



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 ¹ :
☐ 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 ¹ :
☐ 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) ⁽⁴⁾:
.....

☐ **Sur prescription / rapport médical détaillé (à joindre sous pli fermé à l'attention du médecin conseil) ²**
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)¹

☐ 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

¹ Cochez la case correspondante svp

² 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 POUR³:

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

	AUXILIAIRES MEDICAUX	Remarque	Code RCAM
☐	Prestations personnel infirmier si complémentaire à garde-malade	1	560

	GARDE-MALADE		
☐	Garde-malade temporaire à domicile (maximum 60 jours)	1 + 3	760
☐	Garde-malade de longue durée à domicile	1 + 3	761/762
☐	Garde-malade milieu hospitalier	1	763

	SEJOURS CONTINUS ETABLISSEMENTS PARAMEDICAUX		
☐	Séjour/soins dans maisons de repos et de soins ou établissements assimilés	1 + 3	701 à 704 / 720 / 721
☐	Séjour/soins dans centre de jour	1 + 3	711 à 714 / 720 / 722
☐	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)**

³ Cochez la case correspondante svp

⁴ **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)

	ANALYSES ET EXAMENS	Remarque	Code RCAM
☐	Analyses/examens spécifiques soumis à autorisation préalable	2	545

	PRODUITS PHARMACEUTIQUES	Remarque	Code RCAM
☐	Produits pharmaceutiques spécifiques soumis à autorisation préalable	2	521 / 523/ 525
☐	Produits diététiques	2	522

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

	CURES	Remarque	Code RCAM
☐	Séjour / soins cure de convalescence	1	490 / 491
☐	Soins cure thermale	1 + 2	492 à 498
☐	Soins cure thermale en cas de maladie grave	1 + 2	499

	FRAIS DE TRANSPORT		Code RCAM
☐	Frais de transport non urgent soumis à AP moyen de transport : Fréquence (nombre voyages A/R): Km A/R:		291
☐	Frais de transport de la tierce personne accompagnante moyen de transport: Fréquence (nombre voyages A/R): Km A/R: Nom de la personne accompagnante:		291

	FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT	Remarque	Code RCAM
☐	Frais d'accompagnement par jour en milieu hospitalier Nombre de jours: Nom de la personne accompagnante:	1	222
☐	Frais d'accompagnement (pendant cure d'un enfant de moins de 14 ans) Nombre de jours: Nom de la personne accompagnante:	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:			
☐	Appareil auditif: cas spéciaux - DGE - titre II, chapitre 11, point 2.4 (Enfants <<< 18 ans / maladie grave de sphère auditive)	2	821
☐	Matériel pour diabète traité par insuline	2	842
☐	Matériel pour diabète non insuliné	2	843
☐	Glucomètre/diabète		875
☐	Matériel pour incontinence		844
☐	Chaussures orthopédiques correctrices sur mesure	2	855 / 856
☐	Prothèse capillaire/perruque		861
☐	Membres, segments: achat /réparation	2	862
☐	CPAP (apnées/sommeil):achat		865
☐	CPAP (apnées/sommeil):location de plus de 3 mois		866
☐	CPAP: accessoires/entretien (hors de l'année d'achat du CPAP)		867
☐	Tensiomètre		870
☐	Aérosol : achat		871
☐	Aérosol : location de plus de 3 mois		872
☐	Système vacuum/traitement impuissance		876
☐	Appareil de mesure du temps de coagulation (en cas d'anti-coagulation à vie)		877
☐	Cadre de marche: achat		881
☐	Cadre de marche: location de plus de 3 mois		882
☐	Chaise percée/de douche : achat		883
☐	Chaise percée/de douche : location de plus de 3 mois		884
☐	Lit d'hôpital (à domicile) : achat		885
☐	Lit d'hôpital (à domicile) : location de plus de 3 mois		886
☐	Matelas anti-escarres: achat		887
☐	Matelas anti-escarres: location de plus de 3 mois		888
☐	Fauteuil roulant: achat	2	890
☐	Fauteuil roulant: location	2	891
☐	Fauteuil roulant: réparation	2	892
☐	Autre matériel + matériel dont le coût dépasse 2000 € (2 devis détaillés comparatifs indispensables)	2	895
☐	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)

Commission européenne RCAM/JSIS Bruxelles – Autorisation préalable 1049 Brussels Hotline +32-2-29 11111 (9:30 – 12:30)	Commission européenne RCAM/JSIS Ispra - Autorisation préalable 21027 Ispra Hotline +32-2-29 11111 (9:30 – 12:30)	Commission européenne RCAM/JSIS Luxembourg - Autorisation préalable 2920 Luxembourg Hotline +32-2-29 11111 (9:30 – 12:30)
--	--	---

STAFF Contact https://digit.service-now.com/esc?id=emp_taxonomy_topic&topic_id=e84c3ee8c34e96d029d81a0