

quelques conseils à l'usage du médecin traitant pour remplir le protocole inter-régimes d'examen spécial

articles L 324-1 L 322-3 D 322-1 du code de la sécurité sociale
articles 71-4 et 71-4-1 du Règlement Intérieur des Caisses Primaires
circulaire interministérielle n° 7028 du 30.09.1988

Cet imprimé est à remplir si votre patient est atteint d'une affection de longue durée qui nécessite des soins continus et/ou un arrêt de travail d'une durée prévisible de 6 mois ou plus. Cette demande ne doit être adressée **qu'en accord avec votre patient**.

L'ensemble des 4 volets est à adresser au **service médical**.

- Les **deux premiers volets** comportent les éléments médicaux du protocole.
- Lorsqu'il y a accord entre le médecin conseil et vous-même, vous pouvez remettre ou envoyer à votre **patient le volet 3** destiné à son information. Ce volet peut être complété par toute information portant sur le diagnostic que vous jugeriez nécessaire d'apporter à votre patient.
- Le **volet 4** permet le paiement de vos honoraires.

comment remplir les volets médicaux

L'avis du service médical est rendu en fonction des éléments médicaux figurant sur ce formulaire. C'est pourquoi le **diagnostic précis**, confirmé par les **arguments cliniques détaillés**, ainsi que par les **résultats des examens complémentaires** nécessaires, doit y figurer. Cet imprimé doit également comporter le **programme thérapeutique** adapté et conforme aux données acquises de la science. Il convient donc de décrire de façon détaillée le **projet thérapeutique** et le **suivi** que vous envisagez pour votre patient.

Si le médecin conseil valide vos propositions, il donne son accord en signant le protocole.

Si le médecin conseil est en désaccord sur tout ou partie de vos propositions ou si des informations supplémentaires sont nécessaires, il vous renvoie le protocole accompagné d'une fiche complémentaire sur laquelle il note ses observations. Cette fiche complémentaire peut également servir de support à un référentiel d'aide à la décision. Le protocole modifié ou complété, ainsi que la fiche complémentaire devront être renvoyés au service médical le plus rapidement possible afin de permettre à celui-ci d'émettre un avis dans les délais impartis.

l'exonération du ticket modérateur

Votre patient peut bénéficier de **l'exonération du ticket modérateur** dans ce cadre 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 322-1 du code de la sécurité sociale (liste des ALD 30).
- 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 6 mois sont nécessaires (polypathologie invalidante).

L'exonération du ticket modérateur est également possible pour :

- le diagnostic et le traitement de la stérilité (art. L 322-3-12°).
- les soins aux mineurs victimes de sévices sexuels (art. L 322-3-15°).

Dans ces deux cas, la case "autre" doit être cochée.

les affections de longue durée non exonérantes art. L 324-1

Il s'agit des affections de longue durée, autres que celles définies ci-dessus, qui nécessitent des soins continus et/ou un arrêt de travail d'une durée prévisible de 6 mois ou plus.

notice à destination du patient

n°50775#01

vos informations et celles des médecins que vous consultez

Vous êtes atteint d'une affection de longue durée et votre médecin vous a remis cet imprimé pour vous informer sur votre maladie et vous permettre de le présenter aux médecins que vous êtes amené à consulter.

Cet imprimé précise en particulier le **traitement que vous devez suivre**, les **examens complémentaires** ainsi que le **suivi** envisagé par votre médecin.

quelques informations concernant les affections de longue durée

En cas d'affection de longue durée et en cas d'interruption de travail ou de soins continus supérieurs à 6 mois, votre organisme d'assurance maladie doit procéder périodiquement à un examen de votre état de santé. Cet examen est réalisé conjointement par votre médecin traitant et le médecin conseil en vue de déterminer le traitement et le suivi les plus appropriés.

Pour continuer à bénéficier des prestations vous devez :

- suivre les traitements et les mesures de toute nature prescrits d'un commun accord par votre médecin traitant et le médecin conseil,
- 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 professionnels.

En contrepartie, certaines prestations plus favorables que celles qui sont versées habituellement, peuvent vous être attribuées.

Vous pouvez également, bénéficier de l'exonération du ticket modérateur, si vous êtes atteint d'une des maladies qui le permettent.

A la suite de la demande établie par votre médecin, une notification vous sera adressée par votre organisme d'assurance maladie, vous précisant dans quelles conditions votre maladie sera prise en charge.

**articles L 324-1 L 322-3 D 322-1 du code de la sécurité sociale
articles 71-4 et 71-4-1 du Règlement Intérieur des Caisses Primaires
circulaire interministérielle n° 7028 du 30.09.1988**

bénéficiaire des soins

- identification du bénéficiaire des soins**

nom-prénom (suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

adresse

numéro d'immatriculation

si ce numéro d'immatriculation n'est pas connu, remplissez la ligne suivante

date de naissance du bénéficiaire des soins

rang de naissance si jumeaux

- identification de l'assuré(e) (à remplir si le bénéficiaire des soins n'est pas l'assuré(e))**

nom-prénom de l'assuré (suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

numéro d'immatriculation de l'assuré

information(s) concernant la maladie

- diagnostic(s) de l'(des) affection(s) de longue durée motivant la demande et sa (leurs) date(s) présumée(s) de début**

1

2

3

- arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents significatifs (dans le cas de polyopathie invalidante décrire l'état invalidant)**

- projet thérapeutique détaillé : spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques - autres soins, y compris para-médicaux**

durée prévisible des soins :

durée prévisible de l'arrêt de travail, s'il y a lieu :

reclassement professionnel envisagé

oui

non

- suivi envisagé : nature et périodicité des examens, de la surveillance**

proposition du médecin traitant

ALD non exonérante

ALD 30 (liste)

