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 (polyathologie invalidante).

L'exonération du ticket modérateur est également possible pour :

- les enfants atteints de surdit bilatrale profonde (article L.160-14-6A),
- l'assistance mdicale la procration (article L.160-14-7) et le diagnostic et le traitement de l'infertilit (article L.160-14-12A),
- les soins aux mineurs victimes de svices sexuels (article L.160-14-15A).

Important : seuls les actes et les prestations ncessits par le traitement de l'affection, dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorit de Sant, font l'objet de la suppression ou limitation de la participation financire de l'assur(e).

Sont exclus du bnfice de l'exonration du ticket modrateur les lments mentionns dans la partie "Observations du service mdical" ainsi que les soins sans rapport avec l'affection de longue dure.

Les affections de longue dure non exonrantes

Les affections de longue dure non exonrantes peuvent faire l'objet du prsent protocole de soins.

Comment remplir le protocole mdical ?

- Les affections de longue dure inscrites sur la liste figurant l'article D.160-4 du code de la scurit sociale font l'objet d'une **dclaration simple**. Ainsi, seuls le **diagnostic prcis** et la **date de dbut de l'affection** sont renseigner.

Important : l'insuffisance respiratoire chronique grave, les maladies mtaboliques hrditaires ainsi qu'une partie des affections psychiatriques (troubles de l'humeur rcurrents ou persistants, troubles nvrotiques svres et troubles graves de la personnalit et du comportement), bien que figurant sur la liste des ALD mentionne ci-dessus, doivent faire l'objet d'une dclaration argumente telle que dcrite ci-aprs.

- Pour les autres affections de longue dure, une **dclaration argumente** est remplir : le **diagnostic prcis**, confirm par les **arguments cliniques** et par les **rsultats des examens complmentaires** ainsi que le **plan de soins**, que vous envisagez pour votre patient.

NN

Concertation entre le service mdical et le mdecin

Cas de :

- dsaccord sur tout ou partie de vos propositions, cela est not dans la partie "Observations du service mdical",
- ncessit d'informations supplmentaires, le protocole vous est renvoy accompagn d'une fiche de concertation (rf. S3502) sur laquelle le mdecin conseil pose ses questions. Le protocole ainsi que la fiche complte par vos soins doivent tre adresss au service mdical 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 équivocalent à ceux d'une affection de longue durée 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, 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 de prestation 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

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

Adresse : _____ 5 _____

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 *xq/...

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 de début _____

▶ _____

▶ _____

▶ _____

Autre(s) affection(s) de longue durée *xql/...

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 *xq/... date de début _____

▶ _____

▶ _____

▶ _____

4 - Enfant atteint de surdités bilatérales profondes

5 - Assistance médicale à la prothèse ou diagnostic et traitement de la surdités

6 - Enfant mineur victime de sévices sexuels

.....
Critères diagnostiques du plan de soins prévu *xq/...

Observations du service médical

Protocole valable jusqu'au

Identification du médecin et de la structure dans laquelle il exerce

XXXXXXXXXX N m :

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

RN p q o :

Régime d'assurance (p. ARR) _____

Préfixe de l'AM, Finess ou Siret _____

Régime d'assurance _____ USgnature :

Cachet du service médical

Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux données qui vous concernent. Ces droits s'exercent auprès du Directeur de votre caisse d'assurance maladie.

La loi rend passible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir le versement de prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale.

Personne recevant les soins

• Identification de la personne recevant les soins

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

Adresse : _____ 5

Code postal _____ Commune : _____

P nméro d'immatriculation _____

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

F ate 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))

P om et prénom de l'assuré(e) :
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

P nméro 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))

Area for medical information, currently obscured by a large diagonal watermark.

Observations du service médical

- ▶ POUR BENEFICIER 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 plans de soins prévus

Area for diagnostic criteria and planned care, currently obscured by a large diagonal watermark.

Protocole valable jusqu'au

Identification du médecin et de la structure dans laquelle il exerce

NNNNNNNNNN N m :

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

RN p q o :

K g p v h c p v (P A T R R U)

P A f g ' r e ' u t w e w t g (A M, F i n e s s o u S i r e t)

R t q v e q r g ' 2 v d r k l g

U S g n a t u r e :

Cachet du service médical

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.

Protocole de soins

Demande de rémunération

Personne recevant les soins

• Identification de la personne recevant les soins

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

Adresse : _____ 5

Code postal _____ Commune : _____

PrNéro 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))

PrNom et prénom de l'assuré(e) : _____
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

PrNéro d'immatriculation de l'assuré(e) _____

Demande de rémunération

• Rappel des situations ouvrant droit à rémunération du protocole :

- ① soins pour affection de longue durée non exonérante du ticket modérateur
- ② soins ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur pour les enfants de moins de 16 ans
- ③ soins ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur pour l'assistance médicale à la procréation ou le diagnostic et traitement de l'infertilité

• Trois points

Lors de la première demande de remboursement par chèque, virement à un compte postal, bancaire ou de caisse d'épargne, ou en cas de changement de compte, veuillez joindre le relevé d'identité bancaire (RIB) pour qqf cpv0

Situation à compléter par le service médical

Le service médical attesté par le médecin identifié ci-dessous a établi un protocole dans l'une des situations prévues au :

- ①
- ②
- ③

Date _____

Identification du médecin et de la structure dans laquelle il exerce

NNNNNNNNNNNNNN m : _____
(raison sociale du cabinet, de l'établissement, du centre de référence et adresse)

RNpqo : _____

Rf gpv (pATTRU) _____ P Af g'rc'utwvwtg (AM, Finess ou Siret) _____

Cachet du service médical

Rtqqeqrg'2 vdrk'tg _____ US gnature :