



## DEMANDE D'AUTORISATION PREALABLE OU DE PROLONGATION D'AUTORISATION PREALABLE

A transmettre à votre Bureau Liquidateur du Régime Commun d'Assurance Maladie (RCAM) :  
voir dernière page

Nom et prénom de l'affilié(e) : .....  
N° pers. /pension:.....  
Institution et Lieu d'affectation:..... Adresse de bureau:.....  
Tél : .....  
Adresse privée pour les pensionné(e)s / e-mail: .....  
.....  
Date de cessation de fonctions/ date de fin de contrat:..... (Pour agents temporaires/agents contractuels)

☐ Demande d'une **AUTORISATION PREALABLE** pour <sup>1</sup> :  
☐ Affilié(e) principal(e) ☐ conjoint ou partenaire reconnu ☐ enfant ☐ personne assimilée à enfant à charge.  
Nom, Prénom : ..... Date de naissance:.....

☐ Demande d'une **PROLONGATION** de l'autorisation préalable pour <sup>1</sup> :  
☐ Affilié(e) principal(e) ☐ conjoint ou partenaire reconnu ☐ enfant ☐ personne assimilée à enfant à charge.  
Nom, Prénom : ..... Date de naissance:.....  
Référence décision de l'AP antérieure: ..... Date fin validité:.....

☐ Demande d'autorisation préalable pour des traitements **DEPASSANT** le nombre maximal prévu par an sans autorisation préalable (spécifier le type de traitement) <sup>(4)</sup>:  
.....

☐ **Sur prescription / rapport médical détaillé (à joindre sous pli fermé à l'attention du médecin conseil) <sup>2</sup>**  
du Dr ..... en date du .....

S'agit-il d'une demande en relation avec :

- ☐ **MALADIE GRAVE: référence décision** ..... **Date fin validité** .....
- ☐ **ACCIDENT:** ☐ Affilié(e) principal(e): **date de l'accident** .....  
☐ d'un assuré par le RCAM du chef de l'affilié(e) (uniquement s'il ya tiers responsable)
- ☐ **MALADIE PROFESSIONNELLE (ACC) : date** .....

**J'ai pris connaissance des conditions et règles en vigueur et m'engage à les respecter:**

Date .....

Signature du demandeur

☐ Affilié(e)<sup>1</sup>

☐ Autre personne qui représente le demandeur :

Nom, prénom:.....

Traitement conforme au Règlement (UE) 2018/1725 [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=uriserv:OJ.L\\_.2018.295.01.0039.01.ENG&toc=OJ:L:2018:295:TOC](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2018.295.01.0039.01.ENG&toc=OJ:L:2018:295:TOC)

<sup>1</sup> Cochez la case correspondante svp

<sup>2</sup> Certains traitements sont soumis à des conditions particulières pour la prescription médicale (p.ex. psychothérapie prescrite par un médecin psychiatre/neuropsychiatre/neurologue): prière de consulter ces conditions par type de traitement au Titre II des DGE.

## AUTORISATION PREALABLE DEMANDEE POUR<sup>3</sup>:

	TRAITEMENTS DIVERS	Remarque	Code RCAM
Nombre de séances prescrites: .....			
<input type="checkbox"/>	Drainage lymphatique	1	401
<input type="checkbox"/>	Ergothérapie	1	402
<input type="checkbox"/>	Revalidation pluridisciplinaire ambulatoire en service hospitalier	1	403
<input type="checkbox"/>	Revalidation école de dos / MDX / DBC	1	404
<input type="checkbox"/>	Chiropraxie/ostéopathie pour enfants âgés de moins de 12 ans	1 + 2	405
<input type="checkbox"/>	Mésothérapie	1	407
<input type="checkbox"/>	Rayons ultra-violets	1	408
<input type="checkbox"/>	Ondes de choc (rhumatologie)	1	409
<input type="checkbox"/>	Psychothérapie par psychologue/psychothérapeute : séance individuelle	1	420
<input type="checkbox"/>	Psychothérapie par psychologue/psychothérapeute : séance familiale	1	421
<input type="checkbox"/>	Psychothérapie par psychologue/psychothérapeute : séance groupe	1	422
<input type="checkbox"/>	Bilan neuro-psychologique pluridisciplinaire	1	424
<input type="checkbox"/>	Logopédie/orthophonie pour personnes âgées de plus de 12 ans	1	426/427
<input type="checkbox"/>	Orthoptie	1	429
<input type="checkbox"/>	Endermologie visée non esthétique	1 + 2	431
<input type="checkbox"/>	Epilation cas peu étendus	1 + 2	432
<input type="checkbox"/>	Epilation cas étendus	1 + 2	433
<input type="checkbox"/>	Laser, photothérapie (dermatologie)	1 + 2	434
<input type="checkbox"/>	Laserthérapie par médecin généraliste	1 + 2	441
<input type="checkbox"/>	Caisson Hyperbare	1	440
<input type="checkbox"/>	Autre traitement: non repris aux DGE - titre II, chapitre 8, point 2	1 + 2	441 / 950
<input type="checkbox"/>	<b>Pour des traitements dépassant le nombre maximal prévu par an sans autorisation préalable (spécifier le type de traitement)<sup>4</sup></b> .....	1 + 2	

	AUXILIAIRES MEDICAUX	Remarque	Code RCAM
<input type="checkbox"/>	Prestations personnel infirmier <b>si complémentaire à garde-malade</b>	1	560

	GARDE-MALADE		
<input type="checkbox"/>	Garde-malade temporaire à domicile (maximum 60 jours)	1 + 3	760
<input type="checkbox"/>	Garde-malade de longue durée à domicile	1 + 3	761/762
<input type="checkbox"/>	Garde-malade milieu hospitalier	1	763

	SEJOURS CONTINUS ETABLISSEMENTS PARAMEDICAUX		
<input type="checkbox"/>	Séjour/soins dans maisons de repos et de soins ou établissements assimilés	1 + 3	701 à 704 / 720 / 721
<input type="checkbox"/>	Séjour/soins dans centre de jour	1 + 3	711 à 714 / 720 / 722
<input type="checkbox"/>	Séjour/soins dans centre de désintoxication	1	730 à 732

### REMARQUES: informations complémentaires à fournir:

Veuillez compléter votre demande d'autorisation préalable en tenant compte des remarques indiquées par type de traitement ci-dessus:

- ☐ Remarque 1:  
**Nom du prestataire / de l'établissement:** .....  
**Qualification du prestataire / type d'établissement:** .....  
**Adresse (+ no. Tél. / Fax si possible):** .....  
 .....
- ☐ Remarque 2: **préciser le type d'intervention / traitement / appareil / produit / autre (voir prescription médicale)**  
 .....  
 .....
- ☐ Remarque 3: **formulaire d'évaluation de l'état de dépendance (échelle de dépendance) à faire compléter par le médecin traitant (voir DGE, Titre II, chapitre 3)**

<sup>3</sup> Cochez la case correspondante svp

<sup>4</sup> **Nombre de séances sans AP par an:** kinésithérapie, physiothérapie et traitements assimilables(60); chiropraxie/ostéopathie pour personnes âgées de 12 ans ou plus (24); acupuncture (30); aérosolthérapie (30); consultation diététique (10); psychothérapie par psychiatre (30); logopédie/orthophonie jusqu'à 12 ans (180 sur plusieurs années); psychomotricité/graphomotricité (60); pédicure médicale (12)

	<b>ANALYSES ET EXAMENS</b>	<b>Remarque</b>	<b>Code RCAM</b>
<input type="checkbox"/>	Analyses/examens spécifiques soumis à autorisation préalable	2	545

	<b>PRODUITS PHARMACEUTIQUES</b>	<b>Remarque</b>	<b>Code RCAM</b>
<input type="checkbox"/>	Produits pharmaceutiques spécifiques soumis à autorisation préalable	2	521 / 523/ 525
<input type="checkbox"/>	Produits diététiques	2	522

	<b>HOSPITALISATIONS, INTERVENTIONS CHIRURGICALES, TRAITEMENT F.I.V.</b>	<b>Remarque</b>	<b>Code RCAM</b>
<input type="checkbox"/>	Séjour hospitalier et soins spécifiques soumis à autorisation préalable	1 + 2	221
<input type="checkbox"/>	Intervention chirurgicale plastique correctrice ou réparatrice	1 + 2	201 à 209
<input type="checkbox"/>	Traitement de fécondation in vitro (F.I.V.)	2	260/261

	<b>CURES</b>	<b>Remarque</b>	<b>Code RCAM</b>
<input type="checkbox"/>	Séjour / soins cure de convalescence	1	490 / 491
<input type="checkbox"/>	Soins cure thermale	1 + 2	492 à 498
<input type="checkbox"/>	Soins cure thermale en cas de maladie grave	1 + 2	499

	<b>FRAIS DE TRANSPORT</b>		<b>Code RCAM</b>
<input type="checkbox"/>	Frais de transport non urgent soumis à AP moyen de transport : ..... <b>Fréquence (nombre voyages A/R):</b> ..... <b>Km A/R:</b> .....		291
<input type="checkbox"/>	Frais de transport de la tierce personne accompagnante moyen de transport : ..... <b>Fréquence (nombre voyages A/R):</b> ..... <b>Km A/R:</b> ..... <b>Nom de la personne accompagnante:</b> .....		291

	<b>FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT</b>	<b>Remarque</b>	<b>Code RCAM</b>
<input type="checkbox"/>	Frais d'accompagnement par jour en milieu hospitalier <b>Nombre de jours:</b> ..... <b>Nom de la personne accompagnante:</b> .....	1	222
<input type="checkbox"/>	Frais d'accompagnement (pendant cure d'un enfant de moins de 14 ans) <b>Nombre de jours:</b> ..... <b>Nom de la personne accompagnante:</b> .....	1	222

**REMARQUES: informations complémentaires à fournir:**

Veuillez compléter votre demande d'autorisation préalable en tenant compte des remarques indiquées par type de traitement ci-dessus:

- ☐ **Remarque 1:**  
**Nom du prestataire / de l'établissement:** .....  
**Qualification du prestataire / type d'établissement:** .....  
**Adresse (+ no. Tél. / Fax si possible):** .....  
 .....  
 .....  
 .....
- ☐ **Remarque 2: préciser le type d'intervention / traitement / appareil / produit / autre (voir prescription médicale)**  
 .....  
 .....

	PROTHESES, APPAREILS ORTHOPEDIQUES	Remarque	Code RCAM
Prix à indiquer: .....			
<input type="checkbox"/>	Appareil auditif: cas spéciaux - DGE - titre II, chapitre 11, point 2.4 (Enfants <<< 18 ans / maladie grave de sphère auditive)	2	821
<input type="checkbox"/>	Matériel pour diabète traité par insuline	2	842
<input type="checkbox"/>	Matériel pour diabète non insuliné	2	843
<input type="checkbox"/>	Glucomètre/diabète		875
<input type="checkbox"/>	Matériel pour incontinence		844
<input type="checkbox"/>	Chaussures orthopédiques correctrices sur mesure	2	855 / 856
<input type="checkbox"/>	Prothèse capillaire/perruque		861
<input type="checkbox"/>	Membres, segments: achat /réparation	2	862
<input type="checkbox"/>	CPAP (apnées/sommeil):achat		865
<input type="checkbox"/>	CPAP (apnées/sommeil):location de plus de 3 mois		866
<input type="checkbox"/>	CPAP: accessoires/entretien (hors de l'année d'achat du CPAP)		867
<input type="checkbox"/>	Tensiomètre		870
<input type="checkbox"/>	Aérosol : achat		871
<input type="checkbox"/>	Aérosol : location de plus de 3 mois		872
<input type="checkbox"/>	Système vacuum/traitement impuissance		876
<input type="checkbox"/>	Appareil de mesure du temps de coagulation (en cas d'anti-coagulation à vie)		877
<input type="checkbox"/>	Cadre de marche: achat		881
<input type="checkbox"/>	Cadre de marche: location de plus de 3 mois		882
<input type="checkbox"/>	Chaise percée/de douche : achat		883
<input type="checkbox"/>	Chaise percée/de douche : location de plus de 3 mois		884
<input type="checkbox"/>	Lit d'hôpital (à domicile) : achat		885
<input type="checkbox"/>	Lit d'hôpital (à domicile) : location de plus de 3 mois		886
<input type="checkbox"/>	Matelas anti-escarres: achat		887
<input type="checkbox"/>	Matelas anti-escarres: location de plus de 3 mois		888
<input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant: achat	2	890
<input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant: location	2	891
<input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant: réparation	2	892
<input type="checkbox"/>	Autre matériel + matériel dont le coût dépasse 2000 € (2 devis détaillés comparatifs indispensables)	2	895
<input type="checkbox"/>	Autre matériel divers: location	2	896

**REMARQUES: informations complémentaires à fournir:**

Veuillez compléter votre demande d'autorisation préalable en tenant compte des remarques indiquées par type de traitement ci-dessus:

☐ Remarque 2: préciser le type d'intervention / traitement / appareil / produit / autre (voir prescription médicale)

.....  
 .....

**Adresses des Bureaux Liquidateurs du Régime Commun d'Assurance Maladie (RCAM)**

<b>Bureau liquidateur de Bruxelles</b> <b>Commission européenne</b>  RCAM Bruxelles – Autorisation préalable B-1049 Bruxelles  Hotline RCAM Contact +32-2-29 97777 (9:30–12:30)	<b>Bureau liquidateur d'Ispra</b> <b>Commission européenne</b>  RCAM Ispra - Autorisation préalable PMO/06 - TP 730 Via E. Fermi, 2749 I-21027 Ispra  Hotline RCAM Contact +39-0332-785757 (9:30-12:30)	<b>Bureau liquidateur de Luxembourg</b> <b>Commission européenne</b>  RCAM Luxembourg - Autorisation préalable DRB - B1/073 L-2920 Luxembourg  Hotline RCAM Contact +352-4301 36100 (9:30-12:30)
---	---	---

**STAFF Contact** - <https://myintracomm.ec.europa.eu/staff/FR/health/Pages/index.aspx>