

DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE POUR  
ADMISSION EN SERVICE DE SOINS

(article R 166-3 du Code de la Sécurité Sociale)

VOLET N° 1  
destiné au  
Médecin-Conseil  
(service administratif)

## 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, 160 du Code Pénal, 1047 du Code Rural)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<sup>b</sup>  article L 322-3,4<sup>b</sup>EXONÉRATION FORFAIT JOURNALIER  OUI  NON

DATE :

Signature et cachet du médecin

DARRAS &amp; MAURY PARIS JUIN 1986

CNAMTS 619 1 85

## PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN TRAITANT

## CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL

Je prescris le placement de M<sup>me</sup>, M<sup>lle</sup>, M<sup>r</sup>  
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'interventionRenseignements médicaux justifiant la présente demande (état du malade, examens cliniques et complémentaires,  
traitement médical et chirurgical) :

cher ici

Signature et cachet du médecin

Fait, le :

à