

# **Demande préalable de prise en charge dérogatoire de certains soins programmés non urgents au titre de l'Aide Médicale de l'Etat (AME)**

(Articles L.251-2 et R.251-3 à R.251-5 du code de l'action sociale et des familles)

## **Notice**

La prise en charge de certains soins programmés **non urgents** des bénéficiaires majeurs de l'Aide Médicale de l'Etat est soumise à un délai d'ancienneté de 9 mois de bénéfice dans le dispositif.

Toutefois, dans les situations où la pathologie du patient nécessite une intervention qui ne saurait attendre l'expiration du délai de 9 mois, l'avis préalable du service médical de l'Assurance Maladie doit être sollicité par les médecins prescripteurs.

### **Modalités de calcul du délai d'ancienneté**

Ce délai de 9 mois se décompte à partir de la date de la première attribution d'AME pour le bénéficiaire majeur. Toutefois, l'interruption de droits sur une période de plus de deux ans, à compter de la dernière admission ou du dernier renouvellement fait à nouveau courir le délai de 9 mois.

Le respect de ce délai d'ancienneté par les professionnels est apprécié à partir des éléments présents sur la carte et des codes contrats associés.

Le présent formulaire n'est à établir que pour les soins programmés non urgents des bénéficiaires majeurs présentant une carte mentionnant le code contrat n° 4 et dont le délai de 9 mois à partir de la date d'attribution n'est pas échu à la date des soins.

### **Définition des soins soumis au délai d'ancienneté**

Le soins soumis sont définis à l'article R.251-3 du code de l'action sociale et des familles, ce sont :

- 1° Les prestations réalisées en établissement de santé liées à des pathologies non sévères (16 actes) :  
Libérations de nerfs superficiels à l'exception du médian au canal carpien, libérations du médian au canal carpien, interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, allogreffes de cornée, interventions sur le cristallin avec trabéculéctomie, rhinoplasties, pose d'implants cochléaires, interventions de reconstruction de l'oreille moyenne, interventions pour oreilles décollées, prothèses de genou, prothèses d'épaule, prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents, interventions sur la hanche et le fémur sauf traumatismes récents, interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale, gastroplasties pour obésité, interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité.
- 2° Les actes réalisés par des professionnels de santé exerçant en ville suivants :
  - les transports sanitaires en lien avec les prestations hospitalières mentionnées au 1° ;
  - les actes de masso-kinésithérapie prescrits suite à des prestations hospitalières mentionnées au 1°.

### **Traitement des demandes**

Cette procédure d'accord préalable à la prise en charge dérogatoire est prévue lorsque l'absence de réalisation de ces prestations avant l'expiration du délai de 9 mois est susceptible d'avoir des conséquences vitales ou graves et durables sur l'état de santé de la personne.

Le présent formulaire est rempli par le prescripteur et adressé au service médical compétent par voie dématérialisée à l'adresse dédiée suivante :

**[ame.derogatoire@cnam-sm.mssante.fr](mailto:ame.derogatoire@cnam-sm.mssante.fr)**

L'avis du service médical est transmis au prescripteur à l'adresse électronique qu'il a utilisée pour effectuer son envoi. Il est mis à disposition du bénéficiaire par le prescripteur.

L'avis défavorable du service médical vaut refus de prise en charge.

L'absence d'avis du service médical dans les 15 jours à compter de la réception de la demande complète vaut accord de prise en charge.

Si les soins visés sont par ailleurs subordonnés à l'accord préalable du service du contrôle médical en application de l'article L.315-2 du code de la sécurité sociale, il est nécessaire de procéder aux deux demandes simultanément. La prise en charge sera subordonnée aux deux accords du service du contrôle médical.

## Personne majeure recevant les soins

**Personne recevant les soins** (c'est à dire le titulaire de la carte AME)

<b>Nom et prénom(s)</b> (nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))	nom et n° du centre de paiement
<b>Date de naissance</b>	
<b>Numéro d'immatriculation ou d'AME</b>	
<b>Droits AME</b>	
<b>Période d'ouverture de droit : du</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>au</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>Code contrat 04 : oui</b> <input type="checkbox"/>	

En pratique, la vérification du délai d'ancienneté de 9 mois n'est exigée que dans les cas où le code contrat 04 est renseigné sur la carte AME.

## Soins programmés non urgents

1. Les prestations en établissement de santé liées aux pathologies non sévères suivantes, lorsqu'elles ne concernent pas des traumatismes, fractures, brûlures, infections, hémorragies, tumeurs suspectées ou avérées (cochez la case correspondante) :

	Racine de GHM code	Libellé de l'acte
<input type="checkbox"/>	01C14	Libérations de nerfs superficiels à l'exception du médian au canal carpien
<input type="checkbox"/>	01C15	Libérations du médian au canal carpien
<input type="checkbox"/>	02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie
<input type="checkbox"/>	02C09	Allogreffes de cornée
<input type="checkbox"/>	02C12	Interventions sur le cristallin avec trabéculéctomie
<input type="checkbox"/>	03C09	Rhinoplasties
<input type="checkbox"/>	03C18	Pose d'implants cochléaires
<input type="checkbox"/>	03C20	Interventions de reconstruction de l'oreille moyenne
<input type="checkbox"/>	03C21	Interventions pour oreilles décollées
<input type="checkbox"/>	08C24	Prothèses de genou
<input type="checkbox"/>	08C25	Prothèses d'épaule
<input type="checkbox"/>	08C48	Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents
<input type="checkbox"/>	08C50	Interventions sur la hanche et le fémur sauf traumatismes récents
<input type="checkbox"/>	09C06	Interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale
<input type="checkbox"/>	10C09	Gastroplasties pour obésité
<input type="checkbox"/>	10C10	Autres interventions pour obésité : à préciser.....

2. Les actes réalisés par des professionnels de santé exerçant en ville suivants (cochez la case correspondante) :

<input type="checkbox"/>	Transports sanitaires en lien avec la prestation hospitalière envisagée
<input type="checkbox"/>	Actes de masso-kinésithérapie prescrits suite à la prestation hospitalière autorisée
	Date de l'accord pour la prestation hospitalière : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

## Les conséquences vitales ou graves et durables sur l'état de santé de la personnes encourues

(Indiquez ci-après les conséquences sur l'état de santé de la personne si les actes sont réalisés après expiration du délai de 9 mois)

## Identification du médecin prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

<b>Identification du prescripteur</b> (nom et prénom)  identifiant <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Identification de la structure</b> (raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement)  n° de la structure (AM, FINES ou SIRET) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	--

Je soussigné Docteur ....., certifie l'exactitude des renseignements déclarés ci-dessus.

date         signature du praticien

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué Protection des Données.  
En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés