

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

2

3

• arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents (dans le cas de polyopathie invalidante décrire l'état invalidant)

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)

recours à des spécialistes (préciser la spécialité et le type d'acte spécialisé prévu)

(1)

recours à des professionnels de santé para-médicaux

(1)

(1) Sont exclus du bénéfice de l'exonération du ticket modérateur, les éléments cochés par le médecin conseil, qui seront pris en charge selon les conditions du droit commun.

durée prévisible des soins :

durée prévisible de l'arrêt de travail, s'il y a lieu :

reclassement professionnel envisagé :

oui

non

proposition du médecin traitant (cocher la(les) case(s) correspondante(s))

ALD non exonérante 1

ALD 30 (liste) 2

ALD hors liste 3

polyopathie invalidante 4

autre 5

décision du médecin conseil

accord au titre de (2) du au pour

accord au titre de (2) du au pour

accord au titre de (2) du au pour

(2) Le médecin conseil reporte le chiffre correspondant à la situation adéquate listée dans la rubrique précédente (1 pour ALD non exonérante, 2 pour ALD 30....)

refus nature et motif du refus

date

protocole valable jusqu'au

signature et cachet du médecin traitant

cachet de l'établissement ou du centre de référence

signature et cachet du médecin conseil

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

2

3

• arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents (dans le cas de polyopathie invalidante décrire l'état invalidant)

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)
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	recours à des spécialistes (préciser la spécialité et le type d'acte spécialisé prévu)	(1)
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	recours à des professionnels de santé para-médicaux	(1)
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(1) Sont exclus du bénéfice de l'exonération du ticket modérateur, les éléments cochés par le médecin conseil, qui seront pris en charge selon les conditions du droit commun.

durée prévisible des soins : durée prévisible de l'arrêt de travail, s'il y a lieu :

reclassement professionnel envisagé : oui non

proposition du médecin traitant (cocher la(les) case(s) correspondante(s))

ALD non exonérante 1 ALD 30 (liste) 2 ALD hors liste 3 polyopathie invalidante 4 autre 5

décision du médecin conseil

accord au titre de (2) du au pour

accord au titre de (2) du au pour

accord au titre de (2) du au pour

(2) Le médecin conseil reporte le chiffre correspondant à la situation adéquate listée dans la rubrique précédente (1 pour ALD non exonérante, 2 pour ALD 30.....)

refus nature et motif du refus

date protocole valable jusqu'au

signature et cachet du médecin traitant	cachet de l'établissement ou du centre de référence	signature et cachet du médecin conseil
---	---	--

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

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

signature et cachet du médecin traitant

actes et prestations concernant la maladie

 spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques
 ou dispositifs médicaux

(1)

suivi biologique prévu (type d'actes)

(1)

 recours à des spécialistes (préciser la spécialité et le type
 d'acte spécialisé prévu)

(1)

recours à des professionnels de santé para-médicaux

(1)

(1) Sont exclus du bénéfice de l'exonération du ticket modérateur, les éléments cochés par le médecin conseil, qui seront pris en charge selon les conditions du droit commun.

durée prévisible des soins : _____ durée prévisible de l'arrêt de travail, s'il y a lieu : _____

 reclassement professionnel envisagé : oui non

Ce protocole de soins, élaboré par votre médecin traitant, a fait l'objet d'un accord de prise en charge par l'Assurance Maladie dans le cadre de la reconnaissance de votre affection ou de vos affections de longue durée.

**N'OUBLIEZ PAS DE PRESENTER CE DOCUMENT
 A TOUT MEDECIN CONSULTE**

date		protocole valable jusqu'au	
signature et cachet du médecin traitant	cachet de l'établissement ou du centre de référence	signature et cachet du médecin conseil	signature de la personne recevant les soins ou de son représentant légal

protocole de soins

demande de rémunération pour les situations prévues au D

A **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)

B **identification du médecin traitant établissant le protocole**

nom et prénom

numéro d'identification

C **identification de l'établissement (à remplir par le médecin traitant s'il exerce dans un service hospitalier)**

nom de l'établissement

adresse

numéro FINESS

nom du chef de service

si le praticien exerce dans un établissement d'hospitalisation public, préciser si le protocole de soins a été effectué dans le cadre de son

activité privée oui non

si le malade est hospitalisé, date d'entrée

D **demande de rémunération**

• **rappel : situations ouvrant droit à rémunération du protocole**

① soins ou un arrêt de travail > six mois n'ouvrant pas droit à l'exonération du ticket modérateur

② soins ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur pour les enfants de moins de seize ans

③ soins ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur au titre de l'article L. 322-3-12° du Code de la sécurité sociale

• **examen**

date

le protocole de soins a été établi :

en consultation au domicile du malade

montant des indemnités kilométriques éventuelles : euros

• **mode de règlement**

virement à un compte postal, bancaire ou de caisse d'épargne

lors de la première demande de remboursement par virement à un compte postal, bancaire ou de caisse d'épargne, ou en cas de changement de compte, **joindre le relevé d'identité** correspondant.

E **attestation à compléter par le service médical**

je soussigné(e), docteur

médecin conseil, certifie que le médecin identifié ci-dessus a établi un protocole dans l'une des situations prévues au "D" :

①

②

③

date

signature et cachet du médecin traitant	cachet de l'établissement ou du centre de référence	signature et cachet du médecin conseil
---	---	--