



LE SERVICE MÉDICAL DE L'ASSURANCE MALADIE

Accord préalable
Affection de longue durée

Mise à jour Septembre 2014 - Conception graphique : Bolivric

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 accord préalable ces derniers ne seront pas pris en charge et les frais éventuellement engagés ne vous seront pas remboursés.

LES ACTES ET TRAITEMENTS SOUMIS À ACCORD PRÉALABLE

L'accord préalable couvre notamment les prescriptions de certains produits et prestations inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'Assurance Maladie :

- Les soins d'orthodontie ;
- Certains examens et analyses de laboratoire ;
- La fourniture d'appareils de prothèse et d'orthopédie ;
- Les transports de longue distance (plus de 150 km) ou en série, par avion ou bateau de ligne régulière, ou liés aux soins et traitements dans les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP).

Certains actes ou traitements doivent faire l'objet d'un accord préalable. Il s'agit des :

- Actes réalisés en série sur prescription médicale, lorsque le nombre d'actes dépasse le seuil fixé par les conditions de prescription (par exemple, pour les actes de masso-kinésithérapie) ;
- Actes ou traitements dont le coefficient indiqué par la classification commune des actes médicaux (CCAM) est suivi des lettres «AP» ;
- Actes ou traitements dont le coefficient indiqué par la nomenclature générale des actes professionnels (CGAP) est suivi de la lettre «E». C'est le cas notamment des traitements dispensés par les masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes ;
- Actes ou traitements ne figurant pas à la nomenclature générale des actes professionnels et cotés par assimilation ;
- Actes exceptionnels concernant une pathologie inhabituelle ;
- Actes liés à l'évolution des techniques médicales.

LA DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE

C'est le professionnel de santé que vous consultez qui vous informe de la nécessité 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 médicale du praticien** à joindre obligatoirement lorsqu'il s'agit d'actes ou traitements 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.

La Camieg dispose de 15 jours pour statuer, l'absence de réponse au-delà de ce délai vaut accord. Si votre demande est refusée, vous recevez un courrier 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 polypathologies 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 de l'Assurance Maladie 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.

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 Service médical qui lui est propre. Les dossiers de ses assurés sont examinés par le Service médical de l'Assurance Maladie du régime général.**

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 thermique.

Si vous sollicitez l'avis du médecin conseil dans le cadre d'un **accident du travail** ou d'une **maladie professionnelle**, 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**
- **08 06 06 93 00** (service gratuit + prix d'appel)
- **Camieg 92011 Nanterre Cedex**