

 <p>UNION EUROPÉENNE R.C.A.M.</p> <p>N° PERSONNEL DE L' AFFILIE(E)</p> <p>NOM ET PRENOMS DE L' AFFILIE(E)</p> <p>S'agit-il d'un accident? oui - non Si oui, indiquer la date:</p>		<p>Institution:</p> <p>Adresse à laquelle la réponse doit être renvoyée</p> <p>N° de téléphone:</p>
--	--	--

Demande d'autorisation préalable

Prescription du Dr: en date du:

Nom, prénom et date de naissance du malade:

Traitements thérapeutiques: uniquement en cas de dépassement (voir verso)

Type de traitement: nombre de séances:

Chiropraxie ou ostéopathie pour enfant de moins de 12 ans - nombre de séances:

Logopédie pour enfant de plus de 12 ans - nombre de séances:

Intervention chirurgicale plastique/traitements à caractère esthétique ⁽³⁾:

Frais de séjour en maison de soins et/ou de repos du au à ⁽²⁾

Cure de convalescence/thermale/pour enfants en état de débilité physique ⁽¹⁾
pour la période du au à ⁽²⁾

Achat de fauteuil roulant et appareils auxiliaires assimilés ⁽³⁾:

Chaussures orthopédiques:

Achat d'appareils pour traitements médicaux (aérosol, tensiomètre, glucomètre, ...) ⁽³⁾:

Frais d'accompagnement (hospitalisation d'un enfant de plus de 12 ans):

Frais de déplacement du malade en dehors du lieu d'affectation/résidence:

Frais de garde malade - nombre d'heures: pour la période du au

Prestations non prévues par la Réglementation (pt XV§2) ⁽³⁾:

Produit pharmaceutique nécessitant un avis du médecin conseil ⁽³⁾:

(Détails au verso)

Pièces à joindre: (a) prescription médicale motivée indispensable

(b) devis en cas d'appareils/de chaussures orthopédiques/d'appareils auxiliaires assimilés

(c) pour la cure thermale et le séjour en maison de soins et/ou de repos, un rapport médical détaillé doit être joint à la présente, sous pli fermé, à l'attention du médecin conseil

⁽¹⁾ Rayer les mentions inutiles

⁽²⁾ Indiquer la dénomination et l'adresse de l'établissement

⁽³⁾ Préciser le type d'intervention/traitement/appareil/produit

Date:

Signature de l'affilié:

Pour les traitements thérapeutiques, une autorisation préalable est requise uniquement en cas de dépassement du nombre maximum de séances par année civile prévu aux points A et B de l'annexe IV de la Réglementation et repris dans le tableau ci-après:

Kinésithérapie	60 séances/an
Physiothérapie	60 séances/an
Aérosolthérapie	30 séances/an
Rayons infrarouges + ultrasons	40 séances/an
Acupuncture par médecin	30 séances/an
Laserthérapie ⁽¹⁾	20 séances/an
Rayons ultra-violets	40 séances/an
Pédicure médicale/Podologie	12 séances/an
Mésothérapie	30 séances/an
Psychothérapie	60 séances/an
Graphomotricité	60 séances/an
Psychomotricité	60 séances/an
Chiropraxie ⁽²⁾	24 séances/an
Ostéopathie ⁽²⁾	20 séances/an
Logopédie ⁽³⁾	60 séances/an

⁽¹⁾ Une autorisation préalable est nécessaire pour la laserthérapie en cas de traitement dermatologique ou d'opération de la myopie.

⁽²⁾ Une autorisation préalable reste requise pour les enfants de moins de 12 ans pour ces deux prestations.

⁽³⁾ Une autorisation préalable reste requise pour les enfants de plus de 12 ans pour la logopédie.

Frais d'accompagnement: En cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 12 ans une autorisation préalable n'est pas nécessaire.

Prestations non prévues par la Réglementation, il s'agit par exemple de consultation diététique, rééducation orthoptique, école du dos, centres de jour, ...

Les produits pharmaceutiques nécessitant un avis du médecin conseil sont ceux n'ayant pas vraiment de propriétés curatives, par exemple le Xenical, produits pour cesser de fumer, Rilatine, ... (voir liste des produits sur l'Intranet) ainsi que les produits diététiques considérés comme indispensables à la survie (dernier § du point V de l'annexe I de la Réglementation).

Prestations dentaires (orthodontie, parodontologie, prothèses, ...): utiliser le formulaire de devis dentaire.