



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)

date de réception :

Anx PPT-X-018 - Décembre 2019

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

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)

date de naissance

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

raison sociale

adresse

identifiant

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

à compléter par le prescripteur

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

motif de(s) examen(s) et indications cliniques :

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



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