rôle de la Secrétaire Médicale.....	4
Organisation et méthodes de travail.....	5
Le parcours de soins coordonnés et le médecin traitant.....	6
Qui peut être médecin traitant ? .....	6
Le temps de l'engagement .....	7
Orientation du patient vers le médecin correspondant.....	7
Les situations particulières.....	7
Spécificités du parcours de soin.....	8
Les différents secteurs de médecins et cotations des actes .....	9
Les secteurs .....	9
Les cotations des actes .....	10
Les nomenclatures.....	12
La convention médicale .....	13
Les Couvertures Sociales .....	14
Les cas d'exonération du ticket modérateur .....	14
Cas particulier : l'ALD Affection de longue durée .....	15
Cas particulier : Région Alsace Moselle.....	17
Les forfaits et les franchises médicales obligatoires .....	17
La gestion des honoraires.....	19
Le dossier patient .....	20
Partie administrative .....	20
Partie médicale.....	20
Partie paramédicale .....	20
Les documents rédigés par le médecin.....	22
Lettres et certificats .....	22
Compte-rendu opératoire (CRO ou CROP) .....	22
Ordonnances.....	23
Les différents imprimés de la sécurité sociale .....	25
La feuille de soin – cf. annexe 1 .....	25
La prescription médicale de transport.....	25
La demande préalable pour les transports.....	26
La demande de remboursement des frais de transport, pour motif médical en véhicule personnel .....	26
La demande d'accord préalable .....	26
Protocole de soins .....	27
L'arrêt de travail.....	27
Feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle.....	27
Certificat médical d'accident du travail ou maladie professionnelle .....	27
Le dossier hospitalier .....	30
Le PMSI .....	31
La carte vitale.....	34

## Présentation du Module

<b>Objectif pédagogique</b>	Acquérir les compétences afin de
<b>Durée du module</b>	Minimum : 68h00
<b>Matière(s) enseignée(s) dans ce module</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>⚖ Excel</li><li>⚖ Gestion comptable</li><li>⚖ Logiciel (facultatif)</li><li>⚖ Secrétariat Médical</li></ul>
<b>Durée de la matière</b>	Minimum : 32h00
<b>Typologie d'exercices</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>⚖ QCM</li><li>⚖ Questions ouvertes</li></ul>
<b>Attentes à l'évaluation</b>	Ce module sera évalué par un cas pratique médical d'une durée de 4h30 ainsi que par l'oral de fin de formation.

# CHAPITRE I

## Définition et rôle de la Secrétaire Médicale

La Secrétaire Médicale est une assistante pour le médecin.

Elle est le lien entre le patient et le professionnel de santé.

Elle doit :

- ✦ Être discrète et respecter le secret professionnel
- ✦ Être accueillante, chaleureuse et souriante
- ✦ Avoir une bonne présentation
- ✦ Donner une bonne image du cabinet médical
- ✦ Être disponible et motivée
- ✦ Être organisée et méthodique
- ✦ Être performante en administratif médical
- ✦ Maîtriser le matériel informatique.

# CHAPITRE II

## Organisation et méthodes de travail

La secrétaire médicale doit savoir :

- ☞ Gérer son temps de travail
- ☞ Prendre correctement les messages (pour les visites à domicile chez un généraliste)
- ☞ Gérer le planning des rendez-vous et des visites (évaluer l'urgence de la consultation...) y compris à l'aide d'un logiciel de prise de rendez-vous par Internet
- ☞ Effectuer la création, le suivi, le classement et l'archivage des dossiers patients
- ☞ Prendre des initiatives
- ☞ Gérer avec sang-froid une urgence médicale
- ☞ Remplir les différents imprimés spécifiques médicaux
- ☞ Maîtriser les différentes cotations en fonction des secteurs de médecins
- ☞ Connaître et gérer les différents types de couvertures sociales Effectuer la comptabilité journalière et gérer sa caisse
- ☞ Pointer les remboursements et les virements de la CPAM
- ☞ Gérer un compte bancaire
- ☞ Gérer un stock
- ☞ Effectuer les commandes (compresses, fournitures de bureau, imprimés CPAM...)
- ☞ Tenir la comptabilité mensuelle et savoir classer et régler les différentes factures
- ☞ Communiquer les éléments indispensables au comptable responsable
- ☞ Dans certains cas, savoir effectuer un bulletin de paye
- ☞ Maîtriser la frappe des différents documents médicaux (lettre de consultation, CROP...)
- ☞ Maîtriser un logiciel de santé spécifique
- ☞ Maîtriser le système SESAM-VITALE.

Bien sûr, ces tâches varient selon la structure où la secrétaire médicale exerce.

Elle peut exercer ce métier dans différentes structures telles que :

- ☞ Le cabinet médical (médecin généraliste ou spécialiste)
- ☞ L'hôpital
- ☞ La clinique
- ☞ La maison de convalescence
- ☞ Le centre de rééducation
- ☞ La maison de retraite
- ☞ Le laboratoire
- ☞ Le centre de radiologie
- ☞ Le service de PMSI
- ☞ Le service social ou médico-social (DASS, PMI)
- ☞ La médecine du travail
- ☞ Le paramédical : kiné, orthophoniste ....

Attention, l'assistante dentaire bénéficie d'une formation spécifique.

# CHAPITRE III

## Le parcours de soins coordonnés et le médecin traitant

Le parcours de soins coordonnés est le circuit que les patients doivent suivre pour accéder aux soins. L'acteur principal de ce parcours est le médecin traitant.

Le parcours de soins a été mis en place en 2005. Il consiste pour un patient à avoir un médecin traitant déclaré. Au départ, cette déclaration concernait les patients de 16 ans et plus. Depuis 2017, les patients de moins de 16 ans peuvent déclarer un médecin traitant avec l'accord d'un des deux parents comme c'est le cas pour les patients de 16 à 18 ans.

Le rôle du médecin traitant consiste à :

- ☞ coordonner les soins du patient et assurer un suivi médical optimal
- ☞ orienter le patient dans le parcours de soins en le mettant en relation avec d'autres professionnels de santé
- ☞ établir le protocole de soins dans le cas d'une affection de longue durée
- ☞ centraliser toutes les informations afin de gérer le dossier médical du patient
- ☞ assurer une prévention

Tout médecin inscrit au conseil de l'Ordre peut être déclaré en qualité de médecin traitant. La déclaration s'effectue à l'aide du formulaire de « déclaration de choix de médecin traitant » en version papier ou numérique avec le médecin choisi. Il n'y a pas de durée d'engagement. Une grande liberté est laissée aux patients dans le choix du médecin y compris au niveau géographique.

La non déclaration de médecin traitant entraîne une pénalité dans les remboursements. Une consultation hors parcours de soins est remboursée 30 % du tarif sécurité sociale au lieu de 70 %.

### Qui peut être médecin traitant ?

Tout médecin inscrit au conseil de l'Ordre peut être médecin traitant :

- ☞ médecin généraliste ;
- ☞ médecin spécialiste ;
- ☞ médecin libéral ;
- ☞ médecin hospitalier ;
- ☞ médecin urgentiste ;
- ☞ médecin salarié d'un centre de santé.

### ***Un médecin non conventionné peut-il être médecin traitant ?***

*Oui. Tout médecin inscrit au conseil de l'Ordre, qu'il soit généraliste ou spécialiste, qu'il soit médecin libéral, médecin hospitalier, médecin urgentiste ou médecin salarié d'un centre de santé, peut être médecin traitant.*

### ***Patient en ALD***

*À noter que, pour le suivi des patients en affection de longue durée (A.L.D.), le médecin traitant pourra percevoir une rémunération de 40 euros par an et par patient en A.L.D.*

*Le versement de la rémunération de 40 euros est effectué à la date anniversaire de l'entrée du patient en A.L.D. Les versements sont regroupés en début de chaque trimestre (excepté durant le mois de démarrage, compte tenu de la mise en place technique du dispositif).*

*Par exemple, pour un patient dont la date anniversaire d'entrée en A.L.D. se situe entre le 1er juillet et le 30 septembre 2005, la rémunération est versée en totalité à compter du 1er juillet. C'est la caisse d'Assurance Maladie dont dépend le cabinet médical qui assure ce versement.*

## Le temps de l'engagement

Il n'y a pas de durée fixée et imposée.

Le médecin traitant d'un patient, l'est sans condition de durée, sachant que la liberté de choix donne la possibilité de ne plus être médecin traitant, et qu'elle permet également au patient de changer de médecin traitant.

De la même façon que le patient a le libre choix de son médecin traitant, le médecin est libre d'accepter ou de refuser d'être le médecin traitant d'un patient et libre de changer d'avis.

## Orientation du patient vers le médecin correspondant

*Le médecin traitant doit adresser le patient au médecin spécialiste lorsque son état le justifie. Cette démarche doit être accompagnée d'une lettre décrivant l'état de santé du patient*

Elle se traduit tout d'abord par le courrier habituel du médecin traitant décrivant l'état de santé du patient au médecin correspondant.

Ensuite, lors de la consultation, le médecin correspondant indique sur la feuille de soins que le patient lui est adressé par son médecin traitant (s'il remplit une feuille de soins papier, il précise le nom et le prénom du médecin traitant ; en cas de feuille de soins électronique (F.S.E.), il saisit le code MTO). Lorsque le patient doit revoir le médecin spécialiste dans le cadre d'un suivi, il n'est pas nécessaire qu'il repasse par le médecin traitant.

## Les situations particulières

Il existe des médecins dits en accès direct spécifique, ils sont consultables sans passer par le médecin traitant, il s'agit :

- ☒ des gynécologues
- ☒ des ophtalmologues
- ☒ des psychiatres pour les patients de 16 à 25 ans
- ☒ des stomatologues
- ☒ des addictologues

Certains cas particuliers permettent de consulter un médecin autre que le médecin traitant déclaré sans sortir du parcours de soins. Ce sont les situations suivantes :

- ☒ MTR : médecin traitant remplacé ou consultation assurée par un associé en cas de cabinet de groupe
- ☒ MTU : médecin consulté dans le cadre d'une urgence
- ☒ MTH : médecin consulté hors résidence habituelle

Ces situations sont prévues sur la feuille de soins papier par des cases à cocher, en cas de feuilles de soins électroniques, il faudra utiliser les codes MTR, MTU et MTH.

### Médecin non remplacé

Dans cette situation en effet, le médecin consulté à la place du médecin traitant, en son absence, coche la case « Médecin traitant remplacé », prévue à cet effet sur la feuille de soins papier qui entre en vigueur le 1er juillet 2005, ou saisit le code « MTR » s'il réalise une feuille de soins électronique (F.S.E.), ce qui permettra au patient d'être remboursé dans les meilleures conditions.

### Cabinet de groupe

Les patients peuvent consulter un autre médecin du cabinet.

