



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

**Orthophonistes :
dépôt via le site cpam24.fr
des DAP pour renouvellement de séances d'orthophonie
pour les patients affiliés à la CPAM de la Dordogne
et aux sections locales mutualistes**

CPAM de la Dordogne – Octobre 2025

Dépôt des DAP pour renouvellement de séances d'orthophonie via le site cpam24.fr

Cette démarche permet le dépôt des DAP pour renouvellement de séances d'orthophonie :

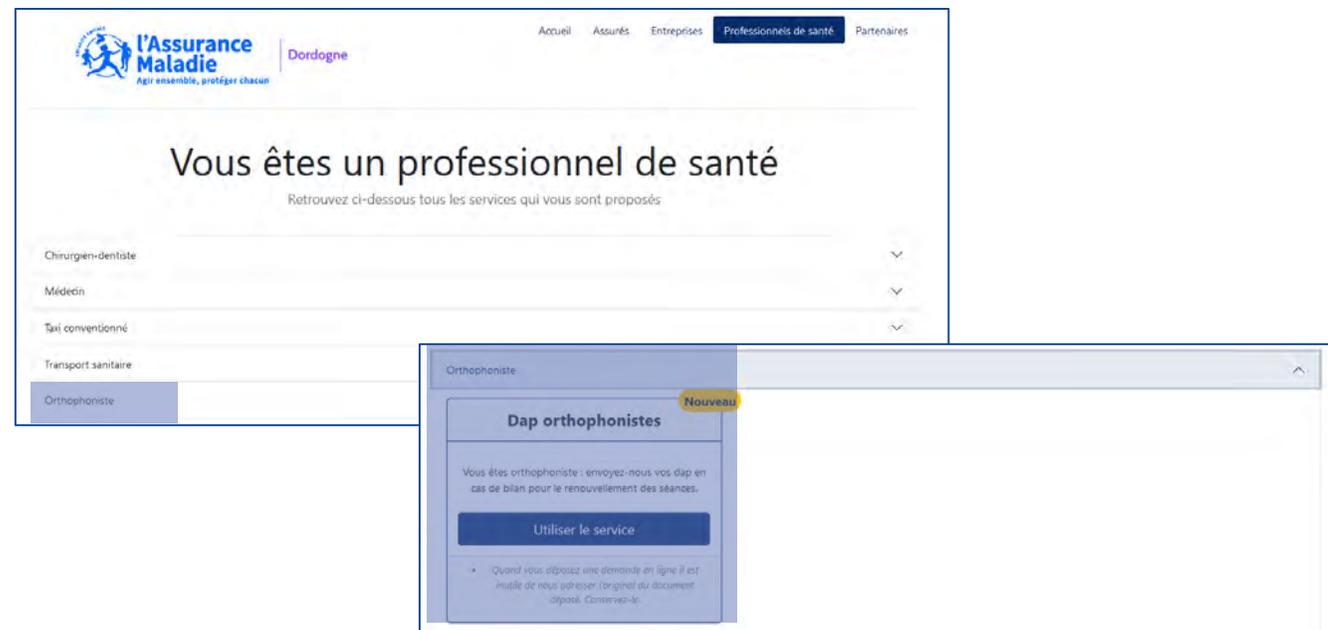
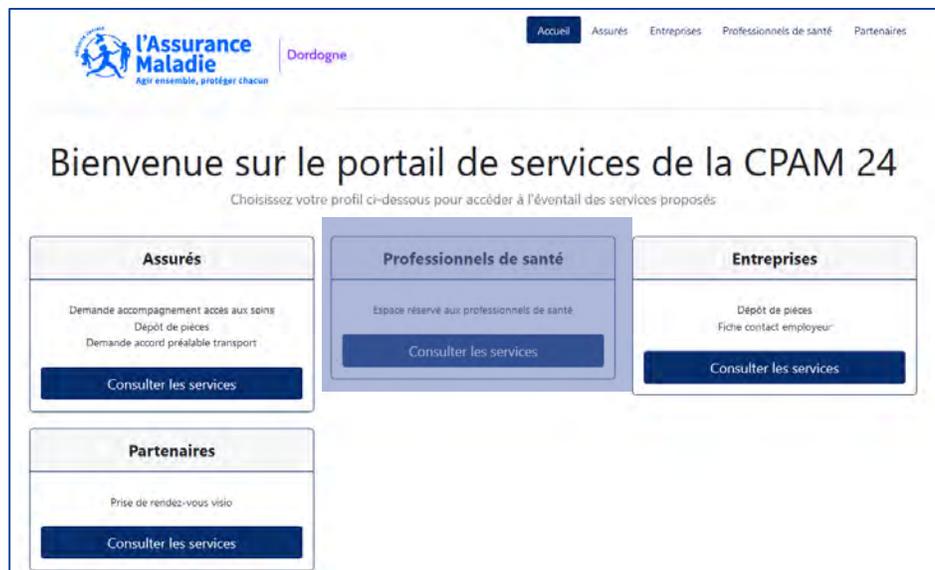
- Pour les assurés/ayant-droits affiliés à la **CPAM de la Dordogne**
- Pour les assurés/ayant-droits relevant d'une section mutualiste de la Dordogne : **MGEN, CAMIEG et MGP.**

Pour les assurés relevant d'une autre CPAM ou d'un autre régime,
la DAP doit être envoyée par voie postale à cet organisme.