ALD hors liste

polyopathie invalidante

autre

décision du médecin conseil

demande d'informations complémentaires

oui

date

non

ALD non exonérante

ALD 30 (liste)

ALD hors liste

polyopathie invalidante

autre

accord

du

au

1

accord

du

au

2

accord

du

au

3

refus

nature et motif du refus

date

signature et cachet du médecin traitant ou de l'établissement

signature et cachet du médecin conseil



n° 11626*02

protocole d'examen spécial

art. L 324-1, L 322-3, D322-1 du code de la sécurité sociale, art. 71-4 et 71-4-1 du Règlement
Intérieur des caisses primaires, circulaire interministérielle n° 7028 du 30.09.1988volet médical 2
à renvoyer
au médecin traitant

bénéficiaire des soins

- identification du bénéficiaire des soins**

nom-prénom (suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

adresse

numéro d'immatriculation

si ce numéro d'immatriculation n'est pas connu, remplissez la ligne suivante

date de naissance du bénéficiaire des soins

rang de naissance si jumeaux

- identification de l'assuré(e) (à remplir si le bénéficiaire des soins n'est pas l'assuré(e))**

nom-prénom de l'assuré (suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

numéro d'immatriculation de l'assuré

information(s) concernant la maladie

- diagnostic(s) de l'(des) affection(s) de longue durée motivant la demande et sa (leurs) date(s) présumée(s) de début**

1

2

3

- arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents significatifs (dans le cas de polyopathie invalidante décrire l'état invalidant)**

- projet thérapeutique détaillé : spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques - autres soins, y compris para-médicaux**

durée prévisible des soins :

durée prévisible de l'arrêt de travail, s'il y a lieu :

reclassement professionnel envisagé

oui

non

- suivi envisagé : nature et périodicité des examens, de la surveillance**

proposition du médecin traitant

ALD non exonérante

ALD 30 (liste)

ALD hors liste

polyopathie invalidante

autre

décision du médecin conseil

demande d'informations complémentaires

oui

date

non

ALD non exonérante

ALD 30 (liste)

ALD hors liste

polyopathie invalidante

autre

accord

du

au

1

accord

du

au

2

accord

du

au

3

refus

nature et motif du refus

date

signature et cachet du médecin traitant ou de l'établissement

signature et cachet du médecin conseil

bénéficiaire des soins• **identification du bénéficiaire des soins**

nom-prénom (suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

adresse

numéro d'immatriculation

si ce numéro d'immatriculation n'est pas connu, remplissez la ligne suivante

date de naissance du bénéficiaire des soins

rang de naissance si jumeaux

• **identification de l'assuré(e) (à remplir si le bénéficiaire des soins n'est pas l'assuré(e))**

nom-prénom de l'assuré (suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

numéro d'immatriculation de l'assuré

information(s) concernant la maladie*à remplir par le médecin traitant selon les modalités de l'article 35 du code de déontologie médicale*

signature du médecin traitant :

• **projet thérapeutique détaillé : spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques - autres soins, y compris para-médicaux**

durée prévisible des soins :

durée prévisible de l'arrêt de travail, s'il y a lieu :

reclassement professionnel envisagé

oui

non

• **suiti envisagé : nature et périodicité des examens, de la surveillance****Les informations portées ci-dessus peuvent faire l'objet de modifications selon l'évolution des données concernant votre(vos) affection(s).**

date

signature et cachet du médecin traitant et/ou de l'établissement

signature et cachet du médecin conseil

bénéficiaire des soins

- identification du bénéficiaire des soins**

nom-prénom (suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

adresse

numéro d'immatriculation

si ce numéro d'immatriculation n'est pas connu, remplissez la ligne suivante

date de naissance du bénéficiaire des soins

rang de naissance si jumeaux

- identification de l'assuré(e) (à remplir si le bénéficiaire des soins n'est pas l'assuré(e))**

nom-prénom de l'assuré (suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

numéro d'immatriculation de l'assuré

identification du médecin traitant établissant le protocole

nom-prénom

numéro d'identification

identification de l'établissement (à remplir si le malade est hospitalisé)

nom de l'établissement

adresse

numéro FINESS

nom du chef de service

 si le praticien exerce dans un établissement d'hospitalisation public, préciser si l'examen spécial a été effectué dans le cadre de son activité privée oui non

si le malade est hospitalisé, date d'entrée

demande de règlement d'honoraires d'examen conjoint

L'organisme d'assurance maladie règle directement au médecin traitant le montant de l'acte pratiqué. Toute demande d'honoraires auprès du malade est proscrite.

- mode de règlement**

 virement à un compte postal, bancaire ou de caisse d'épargne

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, joindre le relevé d'identité correspondant.

- examen**

date

le protocole d'examen spécial a été établi :

 en consultation au domicile du malade

montant des indemnités kilométriques éventuelles : Euros

attestation à compléter par le service médical (cocher la case correspondante)

je soussigné, docteur

médecin conseil, certifie que le médecin identifié ci-dessus a établi un protocole d'examen spécial

 avec règlement d'honoraires
 pour soins ou arrêt de travail > 6 mois n'ouvrant pas droit à l'exonération du ticket modérateur

 pour un examen spécial ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur (ALD 30, ALD hors liste, polyopathie)

 sans règlement d'honoraires

date

signature et cachet du médecin traitant ou de l'établissement

signature et cachet du médecin conseil