Dans cette situation, le médecin consulté coche la case « Médecin traitant remplacé », prévue à cet effet sur la feuille de soins papier, ou saisit le code « MTR » s'il réalise une feuille de soins électronique (F.S.E.), ce qui permettra au patient d'être remboursé dans les meilleures conditions.

### Patients en cas d'urgence

En cas d'urgence, les patients peuvent consulter un médecin de garde, la nuit de 20h à 8h, ou le dimanche ou les jours fériés, sans baisse de remboursement.

Dans cette situation, le médecin consulté coche la case « Urgence », prévue à cet effet sur la feuille de soins papier ou saisit le code « MTU » s'il réalise une feuille de soins électronique (F.S.E.), ce qui permettra au patient d'être remboursé dans les meilleures conditions.

### Patients en vacances ou en déplacement

En cas d'éloignement de leur domicile habituel, pour des vacances par exemple, les patients peuvent consulter un autre médecin, sans baisse de remboursement.

Dans cette situation, le médecin consulté coche la case « Hors résidence habituelle » prévue à cet effet sur la feuille de soins papier ou saisit le code « MTH » s'il réalise une feuille de soins électronique (F.S.E.), ce qui permettra au patient d'être remboursé dans les meilleures conditions.

### Établissement de long séjour

En établissement de long séjour, les déclarations de choix du médecin traitant sont individuelles et non collectives.

## Spécificités du parcours de soin :

Le parcours de soins ne concerne pas :

- ✎ Les étrangers de passage en France
- ✎ Les patients bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat

*Annexe 1 : cerfa déclaration de choix du médecin traitant*

# CHAPITRE IV

## Les différents secteurs de médecins et cotations des actes

### Les secteurs

Tous les actes médicaux sont répertoriés au sein de deux nomenclatures.

La CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

La NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

**Les médecins exercent en hôpital ou en Cabinet. Ceux qui travaillent à l'hôpital appartiennent à la fonction publique hospitalière et sont rémunérés mensuellement. Ceux qui travaillent en cabinet et en clinique sont appelés médecins libéraux. Ils exercent à titre personnel ou en société civile associés à d'autres confrères. Leur rémunération est fonction de leur activité et s'appelle des honoraires. Il arrive fréquemment que des médecins exercent parallèlement à titre libéral et en milieu hospitalier.**

Tous les médecins **libéraux** exercent leur activité en respectant un secteur tarifaire. On parle communément du secteur 1 et du secteur 2 pour les médecins conventionnés.

Il existe un troisième secteur totalement libre car les médecins sont non conventionnés, cela signifie qu'ils n'ont pas signé de convention avec l'assurance maladie. Les caisses de sécurité sociale remboursent leurs consultations sur la base de 1 €.

#### **Secteur 1**

Les médecins en secteur 1 pratiquent les tarifs de la sécurité sociale. Les patients sont remboursés 70 % du montant de la consultation.

#### **Secteur 2**

Les médecins en secteur 2 peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires avec « tact et mesure ». Les patients sont remboursés à hauteur de 70 % sur la base du barème de la sécurité sociale. Le montant des dépassements reste libre.

Au sein du secteur 2, les médecins peuvent souscrire à l'OPTAM, Option Pratique Tarifaire Maîtrisée. Ils s'engagent alors à respecter un taux moyen de dépassement et un taux moyen d'activité facturée sans dépassement. Le taux du dépassement autorisé est en général plafonné à 100 % du montant de la consultation, ainsi un médecin spécialiste ayant adhéré à l'OPTAM pourra facturer une consultation CS + MCS + MPC = 30€ à 60€.

L'OPTAM s'appelle OPTAMCO pour les chirurgiens et les obstétriciens.

**Tableau des tarifs de base**

	code	tarif
Consultation médecin généraliste	G	25
Consultation médecin spécialiste	CS	23
Consultation médecin spécialiste OPTAM	CS + MCS MPC	30
Avis ponctuel de consultant	APC	50

L'APC anciennement C2 est applicable par les médecins spécialistes. Il concerne les patients qui ne sont pas venus depuis 4 mois et qui ne seront pas revus dans les 4 mois qui suivent. Les patients sont adressés par le médecin traitant.

Depuis le 15 septembre 2018, une consultation à distance (téléconsultation) a été mise en place. Le code est TCG, les honoraires s'élèvent à 25 €.

## Les cotations des actes

Chaque acte est codifié selon une nomenclature officielle de la CPAM.

Concernant les consultations, les cotations les plus rencontrées sont :

G : 25 euros (consultation médecin généraliste)

CS : 23 euros : (consultation spécialiste)

Majorations ajoutées pour spécialistes du secteur I et secteur II (si OPTAM) :

+ 2 euros (Majoration Provisoire Clinicien = MPC)

+ 5 euros (Majoration Coordination Spécialiste = MCS)

Soit un total de 30 euros

APC : 50 euros (Avis Ponctuel de Consultant)

L'APC est une consultation ponctuelle applicable par un médecin ancien interne des hôpitaux, ou un spécialiste. Le patient doit être envoyé par son médecin traitant. Il ne devra pas avoir été vu 4 mois auparavant et ne sera pas revu dans les 4 mois suivants.

Il existe un grand nombre de codes précisant et / ou majorant le tarif des consultations de base. Diverses majorations ont été mises en place progressivement par exemple : MPA (rémunération forfaitaire pour patient âgé), VL (visite longue pour patient atteint de maladie neuro végétative). Attention, certaines majorations sont réservées exclusivement aux médecins adhérant à l'OPTAM.

Les médecins généralistes peuvent appliquer une majoration de déplacement aux visites à domicile.

Ils peuvent également appliquer une majoration de nuit ou de jour férié.

Ils ne peuvent cependant pas cumuler plusieurs majorations (EX : consultation de nuit + férié)

Pour les chirurgies, la visite sera gratuite durant les 30 jours suivant l'intervention, au-delà le chirurgien cotera une consultation.

### **LES VISITES A DOMICILE**

La majoration de déplacement, dont le montant est fixé à 10 euros, ne peut pas se cumuler avec la majoration de nuit, de dimanche et la majoration d'urgence.

Cette majoration est effective du lundi au vendredi de 8h à 20h et le samedi entre 8h et 12h.

**La majoration de déplacement de nuit** pour visite à domicile (MDN) Justifiée par des critères médicaux ou sociaux définis supra, elle est effectuée entre 20h et minuit ou entre 6h et 8h. Son montant est fixé à 38,50 euros.

**La majoration de déplacement de milieu de nuit** pour visite à domicile (MDI) Justifiée par des critères médicaux ou sociaux, elle est effectuée entre 0h et 6h. Son montant est fixé à 43,50 euros.

**La majoration de déplacement de dimanche ou jour férié** (MDD) Justifiée par des critères médicaux ou sociaux, elle s'applique à partir du samedi midi. Son montant est fixé à 22,60 euros.

## LA MAJORATION D'URGENCE (MU)

C'est la cotation à utiliser lorsqu'il y a interruption des consultations pour une visite d'urgence :

- soit à la demande du centre de réception et de régulation des appels du Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) ;
- soit à la demande expresse et motivée du patient.

La majoration d'urgence peut se cumuler avec :

- la cotation des indemnités horo-kilométriques (IK)
- la cotation d'un électrocardiogramme.

Elle ne peut pas se cumuler avec :

- la majoration de nuit ou de milieu de nuit (MDN, MDI)
- la majoration de dimanche et jours fériés (MDD)
- la majoration de déplacement (MD).

Le montant de la MU est fixé à 22,60 euros.

Si le médecin estime que le déplacement du patient au cabinet était possible, il peut majorer le montant des honoraires. Il faut indiquer alors « DE » dans la zone de dépassement sur la feuille de soins.

Lorsque le médecin consulte à domicile plusieurs malades de la même famille habitant ensemble, seul le premier acte est compté pour une visite, les suivants sont considérés comme des consultations.

Attention : on ne peut facturer plus de deux consultations en plus de la première visite.

"V, Vs, VNpsy" pour les visites au domicile du malade, "B" pour les analyses de laboratoire, "AM" pour les services d'auxiliaires (AMK : kiné, AMO : orthophoniste, AMY : ophtalmo) ...

*Nota pour la Martinique, la Guadeloupe et la Réunion : les cotations diffèrent :*

*G : 29,60 – CS : 27,60 (34,60 avec les majorations) – APC : 57,60*

*Annexe 2 : feuille de soins*

## Les nomenclatures

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux (1<sup>ère</sup> version en mars 2005).  
Tous les codes sont constitués de 4 lettres et 3 chiffres. La CCAM répertorie plus de 7600 actes répartis en 19 chapitres. Les chapitres sont organisés par grande structure anatomique ou fonctionnelle.

Exemple d'un code CCAM : JKLD001 : pose d'un dispositif intra-utérin (stérilet)  
A cet acte, correspond une fiche fournissant des informations telles que le tarif, la nécessité d'un accord préalable, les éventuels types d'acte pouvant être associé à l'acte principal...

### Capture écran fiche CCAM

Fiche d'acte abrégée		<a href="#">&gt; Voir la fiche détaillée</a>
Imprimer   Exporter   Mémoireiser		
CODE : JKLD001		
LIBELLE : Pose d'un dispositif intra-utérin		
Code regroupement : ATM - Acte technique medical		
Date d'effet :	<input type="text" value="01/01/2018"/> ▼ <input type="button" value="ok"/>	<a href="#">&gt; Historique</a>
Activité :	<input type="text" value="Activité 1"/> ▼ <input type="button" value="ok"/>	Phase : <input type="text" value="Phase 0"/> ▼ <input type="button" value="ok"/>
Convention PS:	<input type="text" value="Spé chir et gynéco-obst. s1 / s1 OPTAM"/> ▼ <input type="button" value="ok"/>	
Prise en charge	<a href="#">&gt; Plus de détails</a>	
Accord préalable : Cet acte n'est pas soumis à une entente préalable		
Admission au remboursement : Acte remboursable		
Exonération du ticket modérateur : Acte pouvant être exonéré par la règle du seuil et exonérant alors la facture		
Tarification	<a href="#">&gt; Plus de détails</a>	
Prix de l'acte : 38,4 euros		
Suppléments de charges en cabinet : 0,0 euros		

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels (création en 1972)  
Les codes de la NGAP sont des lettres comme CS, G, V...

En règle générale, les actes issus des deux nomenclatures ne sont pas compatibles mais il y a des exceptions :

- ☞ Une consultation et un frottis cervico-vaginal
- ☞ Une consultation et une radiographie du poumon (pneumologue uniquement)
- ☞ Une consultation et un électrocardiogramme

Dans ces 3 cas, tous les actes sont cotés à 100%.

## La convention médicale

Il s'agit d'un accord signé entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations syndicales représentatives des médecins libéraux, qui définit les règles et obligations respectives de l'Assurance Maladie et des médecins qui exercent en cabinet, en maison de santé, ou en clinique privée.

La convention propose des mesures relatives aux modalités d'exercice des médecins (installation, facturation, télémedecine ...), à la qualité de services (horaires d'ouverture...) et à la modernisation des pratiques et des échanges (taux de télétransmission des documents – feuille de soins, arrêts de travail, affection longue durée...).

**La dernière convention 2016-2021 signée en août 2016** a comme mesure principale, l'augmentation des tarifs de consultation.

Si la hausse de la consultation est la mesure la mieux connue de la de cette convention médicale, d'autres dispositions sont en train de se mettre en place. Il s'agit de répondre à deux objectifs clés :

- ☞ Renforcer l'accès aux soins ;
- ☞ Améliorer la prise en charge des patients.

Cette convention est consultable sur le site <http://convention2016.ameli.fr/>

### **Rémunération basée sur des objectifs de santé publique (ROSP)**

Dans le cadre de la convention médicale signée le 26 juillet 2011, l'Assurance Maladie et les syndicats de médecins ont mis en place une rémunération basée sur des objectifs de santé publique. La base de la rémunération des médecins est le paiement à l'acte. Le dispositif de la ROSP vise à favoriser la qualité de la pratique médicale par le respect de plusieurs indicateurs.

Le plus connu porte sur l'organisation du cabinet notamment l'informatisation outil indispensable à la télétransmission et beaucoup d'autres relations entre l'assurance maladie et les médecins.

Le médecin perçoit une rémunération en fonction de la réalisation des objectifs, par exemple le taux de FSE réalisées.

# CHAPITRE V

## Les Couvertures Sociales

Les couvertures sociales sont assurées par les différentes caisses d'assurance maladie. La principale et la plus répandue est la CPAM, mais il existe diverses caisses selon les secteurs professionnels (agricole : MSA, fonction publique : MFP,...).

Le régime de base permet au patient d'être remboursé à hauteur de 70 % du montant de la consultation (90 % en région Alsace). Cette part est appelée la part AMO assurance maladie obligatoire. La part restante s'appelle l'AMC assurance maladie complémentaire ou ticket modérateur. Elle est prise en charge par les mutuelles le cas échéant.

Il faut noter que les honoraires des auxiliaires médicaux (infirmières, kiné ...) sont pris en charge à hauteur de 60 %.

### **La PUMa (protection universelle maladie)**

**La PUMa garantie à toute personne travaillant ou résident en France de manière stable et régulière un droit à une prise en charge des frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de sa vie.**

**Elle permet d'éviter les ruptures de droits en cas de changement de situation (perte d'emploi, séparation, ...).**

**Elle a été mise en place en 2016.**

### Les cas d'exonération du ticket modérateur

#### **La CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire)**

La CMU-C est une couverture maladie complémentaire gratuite destinée à faciliter l'accès aux soins des personnes disposant de faibles ressources et résidant en France de façon stable et régulière. (NB : Elle n'est pas applicable à Mayotte). Les conditions d'obtention de la CMU-C sont donc au nombre de 3 :

- ☞ résider en France depuis plus de 3 mois
- ☞ être en situation régulière
- ☞ avoir des ressources inférieures à un certain montant

#### **L' ACS (aide à la complémentaire santé)**

Les patients dont les ressources restent modestes mais cependant supérieures au plafond d'obtention de la CMU-C (35%) peuvent bénéficier de l'aide à la complémentaire santé. Elle prend la forme d'une attestation-chèque qui permet d'obtenir une réduction sur le montant annuel des cotisations à une complémentaire santé. Le montant varie entre 100 et 550 €.

Les mutuelles partenaires affichent sur la vitrine le logo ci-dessous :



### **L' AME (aide médicale de l'État)**

L'aide médicale de l'État est destinée à permettre l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière au regard de la réglementation française. Les conditions d'obtention sont les mêmes que pour l'obtention de la CMU-C en ce qui concerne le délai de résidence en France et un plafond de ressources. Lorsqu'un bénéficiaire de l'AME régularise sa situation, il perd le bénéfice de l'AME et peut demander la CMU-C.

**La maternité** du 1<sup>er</sup> jour du sixième mois de grossesse jusqu'au 12<sup>ème</sup> jour après l'accouchement ainsi que tous les frais d'hospitalisation du nouveau-né dans les 30 jours suivant la naissance

### **L'accident du travail et / ou la maladie professionnelle**

### **Les analyses de laboratoire relatives au dépistage du VIH et de l'hépatite C**

### **Les frais liés aux IVG**

### **Les bénéficiaires de l'article L212-1 (victimes de guerre).**

**Les victimes d'acte de terrorisme (cocher les cases « autre » et « accident causé par un tiers »).**

Les patients concernés ne font pas l'avance des frais et ne sont pas soumis à la participation forfaitaire de 1 €, ni aux franchises médicales.

### **Cas particulier : l'ALD Affection de longue durée**

Trois situations donnent lieu à un statut particulier dit ALD exonérantes :

-  les patients atteints d'une affection inscrite sur la liste (ALD 30)
-  les patients atteints d'une affection dite « hors liste » (ALD31), c'est à dire une maladie grave ne figurant pas sur la liste des ALD 30, entraînant un traitement d'une durée prévisible de plus de 6 mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse.
-  Les patients atteints de poly-pathologies (ALD 32)

**ALD exonérante** : pathologie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et coûteux.

Le patient est exonéré du ticket modérateur cependant le forfait de 1 € et les franchises médicales restent à sa charge. Ces pathologies sont répertoriées sur une liste établie par le ministère de la santé.

**ALD non exonérante** : pathologie nécessitant une interruption de travail et des soins d'une durée supérieure à 6 mois.

Le patient est remboursé aux taux habituels.

*Annexe 3 : déclaration ALD*

<p align="center"><b>Liste des Affections Longue Durée (ALD 30) qui donnent lieu à exonération du ticket modérateur (Article D-322-1 du CSS)</b></p>
--

- Accident vasculaire cérébral invalidant ;
- Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ;
- Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ;
- Bilharziose compliquée ;
- Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves ; cardiopathies congénitales graves ;
- Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ;
- Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine ;
- Diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
- Forme grave des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;
- Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;
- Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;
- Maladie coronaire ;
- Insuffisance respiratoire chronique grave ;
- Lèpre ;
- Maladie de Parkinson ;
- Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;
- Mucoviscidose ;
- Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ;
- Paraplégie ;
- Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive ;
- Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave ;
- Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale ;
- Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ;
- Sclérose en plaques ;
- Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne ;
- Spondylarthrite ankylosante grave ;
- Suites de transplantation d'organe ;
- Tuberculose active ;
- Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

## Cas particulier : Région Alsace Moselle

Le droit local en Alsace et Moselle est un régime juridique qui conserve, dans les anciens territoires cédés puis repris, les dispositions mises en place par les autorités allemandes lorsqu'elles sont estimées plus favorables aux habitants ainsi que des dispositions qui ont été transformées ou supprimées par la législation française. Ce régime, créé en 1919 au lendemain de la Première Guerre mondiale, concerne les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle aujourd'hui situés dans la région Grand Est.

Une des plus importantes dispositions ayant un impact sur le régime de sécurité sociale est l'obligation d'une mutuelle complémentaire instaurée en 1911.

Les taux de remboursement de la caisse d'assurance maladie sont supérieurs aux taux pratiqués dans les autres régions.

*Annexe 4 : Tableau « Taux de remboursement des actes et soins médicaux pris en charge par l'Assurance Maladie »*

## Les forfaits et les franchises médicales obligatoires

### Qu'est-ce que la franchise médicale ?

La franchise médicale est une somme qui est déduite des remboursements effectués par la caisse d'assurance maladie sur :

- les médicaments
- les actes paramédicaux
- les transports sanitaires

Le montant de la franchise est de :

- 0,50 € par boîte de médicaments
- 0,50 € par acte paramédical
- 2 € par transport sanitaire

Il faut noter que la franchise ne s'applique pas aux médicaments et aux actes paramédicaux délivrés au cours d'une hospitalisation, ni aux transports d'urgence type SAMU.

Il existe 2 plafonds applicables aux franchises :

- un plafond journalier :
  - pas plus de 2€ par jour pour les actes paramédicaux
  - pas plus de 4 € par jour pour les transports sanitaires
- un plafond annuel :

Le montant de la franchise médicale est plafonné à 50 € par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernés.

Tous les assurés sont concernés par la franchise sauf :

- les enfants de moins de 18 ans
- les bénéficiaires de la CMU-C, de l'AME, de l'ACS
- les femmes enceintes à partir du 1<sup>er</sup> jour du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse jusqu'au 12<sup>ème</sup> jour après l'accouchement

- les jeunes filles mineures d'au moins 15 ans pour la contraception et la contraception d'urgence
- les victimes d'un acte de terrorisme pour les frais de santé en rapport avec cet évènement

### Qu'est-ce que la participation forfaitaire de 1 € ?

Une participation forfaitaire de 1 € s'applique à toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin ainsi qu'aux examens radiologiques et aux analyses de biologie médicale.

Elle concerne :

- tous les patients de plus de 18 ans qu'ils soient ou non dans le parcours de soins coordonnés, que la consultation ait lieu au cabinet, à domicile, en centre de soins, en consultation externe ou aux urgences de l'hôpital
- les examens de radiologie
- les analyses de biologie médicale

La participation forfaitaire de 1 € ne s'applique pas :

- chez le chirurgien-dentiste
- pour les soins pratiqués par un auxiliaire médical (infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste...)
- pour les soins pratiqués par une sage-femme
- dans le cadre d'une intervention chirurgicale
- pour les actes réalisés dans le cadre du dépistage du cancer du sein.

Le montant de la participation forfaitaire est plafonné à 50 € par année civile par personne.

### Qu'est-ce que le forfait de 24 € ?

Pour les actes dépassant un certain tarif, le ticket modérateur qui reste à la charge du patient est remplacé par une participation forfaitaire de 24 €.

Cette participation s'applique :

- aux actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120 € qu'ils soient pratiqués en cabinet ou en établissements de santé ou en HAD. Elle est souvent prise en charge par les mutuelles.

Elle ne s'applique pas :

- aux bénéficiaires de la CMU-C
- aux bénéficiaires de l'AME
- aux bénéficiaires du régime Alsace Moselle.

### Qu'est-ce que le forfait hospitalier ?

Le forfait hospitalier est une participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien liés à son hospitalisation. Le montant de ce forfait est fixé par arrêté ministériel. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, il s'élève à :

- 20 € par jour en hôpital ou clinique
- 15 € par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé.

Il est souvent pris en charge par les mutuelles. Il existe des situations d'exonération.

Le forfait hospitalier n'est pas dû :

-  par les femmes enceintes hospitalisées pendant les 4 derniers mois de grossesse, pour l'accouchement et pendant les 12 jours qui suivent l'accouchement
-  par les bénéficiaires de la PUMa, de la CMU-C, de l'ACS
-  par les enfants hospitalisés dans les 30 jours suivant la naissance
-  par les patients hospitalisés dans le cadre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle
-  par les patients en HAD
-  par les bénéficiaires du régime Alsace Moselle
-  par les titulaires d'une pension militaire
-  par les victimes d'actes de terrorisme.

### La gestion des honoraires

Il appartient souvent à la secrétaire médicale de gérer la comptabilité du cabinet. Dans un registre

Son rôle consiste à encaisser les honoraires puis établir un document relatant les encaissements quotidiens. Ce document peut être intégré dans le logiciel de gestion du cabinet, dans un tableur à part entière type Excel ou sous forme matérielle dans un registre aussi appelé journal.

Ce journal répertorie les encaissements, l'identité du patient, le mode de règlement. En ce qui concerne les bénéficiaires du tiers payant (PUMa, AME...), le journal permettra le pointage des paiements en enregistrant l'encaissement au jour du virement par l'organisme payeur.

# CHAPITRE VI

## Le dossier patient

Le dossier patient est un ensemble de documents physiques ou informatisés qui retrace les épisodes concernant la santé de cette personne. Il contient des informations administratives, médicales et paramédicales.

### Partie administrative

- ✎ état civil (nom, nom de jeune fille, prénoms, date et lieu de naissance)
- ✎ profession
- ✎ adresse
- ✎ téléphones (fixe, portable, professionnel)
- ✎ adresse mail
- ✎ numéro et caisse de sécurité sociale
- ✎ mutuelle
- ✎ nom du médecin traitant

### Partie médicale

La partie médicale du dossier patient contient un historique comprenant :

- ✎ les antécédents personnels, familiaux et chirurgicaux
- ✎ les allergies
- ✎ les vaccinations
- ✎ le groupe sanguin

et une partie relatant les dates et motifs de consultation. Le logiciel Hellodoc présente un outil appelé MECA :

- ✎ - M : motif
- ✎ - E : examen
- ✎ - C : conclusion
- ✎ - A : Action

### Partie paramédicale

La partie paramédicale du dossier patient contient tous les résultats d'examens, les courriers des divers correspondants, les comptes rendus d'hospitalisation...

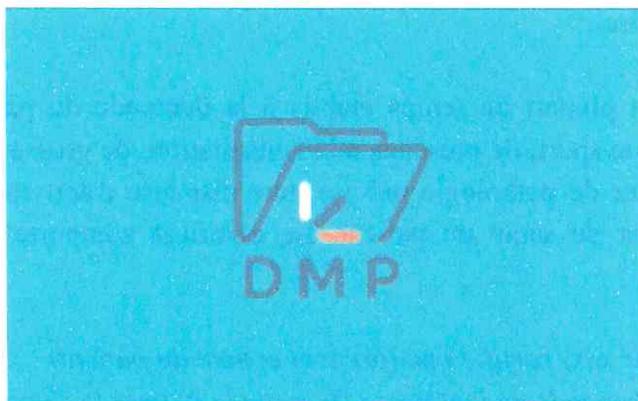
En 2004, le ministère de la santé a instauré un dossier médical informatisé reprenant toutes les données médicales du patient. Son but est d'améliorer la coordination des soins. On l'appelle le dossier médical partagé DMP. Il est opérationnel depuis 2011.

Le DMP Dossier Médical Partagé est un système gratuit et confidentiel permettant de conserver les données de santé en ligne et de les partager avec tous les professionnels de santé concernés. Il contient les informations telles que :

-  les pathologies et allergies éventuelles
-  les antécédents
-  les médicaments prescrits
-  les comptes rendus d'hospitalisation
-  les résultats d'analyses, radiographies...
-  les données de remboursements de l'assurance maladie

Le DMP est créé par le patient auprès de sa caisse d'assurance maladie, auprès d'un professionnel de santé équipé de l'outil informatique nécessaire ou directement sur le site [www.mon-dmp.fr](http://www.mon-dmp.fr). La carte vitale est indispensable pour la création du DMP.

Annexe : logo DMP



# CHAPITRE VII

## Les documents rédigés par le médecin

Il existe 3 principales sortes de documents rédigés par le médecin.

- ✎ Les lettres et certificats
- ✎ Les comptes rendus opératoires
- ✎ Les ordonnances

### Lettres et certificats

Les lettres sont constituées par les courriers de liaison entre médecins, les courriers adressés au patient, les lettres de sorties d'hospitalisation et les expertises. Elles sont rédigées sur papier à entête du médecin.

Les certificats sont la plupart du temps établis à la demande du patient. Il peut s'agir de certificat de dispense de sport, de présence à la consultation, de grossesse... Les certificats ne doivent pas mentionner de pathologie précise, une dispense d'activité ou une obligation de repos sera liée à l'état de santé du patient. Le certificat comporte toujours les mentions suivantes :

*« Je soussigné (docteur xxx) certifie que (prénom et nom du patient) ....  
Certificat établi à la demande de l'intéressé (lorsque le patient le demande) et remis en mains propres (lorsque le certificat est remis au patient) pour faire et valoir ce que de droit. »*

Enfin, on ajoutera la date, le lieu et la signature du médecin.

### Compte-rendu opératoire (CRO ou CROP)

Ils sont obligatoirement établis à l'issue de chaque intervention chirurgicale. Ils comprennent :

- ✎ l'état civil du patient
- ✎ la date et l'heure de l'intervention (heure de début et de fin)
- ✎ le type d'intervention et les cotations CCAM
- ✎ le nom du chirurgien, de l'anesthésiste et des autres intervenants
- ✎ les références du matériel utilisé aux fins de traçabilité
- ✎ le déroulement de l'intervention
- ✎ la signature de l'opérateur

## Ordonnances

Il existe 4 types d'ordonnances. Elles présentent toujours le nom et prénom du médecin, son numéro ADELI et RPPS, sa spécialité, son lieu d'exercice et les numéros à joindre en cas d'urgence.

### Les ordonnances simples

Ce sont les ordonnances les plus répandues, rédigées par le médecin soit de façon manuscrite ou de façon informatique lorsque le médecin utilise les bases de données de médicaments. Elles indiquent le nom du patient à qui est destinée la prescription, la date et la posologie pour un traitement médicamenteux. La plupart du temps, ces ordonnances ont une validité d'un an.

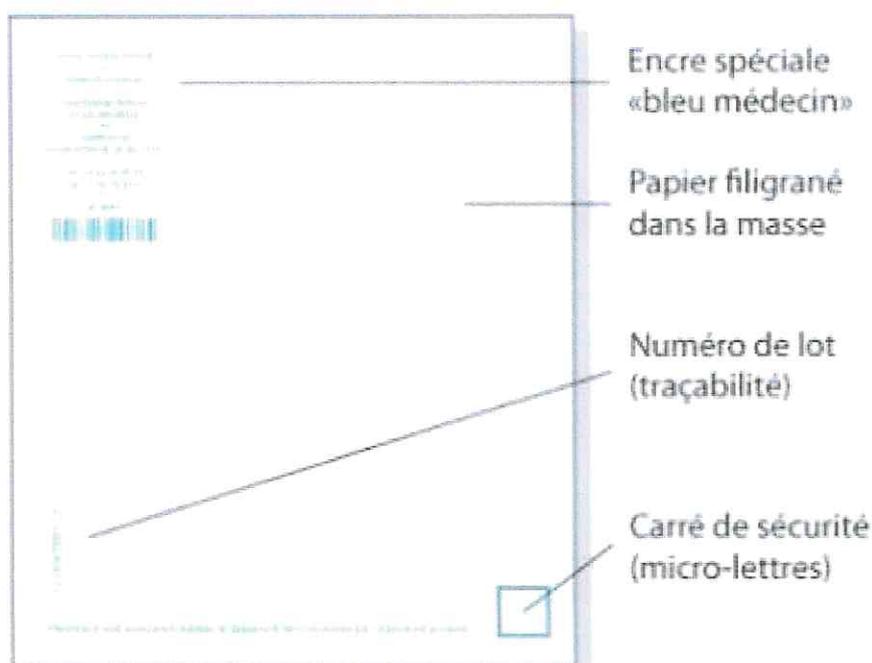
### Les ordonnances bizones

Elles sont réservées aux patients en ALD. Elles présentent deux zones permettant de distinguer les soins qui concernent l'ALD (partie supérieure) et les soins sans rapport avec l'ALD (partie inférieure).

### Les ordonnances sécurisées ou infalsifiables

Elles sont réservées à la prescription de substances spécifiques et répondent à des spécifications techniques précises (papier fil filigrané blanc sans azurant optique, mentions pré-imprimées en bleu...) La posologie doit être indiquée en toutes lettres. Sa durée de validité est généralement très courte environ 3 jours.

## Caractéristiques de l'ordonnance protégée



Les ordonnances de médicaments d'exception (*Annexe 16*)

Cette prescription concerne les médicaments dits d'exception. Elle est réalisée sur un formulaire délivré par la CPAM aux médecins qui comprend 4 volets :

- volet 1 pour le patient
- volet 2 & 3 joints à la feuille de soins en vue du remboursement et au contrôle médical
- volet 4 destiné au pharmacien.

*Annexe 4 : Tableau « Taux de remboursement des actes et soins médicaux pris en charge par l'Assurance Maladie »*

# CHAPITRE VIII

## Les différents imprimés de la sécurité sociale

Les caisses d'assurance maladie fournissent divers imprimés à l'attention des médecins. Certains sont nominatifs comme les feuilles de soins ou les arrêts maladie, d'autres sont vierges comme les bons de transport pour les demandes d'entente préalable. L'informatisation des cabinets médicaux permet de plus en plus de dématérialiser des imprimés et d'effectuer les démarches telles que les déclarations de grossesse ou les arrêts maladie à l'aide de la carte vitale du patient.

### La feuille de soin – cf. annexe 2

### La prescription médicale de transport

Il existe différents types de transports pris en charge par l'assurance maladie :

#### Les transports sanitaires :

- Le VSL (Véhicule Sanitaire Léger) : transport médicalement prescrit en position assise avec nécessité d'assistance. Le conducteur doit être titulaire du certificat de l'Attestation de Formation de Premier Secours (AFPS). Il fait partie du TAP : transport assis professionnalisé.
- L'ambulance : transport médicalement prescrit en position allongée ou nécessitant une surveillance constante. L'équipage est constitué de deux personnes dont l'une est obligatoirement titulaire du Certificat d'Aptitude Ambulancier (CAA), l'autre soit de l'AFPS, soit du CAA.
- SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) : Ambulance de grand secours réservée au transport de malades blessés gravement atteints. Un médecin est à bord du véhicule.

