

DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE
POUR ADMISSION EN SERVICE DE SOINSVOLET N°1
destiné au
Médecin-Conseil
(service administratif)

(Article R. 166-3 du Code de la Sécurité sociale)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

NUMÉRO
D'IMMATRICULATION (1)NOM-Prénom (suivi s'il y a lieu,
du nom de l'époux)

ADRESSE

ORGANISME D'AFFILIATION (1)

SITUATION DE L'ASSURÉ(E) A LA DATE DE LA DEMANDE :

☐ ACTIVITÉ SALARIÉE ☐ ACTIVITÉ NON SALARIÉE ☐ PENSIONNÉ(E)☐ SANS EMPLOI ► Date de cessation d'activité :☐ AUTRE CAS ► Lequel :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE

SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURÉ(E) :

NOM-Prénom (suivi s'il y a lieu,
du nom de l'époux)

DATE DE NAISSANCE :

LIEN AVEC L'ASSURÉ(E) ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐ Autre membre de la famille
☐ Personne vivant maritalement avec l'assuré(e)Exerce-t-il habituellement une activité professionnelle ou est-il titulaire d'une pension ☐ OUI ☐ NONS'agit-il d'un ACCIDENT ☐ OUI ☐ NON Si oui, date de cet accident :Si le malade est PENSIONNÉ DE GUERRE et si les soins concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case ☐

(1) SE REPORTER A LA CARTE D'ASSURÉ SOCIAL

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque
se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations.
(Articles L. 377-1 du Code de la Sécurité sociale, L. 441-1 du Code pénal)J'atteste sur l'honneur l'exactitude
des renseignements portés ci-dessus.

Signature de l'assuré(e)

PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN-CONSEIL

NOM et ADRESSE
de l'ÉTABLISSEMENT

Catégorie :

AVIS SUR LE PLACEMENT ☐ DÉFAVORABLE ☐ FAVORABLE, pour une durée de :

CONTRE-INDICATIONS :

EXONÉRATION TICKET MODÉRATEUR ☐ article L. 324-1 ☐ article L. 322-3,3° ☐ article L. 322-3,4°EXONÉRATION FORFAIT JOURNALIER ☐ OUI ☐ NON

DATE :

Signature et cachet du médecin

PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN TRAITANT

CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL

Je prescris le placement de Mme, Mlle, M.

dans l'établissement ou le service suivant :

, pour une durée de :

Ce placement est-il en rapport avec un acte ou une série d'actes dont le coefficient global est égal ou
supérieur à 50 ☐ OUI ☐ NON

Date de l'intervention :

Renseignements médicaux justifiant la présente demande (état du malade, examens cliniques et complémentaires,
traitement médical et chirurgical) : plier ici

Signature et cachet du médecin

Fais le :

à