

# quelques conseils à l'usage du médecin traitant pour remplir le protocole de soins

articles L. 324-1, L. 322-3-3° et 4° et D. 322-1 du Code de la sécurité sociale  
articles 71- 4 et 71- 4-1 du Règlement Intérieur des Caisses Primaires

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 six 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 devez remettre à votre **patient le volet 3** destiné à son information et à son usage. Ce volet peut être complété par toute information portant sur le diagnostic que vous jugeriez nécessaire d'apporter à votre patient. **Il doit être signé par ce dernier**.
- Le **volet 4** permet le versement de votre rémunération dans les situations prévues au "D" de ce volet.

## 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** et par les **résultats des examens complémentaires** nécessaires, doit y figurer ainsi que les actes et prestations concernant la maladie. 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 médical. Le protocole ainsi que la fiche complémentaire devront être renvoyés au service du contrôle 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** 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) 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).

Pour ces situations, le protocole, **périodiquement révisable**, notamment en fonction de l'état de santé du patient et des avancées thérapeutiques, doit définir en outre, compte tenu des recommandations établies par la Haute Autorité de santé, les actes et les prestations nécessités par le traitement de l'affection et pour lesquels la participation financière de l'assuré peut être limitée ou supprimée.

L'exonération du ticket modérateur est également possible (dans ces trois cas, la case "autre" doit être cochée) pour :

- les enfants atteints de surdité (article L. 322-3-6°),
- le diagnostic et le traitement de la stérilité (article L. 322-3-12°),
- les soins aux mineurs victimes de sévices sexuels (article L. 322-3-15°).

**Sont exclus du bénéfice de l'exonération du ticket modérateur les éléments cochés par le médecin conseil.**

## les affections de longue durée non exon rantes article 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 six mois ou plus.

# notice à destination du patient pour l'usage du protocole de soins

articles L. 324-1, L. 322-3-3° et 4° et D. 322-1 du Code de la sécurité sociale  
articles 71- 4 et 71- 4-1 du Règlement Intérieur des Caisses Primaires

## vos informations et celles des médecins que vous consultez

Vous êtes atteint(e) d'une affection de longue durée ou votre état nécessite une interruption de travail ou des soins continus supérieurs à six mois. Votre médecin traitant vous a remis 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 êtes 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.

## 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 six 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. Il donne lieu à l'établissement d'un protocole de soins.

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.

## quelques informations concernant les affections de longue durée exonérantes

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 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 bizona) sont conformes au protocole. Seules les prestations en rapport avec l'affection de longue durée, indiquées dans ce protocole, sont prises en charge à 100 % (**les actes et les prestations cochés par le médecin conseil sont pris en charge selon les conditions du droit commun**).

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.

## Recommandations importantes :

**n'oubliez pas de signer le volet du protocole de soins que vient de vous remettre votre médecin traitant, n'oubliez pas de le présenter à tout médecin consulté.**

# protocole de soins

articles L. 324-1, L. 322-3-3° et 4° et D. 322-1 du Code de la sécurité sociale  
articles 71-4 et 71-4 -1 du Règlement Intérieur des caisses primaires

volet médical 1  
à conserver par  
le médecin conseil

## personne recevant les soins

### • identification de la personne recevant les soins

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

adresse

numéro d'immatriculation

*si ce numéro d'immatriculation 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) *(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))*

numéro d'immatriculation de l'assuré(e)

## 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 (dans le cas de polyopathie invalidante décrire l'état invalidant)

## actes et prestations concernant la maladie *(à compléter par votre médecin traitant)*

spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques ou dispositifs médicaux	(1)	suivi biologique prévu (type d'actes)	(1)
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	recours à des spécialistes (préciser la spécialité et le type d'acte spécialisé prévu)	(1)
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	recours à des professionnels de santé para-médicaux	(1)
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(1) Sont exclus du bénéfice de l'exonération du ticket modérateur, les éléments cochés par le médecin conseil, qui seront pris en charge selon les conditions du droit commun.

durée prévisible des soins : \_\_\_\_\_ durée prévisible de l'arrêt de travail, s'il y a lieu : \_\_\_\_\_

reclassement professionnel envisagé : oui  non

## proposition du médecin traitant *(cocher la(les) case(s) correspondante(s))*

ALD non exonérante  ALD 30 (liste)  ALD hors liste  polyopathie invalidante  autre

## décision du médecin conseil

accord au titre de (2)  du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ pour \_\_\_\_\_

accord au titre de (2)  du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ pour \_\_\_\_\_

accord au titre de (2)  du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ pour \_\_\_\_\_

(2) Le médecin conseil reporte le chiffre correspondant à la situation adéquate listée dans la rubrique précédente (1 pour ALD non exonérante, 2 pour ALD 30....)

refus  nature et motif du refus \_\_\_\_\_

date \_\_\_\_\_ protocole valable jusqu'au \_\_\_\_\_

signature et cachet du médecin traitant

cachet de l'établissement ou du centre de référence

signature et cachet du médecin conseil

## personne recevant les soins

### • identification de la personne recevant les soins

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

adresse

numéro d'immatriculation

*si ce numéro d'immatriculation 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) *(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))*

numéro d'immatriculation de l'assuré(e)