#### Les transports non sanitaires :

- Taxi : transport en position assise avec facilité d'accès au véhicule lorsque l'état de santé du malade ne permet pas d'emprunter un transport en commun. Les taxis doivent passer une convention avec la CPAM (il fait partie du TAP : transport assis professionnalisé).
- Voiture particulière : le malade peut se déplacer lui-même ou est accompagné par une personne de son entourage. (il sera remboursé sur la base des kilomètres effectués et le carburant dépensé).
- Transports en commun : le malade peut se déplacer et accéder aisément aux transports en commun (métro, bus...). On lui remboursera son titre de transport.

La CPAM prend en charge les frais de transport sous certaines conditions :

- ✎ hospitalisation complète, partielle ou ambulatoire,
- ✎ soins ou traitements en rapport avec une ALD, un AT/MP,
- ✎ nécessité d'être allongé ou sous surveillance constante,
- ✎ longue distance (+ de 150 kms aller), en série (au moins 4 transports de plus de 50 kms aller, sur 2 mois, pour un même traitement). Pour ces cas, il est nécessaire d'établir une demande de prise en charge des transports auprès de la CPAM.
- ✎ convocation du contrôle médical, de la commission régionale d'invalidité,
- ✎ expertise médicale de la Sécurité Sociale,
- ✎ consultation médicale ou fournisseur d'appareillage médical,
- ✎ accompagnement d'un enfant de – de 16 ans,
- ✎ assistance d'une personne dont l'état de santé le nécessite.

### La demande préalable pour les transports

La prise en charge de certains transports est soumise à l'accord préalable de l'assurance maladie si :

- plus de 150 km aller
- transport en avion ou en bateau de ligne régulière (billet 2<sup>ème</sup> classe)
- transport en série (le nombre de transports prescrits pour un même traitement est au moins égal à 4 au cours d'une période de 2 mois sachant que chaque transport est effectué vers un lieu distant de plus de 50 km aller).

### La demande de remboursement des frais de transport, pour motif médical en véhicule personnel

Ce document est à remettre au patient qui utilise son véhicule personnel et doit être impérativement accompagné de la prescription médicale de transport établie par le médecin. Il convient de cocher la case « véhicule personnel ».

### La demande d'accord préalable

Pour les actes réalisés en série dans des situations médicales déterminées, une DAP est nécessaire quand la poursuite du traitement est au-delà du nombre d'actes fixés.

C'est le professionnel de santé qui informera de la nécessité d'effectuer une demande d'entente préalable auprès de la CPAM. La non réponse de la CPAM dans un délai de 15 jours vaut accord.

C'est un document en 2 exemplaires à adresser au médecin conseil de la CPAM par le professionnel de santé.

## Protocole de soins

Ce document est rédigé lorsque le patient est atteint d'une ALD qui nécessite des soins continus, coûteux et d'une durée prévisible de 6 mois ou plus.

Le médecin y note le diagnostic précis, le programme thérapeutique adapté et le suivi envisagé.

Lorsque l'ALD est accordée par la CPAM, c'est pour une durée de 5 ans. A l'issue de cette date, on peut demander le renouvellement mais dans le cas de pathologie à vie, le renouvellement sera automatique (par exemple : diabète, HTA, insuffisance cardiaque...)

Exemple : traitement pour hépatite B ou C (bi-thérapie), radiothérapie ou chimiothérapie pour traitement de cancer.

## L'arrêt de travail

C'est un document qui est effectué lorsqu'il y a un arrêt de travail supérieur à 3 jours. Il peut être initial (1ère consultation) ou de prolongation.

Le médecin remplit la partie « renseignements médicaux », signe, tamponne et date le document.

Le patient remplit la partie le concernant (immatriculation, adresse...)

Il est composé de 3 feuillets, le 1 et le 2 sont à adresser au médecin conseil de la CPAM dont dépend le patient. Le 3 est à adresser à son employeur ou au POLE EMPLOI dans les 2 jours suivant la date d'interruption du travail.

## Feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle

Lorsqu'il y a accident de travail ou maladie professionnelle, l'employeur remet à la victime cet imprimé, et établit parallèlement une déclaration d'accident du travail.

Cet imprimé est conservé par la victime et doit être présenté systématiquement au praticien qui dispense les soins, au pharmacien ou biologiste.

Ces derniers doivent noter les actes au dos du document. A la fin des soins, le document sera adressé à la CPAM pour remboursement.

## Certificat médical d'accident du travail ou maladie professionnelle

Cet imprimé est délivré et complété par le médecin après avoir pris note de la feuille de déclaration d'accident.

Il est composé de 2 parties :

- renseignements sur l'assuré,
- renseignements médicaux (constatations détaillées des lésions, séquelles fonctionnelles ou maladie professionnelle).

Cet imprimé est en 3 feuillets, le 1 et 2 sont à adresser par le praticien au médecin conseil de la CPAM, et le feuillet 3 est à conserver par la victime.

**Annexe II : La feuille de soins (recto-verso)**

- Zone 1 : identification du patient
- Zone 2 : identification du médecin
- Zone 3 : conditions de prise en charge
- Zone 4 : date, nature et montant de l'acte
- Zone 5 : montant total, renseignements sur le paiement de la part obligatoire et de la part complémentaire
- Zone 6 : signatures

**Annexe V : La prescription médicale de transport (et sa notice)**

- Zone 1 : identification du patient
- Zone 2 : situation du patient
- Zone 3 : trajet précis
- Zone 4 : mode de transport
- Zone 5 : éléments d'ordre médical avec le motif de déplacement et la justification du mode de transport choisi
- Zone 6 : date, identification du médecin, signature
- Zone 7 : identification du patient et adresse
- Zone 8 : à remplir par le transporteur.

**Annexe VI : La demande d'Accord Préalable pour les transports (et sa notice)**

**Annexe VII : La demande de remboursement des frais de transport, pour motif médical en véhicule personnel**

**Annexe VIII : La demande d'Accord Préalable (et sa notice)**

**Annexe IX : Le protocole de soins (Affection Longue Durée) (et ses notices)**

- Zone 1 : identification du patient,
- Zone 2 : diagnostic justifiant la demande pour une ALD sur liste et date de début
- Zone 3 : diagnostic justifiant la demande pour une autre ALD et date de début
- Zone 4 : déclaration argumentée dans le cadre d'une autre ALD (diagnostic précis, arguments cliniques, résultats examens complémentaires et plan de soins)
- Zone 5 : notification du médecin conseil
- Zone 6 : tampons et signatures des médecins

**Annexe X : L'avis d'arrêt de travail (et sa notice)**

- Zone 1 : avis initial ou de prolongation de l'AT
- Zone 2 : identification du patient
- Zone 3 : raison médicale de l'arrêt de travail
- Zone 4 : coordonnées de l'employeur
- Zone 5 : renseignements médicaux, durée de l'AT, sorties...
- Zone 6 : éléments justifiant l'arrêt de travail
- Zone 7 : date, tampon, signature du médecin.

### **Annexe XI : La feuille d'accident du travail (AT) ou de maladie professionnelle (MP)**

(recto verso)

- Zone 1 : identification de la CPAM dont dépend le patient, numéro attribué à l'AT /MP (tout au long de sa maladie)
- Zone 2 : identification de la victime
- Zone 3 : identification de l'employeur
- Zone 4 : date de l'AT ou de la MP et nature et siège des lésions
- Zone 5 : demande de renouvellement de la feuille de soins
- Zone 6 : récapitulatif des soins à remplir par les professionnels de santé dans le cadre de l'AT /MP.

### **Annexe XII : Le certificat médical de l'Accident de Travail ou de la Maladie Professionnelle (et sa notice)**

- Zone 1 : étape de l'AT ou de la MP (initial, de prolongation...)
- Zone 2 : identification du patient
- Zone 3 : AT ou MP et date
- Zone 4 : identification de l'employeur
- Zone 5 : renseignements médicaux (siège des lésions, nature...)
- Zone 6 : conséquences (durée de l'arrêt de travail, sorties, conclusions...)
- Zone 7 : date, tampon et signature du médecin.

# CHAPITRE IX

## Le dossier hospitalier

Le dossier d'hospitalisation regroupe les mêmes informations que le dossier patient (vu au chapitre VI) sur le plan administratif.

C'est-à-dire :

- Etat civil complet : nom, prénom, date de naissance
- Adresse & téléphones
- Informations concernant la couverture sociale (caisse de sécurité sociale et mutuelle)
- Profession
- Désignation de la personne de confiance (annexe 13)
- Consentements éclairés (annexe 14)

Sur le plan médical :

- Le groupe sanguin
- Les antécédents personnels, familiaux et chirurgicaux
- Les allergies
- Les vaccinations
- Les traitements en cours

Il faut noter que la plupart des logiciels de gestion des cabinets médicaux intègre une fonction permettant de réaliser le résumé du dossier du patient.

A ces informations, vont s'ajouter tous les éléments concernant l'hospitalisation tels que :

- Bilan biologique
- Imagerie (scanner, IRM...)
- Feuille de suivi de température, tension artérielle...
- CROP
- Compte rendu anatomo-pathologique

Cette liste n'est pas exhaustive, tous les documents référencés dans le dossier hospitalier doivent permettre de garder une trace complète du séjour du patient. Ce dossier est aujourd'hui très souvent en tout ou partie informatisé.

La principale différence avec le dossier patient réside dans les modalités d'accès. En effet, une loi de 2002 permet au patient d'avoir accès à son dossier ou d'en demander une copie mais en respectant une procédure, à savoir une demande écrite accompagnée d'une pièce d'identité ou un justificatif en cas de demande pour un membre de la famille, un mineur ou un majeur protégé. L'établissement hospitalier peut demander une participation financière pour les frais de désarchivage et de photocopie.

# CHAPITRE X

## Le PMSI

Programme de médicalisation des systèmes informatiques.

Le PMSI est un service que l'on trouve au sein de chaque établissement de soins : hôpital, clinique, maison de convalescence, maison de retraite ...

L'objectif est de définir l'activité de l'établissement afin d'obtenir l'allocation budgétaire de l'ARS.

Le dossier hospitalier de chaque patient hospitalisé passe par le service du PMSI. Il est établi un résumé d'unités médicales qui devient ensuite un résumé de sortie standardisé dès la fin du séjour du patient.

Le principal outil des PMSI est la « classification internationale des maladies ». C'est une sorte de répertoire des maladies qui est édité par l'Organisation Mondiale de la Santé. On trouve aussi les codes CCAM.

