



demande d'entente préalable assurance maladie

Nomenclature générale des actes professionnels

VOLET A
à conserver
au contrôle médical

date de réception :

à compléter par l'assuré(e) (voir notice au verso du volet B)

nom – prénom de l'assuré(e)

n° d'immatriculation

ou à défaut date de naissance de l'assuré(e)

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) :

adresse de l'assuré(e) :

code postal commune :

nom – prénom du bénéficiaire des soins

date de naissance du bénéficiaire des soins (s'il n'est pas l'assuré(e))

adresse où le patient peut être visité :

code postal commune :

à compléter par le praticien ou l'auxiliaire médical(e) qui dispense l'acte

• son identification

Je, soussigné(e), demande l'entente préalable en vue de dispenser (indiquer ci-après : lettre-clé, coefficient, nombre d'actes) :

nom du prescripteur :

(joindre la prescription médicale ou sa copie si la demande est établie par un auxiliaire médical(e))

identification du praticien ou de l'auxiliaire médical(e)

date :

signature :

• partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

nature et motif de l'acte :

IMPORTANT – La présente demande doit être envoyée immédiatement par l'assuré(e) au médecin conseil de son organisme d'assurance maladie (voir au verso du volet B les modalités de réponse des organismes)

Ce formulaire ne doit pas être utilisé pour les soins dentaires, les prothèses dentaires et l'orthopédie dento-faciale

demande d'entente préalable
assurance maladie

Nomenclature générale des actes professionnels

VOLET B
destiné
aux services administratifs

à compléter par l'assuré(e) (voir notice au verso du volet B)

nom – prénom de l'assuré(e)

n° d'immatriculation

ou à défaut date de naissance de l'assuré(e)

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) :

adresse de l'assuré(e):

code postal commune :

nom – prénom du bénéficiaire des soins

date de naissance du bénéficiaire des soins (s'il n'est pas l'assuré(e))

adresse où le patient peut être visité :

code postal commune :

à compléter par le praticien ou l'auxiliaire médical(e) qui dispense l'acte

• son identification

Je, soussigné(e), demande l'entente préalable en vue de dispenser (indiquer ci-après : lettre-clé, coefficient, nombre d'actes) :

nom du prescripteur :

(joindre la prescription médicale ou sa copie si la demande est établie par un auxiliaire médical(e))

identification du praticien ou de l'auxiliaire médical(e)

date :

signature :

avis du médecin conseil

convocation éventuelle :

date

notification par les services administratifs

☐ acceptation – envoyée le☐ refus – envoyé le☐ d'ordre médical☐ d'ordre administratif - motif :

demande d'entente préalable assurance maladie

notice

La présente demande doit être établie dans le respect des dispositions et des cotations de la nomenclature générale des actes professionnels et pour :

- tous les actes ou traitements pour lesquels l'obligation de l'entente préalable est indiquée à la nomenclature des actes professionnels par une mention particulière ou par la lettre E (article 7)
- tous les actes exceptionnels concernant une pathologie inhabituelle (article 4 – 1°)
- les actes liés à l'évolution des techniques médicales (article 4 – 2°)

Lorsqu'il y a urgence manifeste, le praticien dispense l'acte mais remplit néanmoins la formalité ci-dessus en portant la mention "acte d'urgence".

L'**assuré(e)** doit préalablement à l'exécution des actes :

- 1 - **compléter la partie qui lui est réservée au recto** de cet imprimé, sans oublier d'indiquer son numéro d'immatriculation, 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 l'organisme conventionné ;
- 2 - **envoyer immédiatement sous enveloppe "M le Médecin Conseil"** les 2 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 mutuelle régionale (pour les assuré(e)s non salarié(e)s non agricoles).

LA **NON RÉPONSE** DE L'ORGANISME SOUS **15 JOURS**, À COMPTER DE LA DATE DE RÉCEPTION DE L'ENTENTE PRÉALABLE, ÉQUIVAUT À UN **ACCORD** ⁽¹⁾

(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.

Dans tous les cas, le remboursement du traitement ou des actes accordés est subordonné aux conditions administratives d'ouverture de droit et à leur inscription à la nomenclature générale des actes professionnels.