

Les actes et traitements soumis à accord préalable et les affections de longue durée (ALD) exonérantes nécessitent l'avis d'un médecin conseil de l'échelon local du Service médical de votre lieu de résidence.

Voici la marche à suivre pour une prise en charge adaptée à votre situation.

▶ ACCORD PRÉALABLE

Demande d'accord préalable

La prescription de certains transports, actes et traitements médicaux réclame un accord préalable. Sans entente préalable ces derniers ne seront pas pris en charge et les frais éventuellement engagés ne vous seront pas remboursés.

▣ LES ACTES ET TRAITEMENTS SOUMIS A ACCORD PRÉALABLE

L'accord préalable couvre notamment les prescriptions :

- d'actes d'orthopédie dento-faciale (ODF),
- d'actes de masso-kinésithérapie dans le cadre des situations de rééducation soumises à référentiel ou au-delà de 30 séances,
- de certains examens et analyses de laboratoire,
- d'appareillages médicaux,
- de transports de plus de 150 km, les transports en série, en avion ou en bateau de ligne régulière.

Certains produits et actes inscrits sur la Liste des Produits et Prescriptions (L.P.P) remboursables par l'Assurance Maladie font l'objet d'un accord préalable. Il s'agit de :

- Tous les actes ou traitements inscrits dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) annotés d'une mention particulière ou de la lettre « E » signifiant l'obligation de l'entente préalable. On y trouve certains actes d'orthoptie, d'orthophonie ou encore la pratique de soins infirmiers à domicile.
- Tous les actes exceptionnels concernant une pathologie inhabituelle,
- et des actes liés à l'évolution des techniques médicales.

▣ LA DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE

Une fois l'affection diagnostiquée et la prescription faite, c'est le professionnel de santé que vous consultez qui vous informe de la nécessité ou non de réaliser une demande d'accord préalable et vous remet le formulaire.

Votre demande doit comprendre :

- **Le formulaire de demande d'accord préalable** directement lié à la prescription reçue rempli par le professionnel de santé et dans certains cas aussi par vous-même.
- **La prescription d'origine du praticien** à joindre obligatoirement lorsqu'il s'agit d'actes effectués par un auxiliaire médical (masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste), un prestataire d'analyses ou d'examens de laboratoire ou d'appareillages médicaux.

L'envoi du dossier d'accord préalable au Service médical

Le dossier complet doit être adressé :

- directement à M. le médecin conseil de l'échelon local du Service médical dont vous dépendez,
- impérativement 3 semaines avant la réalisation de l'acte ou du transport,
- en indiquant que vous êtes assuré à la Camieg.

Le Service médical dispose de 15 jours pour statuer, l'absence de réponse au-delà de ce délai vaut accord. Si votre demande est rejetée, la Camieg vous en informe par courrier dans ce délai en vous indiquant les voies de recours possibles.

En cas d'urgence

Lorsqu'il y a urgence attestée par le prescripteur, il vous dispense l'acte ; néanmoins il est indispensable qu'il mentionne qu'il s'agit d'un « acte d'urgence » sur le formulaire de demande d'accord préalable.



▶ AFFECTION DE LONGUE DURÉE EXONÉRANTE

Demande d'exonération du ticket modérateur

Une ALD exonérante est une maladie qui réclame un suivi et des soins prolongés (plus de six mois).

On distingue trois types d'affection de longue durée :

- Une liste de 30 affections qui sont fixées par le code de la Sécurité sociale (art D 322-1).
- Des affections qui ne sont pas inscrites sur la liste précédente mais qui répondent aux critères suivants : forme évolutive ou invalidante d'une affection grave caractérisée par des soins d'une durée prévisible de plus de 6 mois.
- Des polyopathologies invalidantes nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois.

Pour l'ensemble de ces affections, les dépenses liées aux soins et traitements sont remboursées à 100 % sur la part obligatoire de base.

▣ LE PROTOCOLE DE SOINS

Votre médecin traitant, en concertation avec les autres médecins qui vous suivent pour votre affection de longue durée, établit le protocole de soins et demande la **prise en charge à 100%** concernant les soins et traitement liés à cette ALD exonérante.

Ce formulaire précise :

- Les soins et traitement nécessaires à la prise en charge de votre maladie (remboursés à 100 % ou pris en charge aux taux habituels).
- Les autres praticiens et leur spécialité, qui vous suivront dans le cadre de votre maladie.
- Ainsi vous pouvez consulter directement les médecins mentionnés dans le protocole de soins sans passer par votre médecin traitant dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

Ce document est établi sur 3 volets : un volet conservé par votre médecin traitant, un pour le médecin conseil et le troisième volet qui vous est destiné.

Les formalités auprès du Service médical

Le protocole doit être transmis :

- Directement à M. le médecin conseil de l'échelon local du Service médical dont vous dépendez, qui donne son accord pour la prise en charge d'une partie ou de la totalité des soins et traitement liés à votre ALD.
- Bien indiquer que vous êtes assuré à la Camieg.

Une fois l'accord entériné, votre médecin traitant vous remettra le volet du protocole de soins qui vous est destiné. Vous le signerez avec lui.

La Camieg vous envoie ensuite une notification d'attribution vous précisant dans quelles conditions et pour quelle durée votre maladie sera prise en charge, accompagnée d'une attestation de droits sur laquelle apparaîtra votre ALD.

Pensez ensuite à mettre à jour votre carte Vitale pour une prise en charge conforme à vos droits.

La durée du protocole de soins

Le protocole est établi pour une durée déterminée indiquée sur le protocole de soins par le médecin conseil. C'est votre médecin traitant qui assure l'actualisation de vos droits, en fonction de votre état de santé, des évolutions thérapeutiques ou si, vous-même ou l'un des spécialistes qui vous suit, en fait la demande.

En cas de prolongation :

Si le Service médical donne son accord, la Camieg vous envoie une notification de prolongation vous précisant les dates de début et de fin de prolongation de la prise en charge de votre ALD.

Attention, la prise en charge à 100 % ne concerne pas :

- Les dépassements d'honoraires (pris en charge sur la part complémentaire dans la limite des garanties Camieg).
- La participation de 1 € par consultation ou acte de biologie, dans la limite de 50 € par an et par personne.
- La franchise de 0,50 € par boîte de médicament ou acte paramédical et de 2 € par transport, dans la limite de 50\$ par an et par personne.
- Le forfait hospitalier.

Les soins sans rapport avec votre affection de longue durée sont remboursés aux taux habituels.



ZOOM SUR LE SERVICE MÉDICAL

Le Service médical veille à la juste attribution des prestations et garantit à chacun l'accès à des soins de qualité. Cette mission est exercée en totale indépendance, ce qui garantit l'impartialité des avis rendus et l'équité de traitement.

Inscrit au Conseil de l'Ordre, le praticien conseil est tenu au secret médical. Médecin, chirurgien-dentiste ou pharmacien, il apprécie la justification médicale des prestations demandées. La Camieg ne dispose pas d'un Contrôle médical qui lui est propre. Les dossiers de ses assurés sont examinés par le Service médical de l'Assurance Maladie.

Les demandes d'entente préalable ou les demandes d'exonération du ticket modérateur doivent être adressées à M. le médecin conseil de l'échelon local du Service médical de votre lieu de résidence, et non à la Camieg. Vous veillerez à indiquer que vous êtes assuré à la Camieg.

Une exception cependant, vous transmettez directement à la Camieg les questionnaires de prise en charge Cure thermale.

Si vous sollicitez l'avis du médecin conseil dans le cadre d'un **accident du travail** ou d'une **maladie professionnelle**, vous transmettez votre dossier à l'échelon local du Service médical de votre lieu de travail. Renseignez-vous au préalable auprès de votre employeur, les risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles ne relevant pas de la Camieg.

ORGANISATION DU SERVICE MÉDICAL

20 structures régionales du Service médical et des échelons départementaux sont répartis sur tout le territoire et emploient 2 500 praticiens conseils.



Rendez-vous sur Camieg.fr pour consulter :

- la liste des échelons locaux du Service médical
- les dispositions relatives aux actes de masso-kinésithérapie

Contacts



- Camieg.fr
- **0811 709 300** (prix d'une communication locale depuis un poste fixe)
- **Camieg 92011 Nanterre Cedex**

Camieg

LE RÔLE DU SERVICE MÉDICAL ET DU MÉDECIN CONSEIL

- ACCORD PRÉALABLE
- AFFECTION DE LONGUE DURÉE