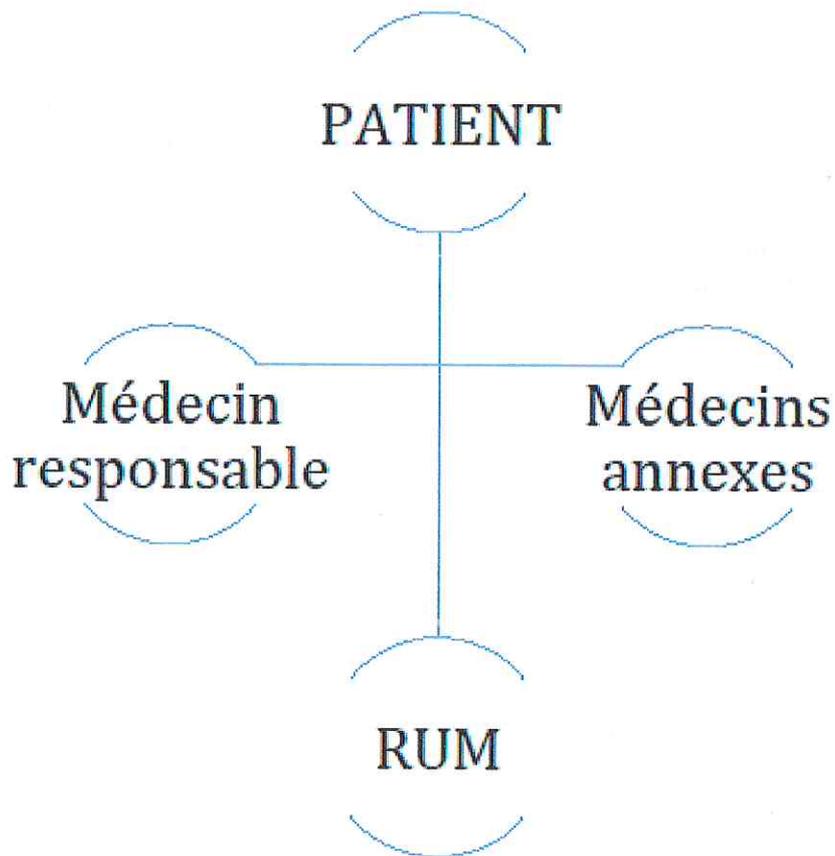
Les résumés de sortie standardisés sont anonymisés et deviennent alors des résumés de sortie anonymes. Ils sont dès lors susceptibles d'être transmis à l'agence régionale de santé. En pratique, l'ARS effectue un tirage au sort pour pratiquer un contrôle de l'activité de l'établissement.

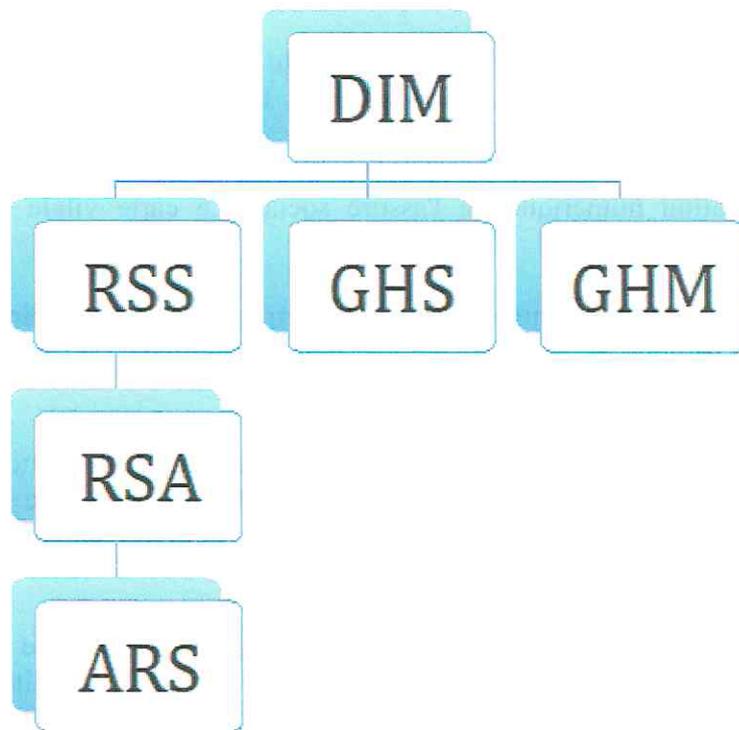
Acronymes :

- ARS : Autorité régionale de Santé
- DIM : Département d'informations médicales
- GHM : Groupement homogène de malades
- GHS : Groupement homogène de sortie
- PMSI : Programme médical du système d'informatisation
- RSA : Résumé de sortie anonyme
- RSS : Résumé de sortie standardisé
- RUM : Résumé d'unité médicale

# PMSI

---





# CHAPITRE XI

## La carte vitale

La carte vitale est une carte à puce au format d'une carte de crédit permettant de justifier les droits de son titulaire. La première version date de 1998, depuis 2007, elle affiche la photographie du titulaire.

Elle assure l'identification numérique de l'assuré social. La carte vitale ne contient pas d'informations médicales.

Elle permet de réaliser des FSE (feuilles de soins électroniques) c'est à dire une feuille de soins dématérialisée. Dès lors, les remboursements sont plus rapides. Les caisses remboursent en général dans les 5 jours suivant la télétransmission.

Pour utiliser les cartes vitales, les médecins possèdent une carte professionnelle de santé appelée CPS, c'est une carte sécurisée par un code à 4 chiffres. La présence simultanée de la carte vitale et de la carte CPS permet d'établir l'authentification de l'échange entre le patient et le médecin.

Le système SESAM-VITALE (système électronique de saisie de l'assurance maladie) qui est le programme de dématérialisation des feuilles de soins permet ensuite d'effectuer la télétransmission. Le logiciel effectue des lots de FSE selon les caisses destinataires. Les caisses en retour renvoient un accusé de réception appelé ARL. Une fois les feuilles traitées, les médecins peuvent pointer les paiements à l'aide du registre appelé NOEMIE (norme ouverte d'échange entre la maladie et les intervenants extérieurs).

Annexe : image carte vitale avec logo DMP





# **ANNEXES SUPPORT SECRETARIAT MEDICAL**

## **FORMATION SECRETAIRE MEDICALE**

Vidal formation  
12 boulevard de Strasbourg  
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)*  
*suivi du nom d'usage, s'il y a lieu*

Prénom

N° de sécurité sociale

### Le bénéficiaire des soins

Nom de famille *(de naissance)*  
*suivi 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

Nom

Prénom

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

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**

N° 12541\*02

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

date

## 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

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)

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

acte conforme au protocole ALD      action de prévention      autre  
 accident causé par un tiers :    non      oui      date

MATERNITE      date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

AT/MP      numéro      ou      date

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 : )

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

## 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**

**cerifa**  
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 réalisés (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 :  
recassement 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
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

---

**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'à  
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** **Prescription médicale de transport** Volet 1 à adresser au contrôle médical sous enveloppe à l'attention de "M le Médecin-Conseil"

n° 11574 \*04 (articles L. 162-1-12°, 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)

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

date de naissance

adresse

\* **Assuré(e)** (à remplir si la personne qui bénéficie 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 cases 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'ATMP

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 toutes cases correspondantes (s) :

d'être en position allongée ou demi-casé  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

\* **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 :

arrivée : - domicile  - autre lieu :

- structure de soins :

transport aller-retour  nombre de transports itératifs

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

4 **Éléments d'ordre médical** (précisez la nature de l'examen ou des soins justifiant le déplacement, nature, examen ou soins justifiant le déplacement)

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

5 **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? (article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre) oui  non

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

nom et prénom

raison sociale

adresse

n° structure (N° M.F. 1572 ou S3138d)

signature

date

identifiant en S3138d

**Obligation de porter le N° RPPS.**

**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.**

**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.

voir notice

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.  
Les données sont traitées informatiquement et ont été conçues pour être compatibles avec les bases de données existantes.  
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 induites, peuvent faire l'objet d'une possible fin de non-recevoir 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**  
Articles L. 162-1-1 2°, L. 321-1 2°, L. 322-5, L. 323-1, R 322-2 et R 322-10 à R. 322-10-7 du Code de la sécurité sociale

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

**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

nom et n° du centre de paiement ou de la section municipale (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  ou  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 1 transport en 2 mois  - transport vers un CAMSP ou un CMPP   
 - transport par avion ou par bateau de ligne régulière  dans ce cas, si l'état du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case   
 Indiquez, et-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'ATMP

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  aspiration   
 • 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 ATMP  et la date de l'ATMP

③ **Quel trajet doit effectuer le patient ? (ainsi que le nom de la structure de soins)**  
 départ : - domicile  - autre lieu :  
 arrivée : - domicile  - autre lieu :  
 - structure de soins :  
 transport aller-retour  nombre de transports

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

④ **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

⑤ **Cas particuliers d'exonération du ticket modérateur** oui  non   
 Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom  
 identifiant   
 date  signature

raison sociale  
 adresse  
 n° structure

**Obligation de porter le N° RPPS.**

**Avis médical**  
 accord   
 refus total  refus partiel   
 motif :  
 date

signature et cachet

**Avis administratif**  
 accord   
 refus   
 date

signature et cachet

La loi 78-17 du 6-1-78 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 78-17 du 6-1-78 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 78-17 du 6-1-78 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.

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

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.

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.

voir notice

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.

Réalisation CPAM Manche CPAM Orne 07/2015



**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 <i>(date et heure)</i>	Arrivée <i>(date et heure)</i>	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
<b>1</b> Aller	H mn	H mn					
Retour	H mn	H mn					
<b>2</b> Aller	H mn	H mn					
Retour	H mn	H mn					
<b>3</b> Aller	H mn	H mn					
Retour	H mn	H mn					
<b>4</b> Aller	H mn	H mn					
Retour	H mn	H mn					
<b>5</b> 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) \_\_\_\_\_

**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)*



n° 12040\*03

DIAD

# demande d'accord préalable

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

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

date de réception :

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

### personne recevant les soins et assuré(e)

#### personne recevant les soins

nom et prénom

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

numéro d'immatriculation

*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)

### actes devant être dispensés

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

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

### conditions de prise en charge des actes

date de la prescription médicale

acte nécessitant d'être réalisé à domicile : oui

non

acte urgent : oui

non

maladie

acte en rapport avec une ALD : oui

non

maternité

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

accident du travail ou maladie professionnelle

date

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

nom et prénom

raison sociale

adresse

identifiant

n° structure

*(AM, FINESS ou SIRET)*

date

signature

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

nom et prénom

raison sociale

adresse

identifiant

n° structure

*(AM, FINESS ou SIRET)*

### avis du médecin conseil

accord

convocation éventuelle

refus

- d'ordre médical

date

- d'ordre administratif  - motif : .....

