

Bien remplir les demandes d'accord préalable



n° 12040*02
DIAD

demande d'accord préalable

assurances maladie, maternité ou
accident du travail/maladie professionnelle

VOLET B
à adresser et à conserver
au service médical

date de réception : _____

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

personne recevant les soins et assuré(e)	
personne recevant les soins	
nom et prénom <i>(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))</i>	
numéro d'immatriculation	
date de naissance	
assuré(e) <i>(à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))</i>	
nom et prénom <i>(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))</i>	
numéro d'immatriculation	
adresse de l'assuré(e)	
actes devant être dispensés	
<i>(indiquer, ci-après, le code de l'acte ou la lettre-clé et son coefficient ainsi que le nombre de séances)</i>	
actes réalisés en série, au-delà du seuil fixé par décision de l'Uncam, en raison de la situation médicale <input type="checkbox"/>	
conditions de prise en charge des actes	
date de la prescription médicale	
acte nécessitant d'être réalisé à domicile : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	acte urgent : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
maladie <input type="checkbox"/> acte en rapport avec une ALD : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
maternité <input type="checkbox"/> date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement	
accident du travail ou maladie professionnelle <input type="checkbox"/> date	
identification du praticien dispensant les actes et de la structure dans laquelle il exerce	
nom et prénom	raison sociale
identifiant	adresse
	n° structure <i>(AM, FINESS ou SIRET)</i>
date	signature
identification du prescripteur <i>(à compléter lorsque la demande est établie par un(e) auxiliaire médical(e) - joindre la prescription ou sa copie)</i>	
nom et prénom	raison sociale
identifiant	adresse
	n° structure <i>(AM, FINESS ou SIRET)</i>
avis du médecin conseil	
accord <input type="checkbox"/> convocation éventuelle <input type="checkbox"/> refus <input type="checkbox"/> - d'ordre médical <input type="checkbox"/>	
date	- d'ordre administratif <input type="checkbox"/> - motif :
IMPORTANT le praticien dispensant l'acte doit indiquer ci-dessous les éléments médicaux justifiant l'acte ou la série d'actes <i>partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil</i>	

Le prénom et la date de naissance doivent être indiqués quand la personne qui bénéficie des soins n'est pas l'assuré.

Indiquez le code Régime et le code Caisse

A cocher pour les séries soumises à référentiel HAS.

Mentionnez ici le nombre de séances de rééducation nécessaires.

Les informations reportées doivent correspondre avec la prescription :

- en cas d'**ALD**, cochez les 2 cases correspondantes,
- en cas de **maternité**, n'oubliez pas la date présumée du début de grossesse,
- en cas d'**accident du travail**, indiquez obligatoirement la date.

Mentionnez ici votre nom, prénom et numéro d'identifiant.

Date de rédaction de la demande d'accord préalable.

Nom, prénom et identifiant du prescripteur libéral ainsi que le numéro d'établissement si le prescripteur est salarié de ce dernier.

Noter le nom et le numéro d'établissement si le prescripteur est salarié de ce dernier.

Vous devez indiquer les éléments de l'argumentaire médical :

- bilan de l'état fonctionnel,
 - raison de la non atteinte des objectifs thérapeutiques,
 - utilité de débuter ou de poursuivre la rééducation,
 - utilité du nombre de séances de rééducation.
- A cet effet vous pouvez joindre la fiche de synthèse du bilan diagnostique de kinésithérapie.