l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun
Bas-Rhin

FORMULAIRE D'ACCORD PRÉALABLE POUR UNE ACTION DE PRÉVENTION DE LA DÉSINSERTION PROFESSIONNELLE

Hors essai encadré et CRPE - L. 323-3-1 et L. 433-1 du code de la Sécurité sociale

Les assurés qui le souhaitent et dont l'état de santé l'autorise, peuvent accéder pendant la durée de leur arrêt de travail, médicalement justifié, à des actions de remobilisation précoce ou de formation **en vue de préparer leur retour à l'emploi**. L'accès à ces actions est soumis à l'accord du médecin traitant, du médecin conseil de l'Assurance Maladie et de la Caisse primaire d'assurance maladie.

Un délai de 15 jours ouvrés est nécessaire pour le traitement du dossier.

Attention : une demande ne vaut pas accord. L'action ne pourra commencer qu'à réception de l'accord par courrier, notification adressée à l'assuré dans le compte ameli.

Formulaire à retourner par courrier à l'attention du :
Service MAS-ASS *Prévention de la désinsertion professionnelle*
CPAM du Bas-Rhin
16 rue de Lausanne 67090 Strasbourg.

I. À remplir par ou avec l'assuré

N° de Sécurité sociale :

Nom : Prénom :

Travailleur indépendant : ◯ Oui ◯ Non

N° de téléphone : Adresse :

Sollicite l'autorisation de suivre, pendant mon arrêt de travail, l'action de remobilisation ou de formation suivante :

◯ Bilan de compétences
◯ PMSMP (période de mise en situation professionnelle)
◯ Inclupro formation
◯ VAE
◯ Formation Précisez l'intitulé :
◯ Autre Précisez :

Date de début : Date de fin :

◯ Action en présentiel Précisez le lieu :
◯ Action en distanciel

Modalités de financement :

II. Consentement éclairé (à compléter obligatoirement)

☐ J'ai été informé que mon dossier fera l'objet d'échanges pour favoriser son étude par l'Assurance Maladie (services médico-administratifs et social) et ses partenaires (médecin du travail, Cap Emploi, Comète, etc.). J'autorise cette concertation et l'examen de mon dossier médico-administratif.

Date : Signature de l'assuré :

III. Structure à l'initiative de la demande

◯ Cap Emploi ◯ Comète ◯ SPST (service de prévention et de santé au travail)

◯ Autre Précisez :

Nom : Prénom :

N° de téléphone : Adresse :

Cachet et signature :

IV. Attestation de l'organisme

Nom de l'organisme :

Nom : Prénom :

N° de téléphone : Email :

Certifie que l'assuré cité ci-dessus est inscrit pour participer à l'action de remobilisation suivante (intitulé) :

Date de début : Date de fin :

Cachet et signature :

V. À remplir par le médecin traitant ou le médecin qui a prescrit l'arrêt

Nom : Prénom :

N° de téléphone : Adresse :

◯ Avis médical favorable ◯ Avis médical défavorable

Cachet et signature :

VI. Service de prévention et de santé au travail

Nom : N° Siret :

N° de téléphone : Adresse :

Une visite médicale de pré-reprise a-t-elle été effectuée par le médecin du travail ? ◯ Oui ◯ Non

VII. Coordonnées de l'employeur

J'accepte que mon employeur soit informé de mon entrée dans le parcours PDP : ◯ Oui ◯ Non

Nom : N° Siret :

Nom du responsable (destinataire du courrier) : Prénom :

Adresse :

Conformément aux dispositions du Règlement Européen sur la Protection des Données (RGPD), les droits d'accès, de rectification des données personnelles, ainsi que le droit à leur limitation, sont pris en compte sur demande écrite adressée au directeur de la CPAM ou à son Délégué à la Protection des Données. La demande peut être faite par voie électronique, à l'adresse suivante : DPO.cpam-basrhin@assurance-maladie.fr En cas de difficultés dans l'application des droits énoncés ci-dessus, toute personne peut également introduire une réclamation auprès de l'autorité indépendante en charge du respect de la protection des données personnelles. Commission Nationale Informatique et Libertés - CNIL – 3 place de Fontenoy, TSA-80715-75334 PARIS CEDEX07