



## Personne recevant les soins

### • Identification de la personne recevant les soins

Nom et prénom :  
*(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))*

Adresse :

Code postal :      Commune :

P<sup>n</sup>uméro 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))*

P<sup>n</sup>uméro d'immatriculation de l'assuré(e)

## Affection(s) de longue durée sur liste à déclaration simplifiée \*xqk'p'qteq+'\*

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(s) de début

▶     

▶     

▶     

## Autre(s) affection(s) de longue durée \*xqk'p'qteq+'\*

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 \*'èqo r'it'vgt'f'qwt'fgu'tk'owc'v'qpu'3.'4'gv'5+'\*  
date(s) de début

▶     

▶     

▶     

▶     

4 - Enfant atteint de surdité bilatérale profonde

5 - Diagnostic et traitement de la stérilité

6 - Enfant mineur victime de sévices sexuels

## Critères diagnostiques et plan de soins prévu \*'èqo r'it'vgt'f'qwt'fgu'tk'owc'v'qpu'3'%'8+'\*

## Observations du service médical

Protocole valable jusqu'au

## Identification du médecin et de la structure dans laquelle il exerce

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

Rt<sup>2</sup>pqo :      P<sup>n</sup> Af g'rc'ut'vwwt'g *(AM, Finess ou Siret)*

K'gpv'k'cpv *(p' TRRU)*     

Rt'q'v'q'q'g'2'v'c'rk'ig'            Ugnature :

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

Nom et prénom :

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

Adresse :

Code postal

Commune :

P uméro 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))*

P uméro 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))*

- ▶ **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 plan de soins prévu

## Observations du service médical

Protocole valable jusqu'au

## Identification du médecin et de la structure dans laquelle il exerce

Nom :

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

Rt² p q o :

K g p v h k 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 n g ' 2 v d r k l g

Signature :

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**

Nom et prénom :

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

Adresse :

Code postal      Commune :

N° 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))*

N° 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 seize ans

③ soins ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur pour le diagnostic et le traitement de la stérilité

**• T3i rgo gpv**

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, veuillez joindre le relevé d'identité \*IDCP #Bqttgur qpf cpv0

### Attestation à compléter par le service médical

Le service médical atteste que 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

Nom :

Rt² p q o :

Kf gpw hcpv (pATTRU)

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

P Af g'hc'utwewtg (AM, Finess ou Siret)

Cachet du service médical

Rtqqeqrg'² vdrk'tg

Signature :

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.