## IMPORTANT

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

**ANNEXE 9**  
**LE PROTOCOLE DE SOINS**

# Notice à destination du médecin pour remplir le protocole de soins

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

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

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

## Les affections de longue durée exonérantes

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

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

L'exonération du ticket modérateur est également possible pour :

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

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

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

## Les affections de longue durée non exonérantes

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

## Comment remplir les volets médicaux ?

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

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

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

## Concertation entre le service médical et le médecin

En cas de :

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

# 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)**

**Observations du service médical**

1 - Autre(s) ALD sur liste

2 - Affection(s) hors liste ou polyopathie invalidante

3 - ALD non exonérante(s)

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

date(s) de début

- ▶
- ▶
- ▶

4 - Enfant atteint de surdité bilatérale profonde

5 - Diagnostic et traitement de la stérilité

6 - Enfant mineur victime de sévices sexuels

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

Protocole valable jusqu'au

Cachet du service médical

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

Nom :

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

Prénom :

Identifiant (n° RPPS)

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

Protocole établi le

Signature :



n° 11626\*04  
PDS-PRE

# Protocole de soins

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

volet médical 2  
à renvoyer  
au médecin

## Personne recevant les soins

### • Identification de la personne recevant les soins

Nom et prénom :

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

Adresse :

Code postal

Commune :

Numéro d'immatriculation

*(si ce numéro n'est pas connu, remplissez la ligne suivante)*

Date de naissance de la personne recevant les soins

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

Nom et prénom de l'assuré(e) :

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

Numéro d'immatriculation de l'assuré(e)

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

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

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

Diagnostic de la ou des ALD motivant la demande

date(s) de début

- ▶
- ▶
- ▶

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

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 :

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

Prénom :

Identifiant *(né RI/PS)*

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.

PDS-PRE S 3501d

## Personne recevant les soins

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

Nom et prénom :

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

Adresse :

Code postal

Commune :

Numéro d'immatriculation

*(si ce numéro n'est pas connu, remplissez la ligne suivante)*

Date de naissance de la personne recevant les soins

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

Nom et prénom de l'assuré(e) :

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

Numéro d'immatriculation de l'assuré(e)

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

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

## Observations du service médical

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

Critères diagnostiques et plan de soins prévu

Protocole valable jusqu'au

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

Nom :	<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)

Cachet du service médical

Protocole établi le

Signature :



**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.

**1 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.

**2 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.

3 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.

**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, 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".

5 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.

**6 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 ("Assuré(e)" et "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.**

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, L.162-4-4, L.352, L.321-4, L.321-5, L.321-6, L.321-7, L.321-8, L.321-9, L.321-10, L.321-11, L.321-12, L.321-13, L.321-14, L.321-15, L.321-16, L.321-17, L.321-18, L.321-19, L.321-20, L.321-21, L.321-22, L.321-23 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  médecin spécialiste consulté  à l'occasion d'une hospitalisation   
 ou le médecin prescripteur initial  à la demande du médecin traitant   
 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 \_\_\_\_\_ inclus  
- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement)  
 et  
 - en chiffres

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 3)

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
(voir notice 3)  
 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 \_\_\_\_\_



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, L.162-4-4, L.162-4-5, L.321-1, L.321-2, L.321-3, L.321-4, L.321-5, L.321-6, L.321-7, L.321-8, L.321-9, L.321-10, L.321-11, L.321-12, L.321-13, L.321-14, L.321-15, L.321-16, L.321-17, L.321-18, L.321-19, L.321-20, L.321-21, L.321-22, L.321-23, L.321-24, L.321-25, L.321-26, L.321-27, L.321-28, L.321-29, L.321-30, L.321-31, L.321-32, L.321-33, L.321-34, L.321-35, L.321-36, L.321-37, L.321-38, L.321-39, L.321-40, L.321-41, L.321-42, L.321-43, L.321-44, L.321-45, L.321-46, L.321-47, L.321-48, L.321-49, L.321-50, L.321-51, L.321-52, L.321-53, L.321-54, L.321-55, L.321-56, L.321-57, L.321-58, L.321-59, L.321-60, L.321-61, L.321-62, L.321-63, L.321-64, L.321-65, L.321-66, L.321-67, L.321-68, L.321-69, L.321-70, L.321-71, L.321-72, L.321-73, L.321-74, L.321-75, L.321-76, L.321-77, L.321-78, L.321-79, L.321-80, L.321-81, L.321-82, L.321-83, L.321-84, L.321-85, L.321-86, L.321-87, L.321-88, L.321-89, L.321-90, L.321-91, L.321-92, L.321-93, L.321-94, L.321-95, L.321-96, L.321-97, L.321-98, L.321-99, L.321-100)

## 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 \_\_\_\_\_ inclus  
- en toutes lettres ;  
- à compléter obligatoirement ;  
et  
- en chiffres

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 3)

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ (voir notice 3)

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

(art. L.162-41-1 et al. L.162-44, L.3152, L.3214-5ème al., L.3236, L.346-1, L.61320, R.321-2, R.323-11-1, D.333-2, D.613-19, D.613-23 du Code de la sécurité sociale, L.732-4 et 762-15-1 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 Final)*

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

**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))

prénom

adresse

code postal

commune

date de naissance

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

non

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

● **accident du travail**

date

rechute du

● **lésions**

nature

siège

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

● **maladie professionnelle**

date de la constatation médicale

rechute du

### 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

## récapitulatif des soins et fournitures

2/2

(à remplir par les professionnels de santé)

€

dates des actes médicaux	actes effectués (lettres-clef et coefficient)	i.k.	D.E.	montant total des honoraires	exécution des ordonnances montant de la facture

L'exécutant des actes, le pharmacien ou le fournisseur attestera une seule fois la prestation des actes en apposant sa signature et son cachet dans une des cases prévues ci-dessous à cet effet.

signature attestant la prestation des actes			
---	---	---	---

cachet du praticien de l'établissement, de l'auxiliaire médical(e) ou du biologiste	cachet du praticien de l'établissement, de l'auxiliaire médical(e) ou du biologiste	cachet du praticien de l'établissement, de l'auxiliaire médical(e) ou du biologiste	cachet du praticien de l'établissement, de l'auxiliaire médical(e) ou du biologiste
---	---	---	---

cachet du pharmacien ou du fournisseur			
--	--	--	--

**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'examen 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 **Éléments 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>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 ③)

- **prescription d'un travail léger pour raison médicale**  du      au

(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ③)

- **reprise de travail à temps complet** le      (voir notice ③)

- **éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire** (voir notice ②)

● **conclusions** (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice ③)

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 :

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 ⑩)

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 ⑩)

### ● 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 ⑩)

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

non  oui  à partir du

(voir notice ⑩)

- prescription d'un travail léger pour raison médicale  du

au

(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ⑩)

- reprise de travail à temps complet le

(voir notice ⑩)

### ● conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice ⑩)

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, FINISS 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 :

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 :

### 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 ⑩)

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 ⑩)

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

non  oui  à partir du  (voir notice ⑩)

- prescription d'un travail léger pour raison médicale  du  au   
(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ⑩)

- reprise de travail à temps complet le  (voir notice ⑩)

**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 bizone

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)  
(AFFECTION 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, 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 I  
à conserver  
par l'assuré(e)

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

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

## 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

(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 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

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

identifiant

**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

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

identifiant

**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

# MODALITES DE L'ALTERNANCE

- ⊗ Durée = entre 485 et 600 heures sur 15 à 18 mois.
  
- ⊗ La formation en centre se déroule **soit le mardi soit le jeudi**, d'une durée journalière de 8h00 avec une pause déjeuner d'1 heure minimum.
  
- ⊗ Une pause en milieu de matinée et une autre en milieu d'après-midi est conseillée.
  
- ⊗ Au cours du dernier mois de formation :
  - 3 jours sont planifiés en début de mois, consacrés aux épreuves écrites de l'examen final
  
  - 1 jour (dernier jour de formation) consacré à l'épreuve orale

Deux possibilités de mise en œuvre :

**La voie classique** : de date à date

**La voie modulaire** : avec entrées et sorties permanentes

**FORMATION SECRETAIRE MEDICALE  
REPARTITION HORAIRE DES MATIERES**

**Formation modulaire**

Contenu du référentiel	Durée (en heures) Minimum	Durée (en heures) Maximum
<b>Enseignement général</b>	<b>51</b>	<b>70</b>
Français	16	20
Droit médical et de la Sécurité Sociale	35	43
Techniques Recherche Emploi	0	7
<b>Enseignement technique</b>	<b>167</b>	<b>218</b>
Organisation Méthodes Administratives	40	57
Secrétariat médical	42	43
Secrétariat médical	34	35
Logiciel spécifique	8	8
<b>BUREAUTIQUE</b>	<b>52</b>	<b>71</b>
Word		
Excel		
Internet, messagerie		
Dictaphone	21	31
Gestion	12	16
<b>Enseignement Médical</b>	<b>224</b>	<b>227</b>
Terminologie médicale	51	50
Anatomie, physiologie, pathologie + Examen clinique	94	98
Hygiène	32	32
Pharmacologie	31	31
Relationnel professionnel	16	16
<b>REVISIONS ET EVALUATIONS</b>	<b>24</b>	<b>66</b>
<b>EXAMENS</b>	<b>19</b>	<b>19</b>
<b>TOTAL GENERAL FORMATION THEORIQUE</b>	<b>485</b>	<b>600</b>

## **Contrat de professionnalisation**

**Voie classique  
(de date à date)**

**EXEMPLE DE CALENDRIER**  
**SECRETAIRE MEDICALE**  
**Contrat de professionnalisation voie classique**  
**Début de la formation le 5 avril 2016**