## 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 (dans le cas de polyopathie invalidante décrire l'état invalidant)

## actes et prestations concernant la maladie *(à compléter par votre médecin traitant)*

spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques ou dispositifs médicaux

(1)

suivi biologique prévu (type d'actes)

(1)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	recours à des spécialistes (préciser la spécialité et le type d'acte spécialisé prévu) (1)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	recours à des professionnels de santé para-médicaux (1)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**(1) Sont exclus du bénéfice de l'exonération du ticket modérateur, les éléments cochés par le médecin conseil, qui seront pris en charge selon les conditions du droit commun.**

durée prévisible des soins :

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

reclassement professionnel envisagé :

 oui 

 non 

## proposition du médecin traitant *(cocher la(les) case(s) correspondante(s))*

 ALD non exonérante  1    ALD 30 (liste)  2    ALD hors liste  3    polyopathie invalidante  4    autre  5

## décision du médecin conseil

 accord au titre de (2)  du  au  pour

 accord au titre de (2)  du  au  pour

 accord au titre de (2)  du  au  pour

(2) Le médecin conseil reporte le chiffre correspondant à la situation adéquate listée dans la rubrique précédente (1 pour ALD non exonérante, 2 pour ALD 30....)

 refus  nature et motif du refus

date

protocole valable jusqu'au

signature et cachet du médecin traitant

cachet de l'établissement ou du centre de référence

signature et cachet du médecin conseil

# protocole de soins

articles L. 324-1, L. 322-3-3° et 4° et D. 322-1 du Code de la sécurité sociale  
articles 71- 4 et 71-4 -1 du Règlement Intérieur des caisses primaires

volet 3 à remettre  
par le médecin traitant  
au patient après accord définitif

## personne recevant les soins

• **identification de la personne recevant les soins**

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

adresse

numéro d'immatriculation

si ce numéro d'immatriculation 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) (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

numéro d'immatriculation de l'assuré(e)

## information(s) concernant la maladie

(à remplir par le médecin traitant, après l'accord du malade (art. R. 4127-35 du Code de la santé publique))

signature et cachet du médecin traitant

## actes et prestations concernant la maladie

spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques ou dispositifs médicaux	(1)	suivi biologique prévu (type d'actes)	(1)
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	recours à des spécialistes (préciser la spécialité et le type d'acte spécialisé prévu)	(1)
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	recours à des professionnels de santé para-médicaux	(1)
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(1) Sont exclus du bénéfice de l'exonération du ticket modérateur, les éléments cochés par le médecin conseil, qui seront pris en charge selon les conditions du droit commun.

durée prévisible des soins : \_\_\_\_\_ durée prévisible de l'arrêt de travail, s'il y a lieu : \_\_\_\_\_

reclassement professionnel envisagé : oui  non

**Ce protocole de soins, élaboré par votre médecin traitant, a fait l'objet d'un accord de prise en charge par l'Assurance Maladie dans le cadre de la reconnaissance de votre affection ou de vos affections de longue durée.**

**N'OUBLIEZ PAS DE PRESENTER CE DOCUMENT  
A TOUT MEDECIN CONSULTE**

date		protocole valable jusqu'au	
signature et cachet du médecin traitant	cachet de l'établissement ou du centre de référence	signature et cachet du médecin conseil	signature de la personne recevant les soins ou de son représentant légal

# protocole de soins

## demande de rémunération pour les situations prévues au D

### A **personne recevant les soins**

• **identification de la personne recevant les soins**

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

adresse

numéro d'immatriculation

*si ce numéro d'immatriculation 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) *(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))*

numéro d'immatriculation de l'assuré(e)

### B **identification du médecin traitant établissant le protocole**

nom et prénom

numéro d'identification

### C **identification de l'établissement (à remplir par le médecin traitant s'il exerce dans un service hospitalier)**

nom de l'établissement

adresse

numéro FINESS

nom du chef de service

si le praticien exerce dans un établissement d'hospitalisation public, préciser si le protocole de soins a été effectué dans le cadre de son

activité privée  oui  non

si le malade est hospitalisé, date d'entrée

### D **demande de rémunération**

• **rappel : situations ouvrant droit à rémunération du protocole**

① soins ou un arrêt de travail > six mois n'ouvrant pas droit à l'exonération 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 au titre de l'article L. 322-3-12° du Code de la sécurité sociale

• **examen**

date

le protocole de soins a été établi :

en consultation  au domicile du malade

montant des indemnités kilométriques éventuelles : euros

• **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.

### E **attestation à compléter par le service médical**

je soussigné(e), docteur

médecin conseil, certifie que le médecin identifié ci-dessus a établi un protocole dans l'une des situations prévues au "D" :

①

②

③

date

signature et cachet du médecin traitant

cachet de l'établissement ou  
du centre de référence

signature et cachet du médecin conseil