Dépôt des DAP pour renouvellement de séances d'orthophonie via le site cpam24.fr

Pour déposer les DAP pour renouvellement de séances d'orthophonie, il convient de :

- Se connecter sur le site <https://cpam24.fr/>
- Sélectionner la rubrique « Professionnels de santé » puis « Orthophoniste »



Pour se connecter, s'identifier

Pour accéder à la démarche, l'orthophoniste doit se connecter avec son compte existant ou créer un compte.



CPAM 24 - DAP ORTHOPHONISTES

🕒 Temps de remplissage estimé : 8 min (variable selon les options choisies)

Commencer la démarche

Se créer un compte avec FranceConnect

FranceConnect est la solution proposée par l'État pour sécuriser et simplifier la connexion à vos services en ligne.



[Qu'est-ce que FranceConnect ?](#)

OU

[Créer un compte demarches-simplifiees.fr](#)

[J'ai déjà un compte](#)

Renseigner l'organisme d'affiliation du bénéficiaire des soins

Pour être prises en compte par la CPAM de la Dordogne, les demandes doivent concerner des assurés qui lui sont rattachés.

1. ORGANISME D'AFFILIATION DU BENEFICIAIRE

Le bénéficiaire des soins dépend de cet organisme *

- 24 - CPAM DE LA DORDOGNE
- Section locale mutualiste de DORDOGNE

- Cette démarche concerne les seuls bénéficiaires rattachés à l'un des organismes proposés à la sélection : **CPAM de la Dordogne, Section locale mutualiste (MGEN, CAMIEG et MGP).**
- Pour les assurés relevant d'une autre CPAM ou d'un autre régime, la DAP doit être envoyée par voie postale à cet organisme.

Renseigner vos informations

Ces éléments vont faciliter le traitement du dossier :

- Votre n° d'identification Assurance Maladie
(n° 249xxxxxx)
- Votre nom
- Vos coordonnées de contact.

2. IDENTITE DE L'ORTHOPHONISTE

N° identification Assurance Maladie du PS [Avec clé] ★

Nom de l'orthophoniste ★

N° de téléphone de l'orthophoniste ★

Format attendu : Un numéro de téléphone valide. Exemple : 0612345678

Renseigner les informations relatives au patient

Ces éléments vont faciliter le traitement du dossier :

- L'identification du patient : numéro de sécurité sociale + clé.

Si le bénéficiaire des soins est un conjoint, un enfant ou un autre bénéficiaire, les nom/prénom et date de naissance devront être renseignés.

3. IDENTIFICATION BENEFICIAIRE

Numéro de sécurité sociale *

Afin que nous puissions identifier le bénéficiaire des soins de manière formelle, renseigner ici le numéro de sécurité sociale. Format attendu : Numéro + clé (15 caractères)

Le bénéficiaire de la Demande d'Accord Préalable orthophoniste est *

- L'assuré
- Son conjoint
- Un enfant
- Un autre bénéficiaire

3. IDENTIFICATION BENEFICIAIRE

Numéro de sécurité sociale *

Afin que nous puissions identifier le bénéficiaire des soins de manière formelle, renseigner ici le numéro de sécurité sociale. Format attendu : Numéro + clé (15 caractères)

Le bénéficiaire de la Demande d'Accord Préalable orthophoniste est *

- L'assuré
- Son conjoint
- Un enfant
- Un autre bénéficiaire

Nom et prénom du bénéficiaire des soins *

Date de naissance du bénéficiaire *

Format attendu : jj/mm/aaaa

Dépôt de la DAP et engagement de l'orthophoniste

Pour terminer, télécharger au format PDF,
scann ou photo :

- Le volet A de la DAP
- La prescription médicale.

*Vous devez compléter et conserver le volet B.
Il sera à fournir sur demande de la CPAM ou de
l'ELSM.*

Cocher les rubriques 'Engagement' et
déposer le dossier.

4. DÉPÔT DES DOCUMENTS

Joindre le volet A de la Demande d'Accord Préalable (format PDF ou photo) ★

Taille maximale autorisée : 200 Mo.

Aucun fichier sélectionné.

Joindre la prescription médicale (format PDF ou photo) ★

Taille maximale autorisée : 200 Mo.

Aucun fichier sélectionné.

5. ENGAGEMENT

Je conserve les originaux que je m'engage à fournir aux services de l'Assurance Maladie sur demande ★

En cochant cette case je certifie l'exactitude des données renseignées et déposées ★

Votre brouillon est automatiquement enregistré. [En savoir plus](#) ↗

Déposer le dossier