



demande d'accord préalable

VOLET A
à adresser au service médical
et destiné au service administratif

n° 12040*04

DIAD

assurances maladie, maternité ou
accident du travail/maladie professionnelle

date de réception :

Liste des actes et des prestations visés à l'art L.162-1-7 du Code de la sécurité sociale, art. L.315-2, L.442-5 et R.162-52 du Code de la sécurité sociale
(les 2 volets sont à compléter et à envoyer par le praticien au service médical - voir notice)

personne recevant les soins et assuré(e)

personne recevant les soins

nom et prénom SERINGUE Annie

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

numéro d'immatriculation 2 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

date de naissance 0 1 1 2 1 9 9 0

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)
PARIS
017510000

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)

1 rue de chez elle 75001 Paris 01

actes devant être dispensés

(indiquer, ci-après, le code de l'acte ou la lettre-clé et son coefficient ainsi que le nombre de séances)

AMI1.2+MAU+IFD+/-F 3x/jr pdt 10 ans

actes réalisés en série, au-delà du seuil fixé par décision de l'Uncam, en raison de la situation médicale

conditions de prise en charge des actes

date de la prescription médicale 0 1 0 1 2 0 2 4

acte nécessitant d'être réalisé à domicile : oui non acte urgent : oui non

maladie acte 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

identification du praticien dispensant les actes et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom NIETO Morgan

raison sociale

identifiant

adresse

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

date 0 1 0 1 2 0 2 4 signature

identification du prescripteur (à compléter lorsque la demande est établie par un(e) auxiliaire médical(e) - joindre la prescription ou sa copie)

nom et prénom GÉNÉRAL Iste

raison sociale

identifiant

adresse

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

avis du médecin conseil

accord convocation éventuelle refus - d'ordre médical
date - d'ordre administratif - motif :

DIAD S3108f

Découpe