Avril 2016			Mai 2016			Juin 2016			Juillet 2016			Aout 2016			Septembre 2016		
Jour	Hr		Jour	Hr		Jour	Hr		Jour	Hr		Jour	Hr		Jour	Hr	
Vendredi	1		Dimanche	1	Fé	Mercredi	1		Vendredi	1		Lundi	1		Jeudi	1	
Samedi	2		Lundi	2		Jeudi	2		Samedi	2		Mardi	2		Vendredi	2	
Dimanche	3		Mardi	3	8	Vendredi	3		Dimanche	3		Mercredi	3		Mercredi	3	
Lundi	4		Mercredi	4		Samedi	4		Lundi	4		Jeudi	4		Dimanche	4	
Mardi	5	8	Jeudi	5	Fé	Dimanche	5		Mardi	5	8	Vendredi	5		Lundi	5	
Mercredi	6		Vendredi	6		Lundi	6		Mercredi	6		Samedi	6		Mardi	6	8
Jeudi	7		Samedi	7		Mardi	7	8	Jeudi	7		Dimanche	7		Mercredi	7	
Vendredi	8		Dimanche	8		Mercredi	8		Vendredi	8		Lundi	8		Jeudi	8	
Samedi	9		Lundi	9		Jeudi	9		Samedi	9		Mardi	9		Vendredi	9	
Dimanche	10		Mardi	10	8	Vendredi	10		Dimanche	10		Mercredi	10		Samedi	10	
Lundi	11		Mercredi	11		Mercredi	11		Lundi	11		Jeudi	11		Dimanche	11	
Mardi	12	8	Jeudi	12		Dimanche	12		Mardi	12	8	Vendredi	12		Lundi	12	
Mercredi	13		Vendredi	13		Lundi	13		Mercredi	13		Mercredi	13		Mardi	13	8
Jeudi	14		Samedi	14		Mardi	14	8	Jeudi	14	Fé	Dimanche	14		Mercredi	14	
Vendredi	15		Dimanche	15		Mercredi	15		Vendredi	15		Lundi	15	Fé	Jeudi	15	
Samedi	16		Lundi	16	Fé	Jeudi	16		Samedi	16		Mardi	16		Vendredi	16	
Dimanche	17		Mardi	17	8	Vendredi	17		Dimanche	17		Mercredi	17		Samedi	17	
Lundi	18		Mercredi	18		Samedi	18		Lundi	18		Jeudi	18		Dimanche	18	
Mardi	19	8	Jeudi	19		Dimanche	19		Mardi	19	8	Vendredi	19		Lundi	19	
Mercredi	20		Vendredi	20		Lundi	20		Mercredi	20		Samedi	20		Mardi	20	8
Jeudi	21		Samedi	21		Mardi	21	8	Jeudi	21		Dimanche	21		Mercredi	21	
Vendredi	22		Dimanche	22		Mercredi	22		Vendredi	22		Lundi	22		Jeudi	22	
Samedi	23		Lundi	23		Lundi	23		Samedi	23		Mardi	23		Vendredi	23	
Dimanche	24		Mardi	24	8	Vendredi	24		Dimanche	24		Mercredi	24		Samedi	24	
Lundi	25		Mercredi	25		Samedi	25		Lundi	25		Jeudi	25		Dimanche	25	
Mardi	26	8	Jeudi	26		Dimanche	26		Mardi	26	8	Vendredi	26		Lundi	26	
Mercredi	27		Vendredi	27		Lundi	27		Mercredi	27		Samedi	27		Mardi	27	8
Jeudi	28		Samedi	28		Mardi	28	8	Jeudi	28		Dimanche	28		Mercredi	28	
Vendredi	29		Dimanche	29		Mercredi	29		Vendredi	29		Lundi	29		Jeudi	29	
Samedi	30		Lundi	30		Jeudi	30		Samedi	30		Mardi	30	8	Vendredi	30	
			Mardi	31	8				Dimanche	31		Mercredi	31				
Total Heures	32		Total Heures	40		Total Heures	32		Total Heures	32		Total Heures	8		Total Heures	32	

Octobre 2016			Novembre 2016			Décembre 2016			Janvier 2017			Février 2017			Mars 2017		
Jour	Hr		Jour	Hr		Jour	Hr		Jour	Hr		Jour	Hr		Jour	Hr	
Samedi	1		Mardi	1	Fé	Jeudi	1		Dimanche	1	Fé	Mercredi	1		Mercredi	1	
Dimanche	2		Mercredi	2	8	Vendredi	2		Lundi	2		Lundi	2		Jeudi	2	
Lundi	3		Jeudi	3		Samedi	3		Mardi	3	8	Vendredi	3		Vendredi	3	
Mardi	4	8	Vendredi	4		Dimanche	4		Mercredi	4		Samedi	4		Samedi	4	
Mercredi	5		Samedi	5		Lundi	5		Jeudi	5		Dimanche	5		Dimanche	5	
Jeudi	6		Dimanche	6		Mardi	6	8	Vendredi	6		Lundi	6		Lundi	6	
Vendredi	7		Lundi	7		Mercredi	7	8	Samedi	7		Mardi	7	8	Mardi	7	8
Samedi	8		Mardi	8	8	Jeudi	8		Dimanche	8		Mercredi	8		Mercredi	8	
Dimanche	9		Mercredi	9		Vendredi	9		Lundi	9		Jeudi	9		Jeudi	9	
Lundi	10		Jeudi	10		Samedi	10		Mardi	10	8	Vendredi	10		Vendredi	10	
Mardi	11	8	Vendredi	11	Fé	Dimanche	11		Mercredi	11		Samedi	11		Samedi	11	
Mercredi	12		Samedi	12		Lundi	12		Jeudi	12		Dimanche	12		Dimanche	12	
Jeudi	13		Dimanche	13		Mardi	13	8	Vendredi	13		Lundi	13		Lundi	13	
Vendredi	14		Lundi	14		Mercredi	14		Samedi	14		Mardi	14	8	Mardi	14	8
Samedi	15		Mardi	15	8	Jeudi	15		Dimanche	15		Mercredi	15		Mercredi	15	
Dimanche	16		Mercredi	16		Vendredi	16		Lundi	16		Jeudi	16		Jeudi	16	
Lundi	17		Jeudi	17		Samedi	17		Mardi	17	8	Vendredi	17		Vendredi	17	
Mardi	18	8	Vendredi	18		Dimanche	18		Mercredi	18		Samedi	18		Samedi	18	
Mercredi	19		Samedi	19		Lundi	19		Jeudi	19		Dimanche	19		Dimanche	19	
Jeudi	20		Dimanche	20		Mardi	20	8	Vendredi	20		Lundi	20		Lundi	20	
Vendredi	21		Lundi	21		Mercredi	21		Samedi	21		Mardi	21	8	Mardi	21	8
Samedi	22		Mardi	22	8	Jeudi	22		Dimanche	22		Mercredi	22		Mercredi	22	
Dimanche	23		Mercredi	23		Vendredi	23		Lundi	23		Jeudi	23		Jeudi	23	
Lundi	24		Jeudi	24		Samedi	24		Mardi	24	8	Vendredi	24		Vendredi	24	
Mardi	25	8	Vendredi	25		Dimanche	25	Fé	Mercredi	25		Samedi	25		Samedi	25	
Mercredi	26		Samedi	26		Lundi	26		Jeudi	26		Dimanche	26		Dimanche	26	
Jeudi	27		Dimanche	27		Mardi	27		Vendredi	27		Lundi	27		Lundi	27	
Vendredi	28		Lundi	28		Mercredi	28		Samedi	28		Mardi	28	8	Mardi	28	8
Samedi	29		Mardi	29	8	Jeudi	29		Dimanche	29		Mercredi	29		Mercredi	29	
Dimanche	30		Mercredi	30		Vendredi	30		Lundi	30		Jeudi	30		Jeudi	30	
Lundi	31					Samedi	31		Mardi	31	8	Vendredi	31		Vendredi	31	
Total Heures	32		Total Heures	40		Total Heures	32		Total Heures	40		Total Heures	32		Total Heures	32	

Avril 2017		
Jour		Hr
Samedi	1	
Dimanche	2	
Lundi	3	
Mardi	4	8
Mercredi	5	
Jeudi	6	
Vendredi	7	
Samedi	8	
Dimanche	9	
Lundi	10	
Mardi	11	8
Mercredi	12	
Jeudi	13	
Vendredi	14	
Samedi	15	
Dimanche	16	
Lundi	17	Fé
Mardi	18	8
Mercredi	19	
Jeudi	20	
Vendredi	21	
Samedi	22	
Dimanche	23	
Lundi	24	
Mardi	25	8
Mercredi	26	
Jeudi	27	
Vendredi	28	
Samedi	29	
Dimanche	30	
Total Heures		32

Mai 2017		
Jour		Hr
Lundi	1	Fé
Mardi	2	8
Mercredi	3	
Jeudi	4	
Vendredi	5	
Samedi	6	
Dimanche	7	
Lundi	8	Fé
Mardi	9	8
Mercredi	10	
Jeudi	11	
Vendredi	12	
Samedi	13	
Dimanche	14	
Lundi	15	
Mardi	16	8
Mercredi	17	
Jeudi	18	
Vendredi	19	
Samedi	20	
Dimanche	21	
Lundi	22	
Mardi	23	8
Mercredi	24	
Jeudi	25	Fé
Vendredi	26	
Samedi	27	
Dimanche	28	
Lundi	29	
Mardi	30	8
Mercredi	31	
Total Heures		40

Juin 2017		
Jour		Hr
Jeudi	1	
Vendredi	2	
Samedi	3	
Dimanche	4	
Lundi	5	Fé
Mardi	6	8
Mercredi	7	
Jeudi	8	
Vendredi	9	
Samedi	10	
Dimanche	11	
Lundi	12	
Mardi	13	8
Mercredi	14	
Jeudi	15	
Vendredi	16	
Samedi	17	
Dimanche	18	
Lundi	19	
Mardi	20	8
Mercredi	21	
Jeudi	22	
Vendredi	23	
Samedi	24	
Dimanche	25	
Lundi	26	
Mardi	27	8
Mercredi	28	
Jeudi	29	
Vendredi	30	
Total Heures		32

Juillet 2017		
Jour		Hr
Samedi	1	
Dimanche	2	
Lundi	3	
Mardi	4	8
Mercredi	5	
Jeudi	6	
Vendredi	7	
Samedi	8	
Dimanche	9	
Lundi	10	
Mardi	11	8
Mercredi	12	
Jeudi	13	
Vendredi	14	Fé
Samedi	15	
Dimanche	16	
Lundi	17	
Mardi	18	8
Mercredi	19	
Jeudi	20	
Vendredi	21	
Samedi	22	
Dimanche	23	
Lundi	24	
Mardi	25	8
Mercredi	26	
Jeudi	27	
Vendredi	28	
Samedi	29	
Dimanche	30	
Lundi	31	
Total Heures		32

Aout 2017		
Jour		Hr
Mardi	1	
Mercredi	2	
Jeudi	3	
Vendredi	4	
Samedi	5	
Dimanche	6	
Lundi	7	
Mardi	8	
Mercredi	9	
Jeudi	10	
Vendredi	11	
Samedi	12	
Dimanche	13	
Lundi	14	
Mardi	15	Fé
Mercredi	16	
Jeudi	17	
Vendredi	18	
Samedi	19	
Dimanche	20	
Lundi	21	
Mardi	22	
Mercredi	23	
Jeudi	24	
Vendredi	25	
Samedi	26	
Dimanche	27	
Lundi	28	
Mardi	29	8
Mercredi	30	
Jeudi	31	
Total Heures		8

Septembre 2017		
Jour		Hr
Vendredi	1	
Samedi	2	
Dimanche	3	
Lundi	4	8
Mardi	5	8
Mercredi	6	8
Jeudi	7	8
Vendredi	8	8
Samedi	9	
Dimanche	10	
Lundi	11	
Mardi	12	8
Mercredi	13	
Jeudi	14	
Vendredi	15	
Samedi	16	
Dimanche	17	
Lundi	18	
Mardi	19	8
Mercredi	20	
Jeudi	21	
Vendredi	22	
Samedi	23	
Dimanche	24	
Lundi	25	
Mardi	26	8
Mercredi	27	8
Jeudi	28	
Vendredi	29	
Samedi	30	
Total Heures		72

**Contrat de professionnalisation**  
**Voie modulaire**  
**(entrées et sorties permanentes)**