

VOLET MÉDECIN : EXEMPLE POUR UN PATIENT DIABÉTIQUE

**cerfa** n°11626\*03

**protocole de soins**

articles L. 324-1, L. 322-3-3° et 4° et D. 322-1 du Code de la sécurité sociale  
articles 71-4 et 71-4 -1 du Règlement Intérieur des caisses primaires

volet médical 2  
à renvoyer  
au médecin traitant

**personne recevant les soins**

• identification de la personne recevant les soins  
nom et prénom (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))  
adresse  
numéro d'immatriculation  
si ce numéro d'immatriculation n'est pas connu, remplissez la ligne suivante  
date de naissance de la personne recevant les soins

• identification de l'assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))  
nom et prénom de l'assuré(e) (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))  
numéro d'immatriculation de l'assuré(e)

**information(s) concernant la maladie**

1 diagnostic(s) de l'(des) affection(s) de longue durée motivant la demande et sa (leurs) date(s) présumée(s) de début

1 Diabète de type 2 0 2 0 3 2 0 0 7

2

3 arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents (dans le cas de polyopathie invalidante décrire l'état invalidant)

Glycémie à jeun n° 1 : 1,82 g/l  
Glycémie à jeun n° 2 : 1,93 g/l  
FO du 11/05/2007 : Rétinopathie diabétique  
Pied à risque : grade 1

arthropathie rétractile de l'épaule liée au diabète

**actes et prestations concernant la maladie** (à compléter par votre médecin traitant)

spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques ou dispositifs médicaux (1) suivi biologique prévu (type d'actes) (1)

Listes HAS traitement du diabète\*  
+ complications oculaires\*  
+ traitement du pied à risque\*

Potassium

recours à des spécialistes (préciser la spécialité et le type d'acte spécialisé prévu) (1)

recours à des professionnels de santé para-médicaux (1)  
Kinésithérapie - rééducation de l'épaule

(1) Sont exclus du bénéfice de l'exonération du ticket modérateur, les éléments cochés par le médecin conseil, qui seront pris en charge selon les conditions du droit commun.

durée prévisible des soins : durée prévisible de l'arrêt de travail, s'il y a lieu :  
reclassement professionnel envisagé : oui  non

**proposition du médecin traitant** (cocher la(les) case(s) correspondante(s))

ALD non exonérante 1 ALD 30 (liste) 2 ALD hors liste 3 polyopathie invalidante 4 autre 5

**décision du médecin conseil**

accord au titre de (2) du au pour  
accord au titre de (2) du au pour  
accord au titre de (2) du au pour

(2) Le médecin conseil reporte le chiffre correspondant à la situation adéquate listée dans la rubrique précédente (1 pour ALD non exonérante, 2 pour ALD 30....)  
refus nature et motif du refus

date protocole valable jusqu'au

signature et cachet du médecin traitant cachet de l'établissement ou du centre de référence signature et cachet du médecin conseil

La loi 78-17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire. S 3501 c

**Diagnostic**  
Mentionnez le ou les diagnostics concernés par la demande de prise en charge à 100 %.

**Argumentation**  
Cette zone doit être renseignée afin de permettre une décision rapide du médecin conseil de l'Assurance Maladie (voir mémo ALD sur les informations médicales).

Lorsque la liste HAS existe, mentionnez le ou les modules de la liste des actes et prestations de la HAS nécessaires au traitement.

La prise en charge à 100 % de la prestation est accordée quand la case n'est pas cochée.

Précisez les actes et prestations ne figurant pas sur la liste HAS, mais présentant un lien direct et certain avec l'affection.

**Validité du protocole**  
Le formulaire est établi pour une durée déterminée fixée par le médecin conseil de l'Assurance Maladie.

\* Le patient est libre d'accepter ou de refuser que son affection soit mentionnée.

**Demande de renouvellement**

- pathologies chroniques : il n'est plus nécessaire de reproduire les informations médicales de la première demande. Il suffit simplement d'apporter les éléments de personnalisation relatifs à l'évolution de la pathologie.
- pathologies susceptibles de rémission durable, voire de guérison : l'éventuelle demande est argumentée d'éléments justifiant le renouvellement.

La Haute Autorité de Santé élabore des recommandations<sup>1</sup> pour le suivi et le traitement de chaque affection de longue durée (ALD). Elles sont notamment destinées à vous aider à établir les protocoles de soins de vos patients atteints d'affections de longue durée.

## Comment se présentent les recommandations de la HAS ?

Chacune d'entre elles comporte deux parties : **un ou plusieurs « Guides médecin » et une seule Liste des actes et prestations** pour l'affection considérée.

La Liste peut-être structurée par modules.

Par exemple, la Liste HAS concernant le diabète comporte cinq modules :

- Suivi et traitement du diabète
- Suivi et traitement de la néphropathie
- Suivi et traitement de complications oculaires
- Suivi et traitement du pied à risque ou des plaies du pied
- Suivi et traitement des neuropathies périphériques

**La Liste et le(s) « Guide(s) médecin » sont indissociables.** En effet, le(s) Guide(s) précise(nt) les conditions d'utilisation des actes et prestations : indications, fréquence...

 Liste et Guides consultables sur le site Internet de la HAS : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

## Comment les utiliser pour établir le protocole de soins ?

**Il n'est pas nécessaire de retranscrire la Liste HAS dans son intégralité.** Il suffit de mentionner, sur le protocole de soins, le titre ou le(s) module(s) de la Liste des actes et prestations nécessaire(s) au traitement du patient, en fonction de son état de santé et de ses besoins. Plusieurs modules peuvent être cumulés.

 Exemple au verso

L'évolution de l'état de santé du patient peut nécessiter l'ajout d'un module et être à l'origine de l'actualisation du protocole de soins.

Si un patient est atteint par plusieurs ALD, et que celles-ci ne font pas toutes l'objet de recommandations HAS, alors la zone « actes et prestations » du protocole devra comprendre :

- d'une part, la mention de la Liste (ou des modules) de la HAS lorsque celle-ci existe,
- d'autre part, les actes et prestations nécessaires au traitement de l'ALD pour les maladies ne disposant pas de recommandations HAS. En cas d'affections multiples et complexes, cette zone pourra être rédigée de façon plus synthétique, par une formulation globale.

## Ce qui est ou non pris en charge par l'Assurance Maladie ?

L'Assurance Maladie prend en charge à 100 %<sup>2</sup> les actes et prestations remboursables, mentionnés dans la Liste HAS, quand ils sont réalisés dans les conditions précisées dans le(s) « Guide(s) médecin ».

Exemples pour le diabète		
Liste HAS		« Guides médecins » HAS
<b>Professionnels</b>	<b>Situations particulières</b>	« Une consultation dentaire annuelle »
Dentiste	Tous les patients	
<b>Examens</b>	<b>Situations particulières</b>	« Glycémie veineuse à jeûn (contrôle de l'autosurveillance glycémique, chez les patients en autosurveillance glycémique, une fois par an) »
Glycémie veineuse	Contrôle de l'autosurveillance	

SG/DGM/Diag1 - Juin 2007

Les actes et prestations de la Liste qui ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie sont indiqués par la mention : « prestation dont le remboursement n'est pas prévu par la législation ».

Si des actes et prestations non précisés dans la Liste de la HAS sont nécessaires pour adapter le protocole de soins à la situation particulière de votre patient (co-morbidité, complications thérapeutiques, etc.), ils seront alors pris en charge à 100% après accord du médecin conseil.

<sup>1</sup> Conformément à la loi de Réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004

<sup>2</sup> Sur la base du tarif officiel de la Sécurité sociale