cerfa

n° 50774#03

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 (polypathologie invalidante).

L'exonération du ticket modérateur est également possible pour :

- les enfants atteints de surdité bilatérale profonde (article L. 160-14-6°),
- le diagnostic et le traitement de la stérilité (article L. 160-14-12°),
- les soins aux mineurs victimes de sévices sexuels (article L. 160-14-15°).

Important : seuls les actes et les prestations nécessités par le traitement de l'affection, dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé, font l'objet d'une suppression ou limitation de la participation financière de l'assuré(e).

Sont exclus du bénéfice de l'exonération du ticket modérateur les éléments mentionnés dans la partie "Observations du service médical" ainsi que les soins sans rapport avec l'affection de longue durée.

Les affections de longue durée non exonérantes

Les affections de longue durée non exonérantes peuvent faire l'objet du présent protocole de soins.

Comment remplir les volets médicaux ?

- Les affections de longue durée inscrites sur la liste figurant à l'article D. 160-4 du code de la sécurité sociale font l'objet d'une **déclaration simplifiée** : ainsi, seuls le **diagnostic précis** et la **date de début de l'affection** sont à renseigner.

  Important : l'insuffisance respiratoire chronique grave, les maladies métaboliques héréditaires ainsi qu'une partie des affections psychiatriques (troubles de l'humeur récurrents ou persistants, troubles névrotiques sévères et troubles graves de la personnalité et du comportement), bien que figurant sur la liste des ALD mentionnée ci-dessus, doivent faire l'objet d'une déclaration argumentée telle que décrite ci-après.

- Pour les autres affections de longue durée, une **déclaration argumentée** est à remplir : le **diagnostic précis**, confirmé par les **arguments cliniques** et par les **résultats des examens complémentaires** ainsi que le **plan de soins**, que vous envisagez pour votre patient.

Concertation entre le service médical et le médecin

En cas de :

- désaccord sur tout ou partie de vos propositions, cela est noté dans la partie "observations du service médical",
- nécessité d'informations supplémentaires, le protocole vous est renvoyé accompagné d'une fiche de concertation (réf. S3502) sur laquelle le médecin conseil pose ses questions. Le protocole ainsi que la fiche complétée par vos soins doivent être adressés au service médical le plus rapidement possible.

SPECIMEN

cerfa

n° 50775#03

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 continus d'une dur® pr®visible 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, à 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 et les prestations 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.

SPECIMEN

Recommandation importante :

n'oubliez pas de présenter ce protocole à tout médecin consulté.

cerfa
n°11626*05
PDS-PRE

Protocole de soins

(Articles L. 324-1, L. 160-14-3° et 4° et D. 160-4 du code de la sécurité sociale)

volet médical 1
à conserver par
le service médical

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 :

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 *(voir notice)*

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 *(voir notice)*

☐ **1 - Autre(s) ALD sur liste**
☐ **2 - Affection(s) hors liste ou polypathologie invalidante**
☐ **3 - ALD non exonérante(s)**

Diagnostic de la ou des ALD motivant la demande *(¨ compl®ter pour les situations 1, 2 et 3)* — 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 *(¨ compl®ter pour les situations 1 ¨ 6)*

Observations du service médical

Protocole valable jusqu'au

Identification du médecin et de la structure dans laquelle il exerce

Nom :

Pr®nom :

Identifiant *(nÁRPPS)*

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

NÁde la structure *(AM, Finess ou Siret)*

Protocole ®abli le Signature :

Cachet du service médical

SPECIMEN

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.

cerfa
n°11626*05
PDS-PRE

Protocole de soins

(Articles L. 324-1, L. 160-14-3° et 4° et D. 160-4 du code de la sécurité sociale)

volet médical 2
à renvoyer
au médecin

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 :

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 *(voir notice)*

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 *(voir notice)*

☐ **1 - Autre(s) ALD sur liste**
☐ **2 - Affection(s) hors liste ou polypathologie invalidante**
☐ **3 - ALD non exonérante(s)**

Diagnostic de la ou des ALD motivant la demande *(¨ compl®er pour les situations 1, 2 et 3)* — 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 *(¨ compl®er pour les situations 1 ¨ 6)*

Observations du service médical

Protocole valable jusqu'au

Identification du médecin et de la structure dans laquelle il exerce

Nom :

Pr®nom :

Identifiant *(nÁRPPS)*

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

NÁde la structure *(AM, Finess ou Siret)*

Protocole ®tabli le 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.

SPECIMEN

cerfa
n°11626*05
PDS-PRE

Protocole de soins

(Articles L. 324-1, L. 160-14-3° et 4° et D. 160-4 du code de la sécurité sociale)

volet 3 à remettre
par le médecin au patient
après avis du service médical

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 :

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)

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 :

Prénom :

Identifiant *(nÁRPPS)*

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

NÁde la structure *(AM, Finess ou Siret)*

Protocole établi le Signature :

Cachet du service médical

SPECIMEN

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.

cerfa
n°11626*05
PDS-PRE

Protocole de soins

Demande de rémunération

volet 4 à adresser au service médical

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 :

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)

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

- **R¯glement**

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 (IBAN)** correspondant.

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 :

Pr®nom :

Identifiant *(nÁRPPS)*

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

NÁde la structure *(AM, Finess ou Siret)*

Protocole ®tabli le 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.

SPECIMEN