



demande d'accord préalable

VOLET A
à adresser au service médical
et destiné au service administratif

n° 12040*02

DIAD

assurances maladie, maternité ou
accident du travail/maladie professionnelle

date de réception :

Liste des actes et des prestations visés à l'art L.162-1-7 du Code de la sécurité sociale, art. L.315-2, L.442-5 et R.162-52 du Code de la sécurité sociale
(les 2 volets sont à compléter et à envoyer par le praticien au service médical - voir notice)

personne recevant les soins et assuré(e)

personne recevant les soins

nom et prénom

(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

numéro d'immatriculation

date de naissance

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)

assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

numéro d'immatriculation

adresse de l'assuré(e)

actes devant être dispensés

(indiquer, ci-après, le code de l'acte ou la lettre-clé et son coefficient ainsi que le nombre de séances)

actes réalisés en série, au-delà du seuil fixé par décision de l'Uncam, en raison de la situation médicale

conditions de prise en charge des actes

date de la prescription médicale

acte nécessitant d'être réalisé à domicile : oui non

acte urgent : oui non

maladie acte en rapport avec une ALD : oui non

maternité date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

accident du travail ou maladie professionnelle date

identification du praticien dispensant les actes et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

identifiant

date

signature

raison sociale

adresse

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

identification du prescripteur (à compléter lorsque la demande est établie par un(e) auxiliaire médical(e) - joindre la prescription ou sa copie)

nom et prénom

identifiant

raison sociale

adresse

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

avis du médecin conseil

accord

convocation éventuelle

refus

- d'ordre médical

- d'ordre administratif - motif :

date

DIAD S3108d

Découpe



demande d'accord préalable

VOLET B
à adresser et à conserver
au service médical

n° 12040*02

DIAD

assurances maladie, maternité ou
accident du travail/maladie professionnelle

date de réception :

Liste des actes et des prestations visés à l'art L.162-1-7 du Code de la sécurité sociale, art. L.315-2, L.442-5 et R.162-52 du Code de la sécurité sociale
(les 2 volets sont à compléter et à envoyer par le praticien au service médical - voir notice)

personne recevant les soins et assuré(e)

personne recevant les soins

nom et prénom

(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

numéro d'immatriculation

date de naissance

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)

assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

numéro d'immatriculation

adresse de l'assuré(e)

actes devant être dispensés

(indiquer, ci-après, le code de l'acte ou la lettre-clé et son coefficient ainsi que le nombre de séances)

actes réalisés en série, au-delà du seuil fixé par décision de l'Uncam, en raison de la situation médicale

conditions de prise en charge des actes

date de la prescription médicale

acte nécessitant d'être réalisé à domicile : oui non

acte urgent : oui non

maladie acte en rapport avec une ALD : oui non

maternité date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

accident du travail ou maladie professionnelle date

identification du praticien dispensant les actes et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

identifiant

date

signature

raison sociale

adresse

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

identification du prescripteur (à compléter lorsque la demande est établie par un(e) auxiliaire médical(e) - joindre la prescription ou sa copie)

nom et prénom

identifiant

raison sociale

adresse

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

avis du médecin conseil

accord

convocation éventuelle

refus

- d'ordre médical

- d'ordre administratif - motif :

date

IMPORTANT

le praticien dispensant l'acte doit indiquer ci-dessous les éléments médicaux justifiant l'acte ou la série d'actes
partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil