





n° 10128\*04

# demande d'accord préalable Examens de biologie médicale

(Liste des actes et prestations visés à l'article L.162-1-7 du Code de la sécurité sociale  
article L.6211-1 du Code de la santé publique)

**VOLET 2**  
**à conserver**  
**par l'assuré(e)**

## personne recevant les soins et assuré(e) (voir notice au verso du volet 2)

### personne recevant les soins

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

**assuré(e)** (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

adresse de l'assuré(e)

## identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

identifiant

raison sociale  
adresse

n° structure  
(AM, FINESS ou SIRET)

## à compléter par le prescripteur

nature de(s) examen(s) prescrit(s) :

## conditions de prise en charge des examens

**maladie**  examen en rapport avec une ALD : oui  non

**maternité**  date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

**accident du travail ou maladie professionnelle**  date

date

signature

## identification du directeur de laboratoire et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

identifiant

raison sociale  
adresse

n° structure  
(AM, FINESS ou SIRET)

## à compléter par le directeur de laboratoire qui dispense l'(es) examen(s)

code(s) de(s) examen(s) et cotation(s) :

autorisation de pratiquer l'(les) examen(s) – n° et/ou date  
(à compléter si nécessaire)

date

signature



n° 50053\*04

# demande d'accord préalable

## Examens de biologie médicale

*(Liste des actes et prestations visés à l'article L.162-1-7 du Code de la sécurité sociale  
article L.6211-1 du Code de la santé publique)*

### notice

La présente demande doit être établie pour tous les examens de la nomenclature des actes de biologie médicale soumis à l'obligation de l'accord préalable.

**Les volets 1 et 3 doivent être adressés préalablement à l'exécution des examens au service médical** de l'organisme d'assurance maladie dont dépend l'assuré(e), à l'aide de l'enveloppe prévue à cet effet et remise par le directeur de laboratoire.

Le volet 2 est conservé par l'assuré(e).

**LA NON RÉPONSE DE L'ORGANISME SOUS 15 JOURS, À COMPTER DE LA DATE DE RÉCEPTION DE LA DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE, ÉQUIVAUT À UN ACCORD.**

Dans tous les cas, le remboursement du traitement ou des examens de biologie médicale accordés est subordonné aux conditions administratives d'ouverture de droit et à leur inscription à la nomenclature des actes de biologie médicale.



n° 10128\*04

# demande d'accord préalable Examens de biologie médicale

(Liste des actes et prestations visés à l'article L.162-1-7 du Code de la sécurité sociale  
article L.6211-1 du Code de la santé publique)

**VOLET 3**  
**à adresser**  
**au contrôle médical**

## personne recevant les soins et assuré(e) (voir notice au verso du volet 2)

### personne recevant les soins

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

### assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

### adresse de l'assuré(e)

### avis médical

### décision administrative

favorable

défavorable :

date :

signature :

droits ouverts

accord

refus – notification le

date :

signature :

### conditions de prise en charge des examens

maladie  examen en rapport avec une ALD : oui  non

maternité  date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

accident du travail ou maladie professionnelle  date

date

signature

### identification du directeur de laboratoire et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale  
adresse

identifiant

n° structure  
(AM, FINESS ou SIRET)

### à compléter par le directeur de laboratoire qui dispense l'(es) examen(s)

code(s) de(s) examen(s) et cotation(s) :

autorisation de pratiquer l'(les) examen(s) – n° et/ou date  
(à compléter si nécessaire)

date

signature