



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Côte-d'Or

DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE POUR UNE ACTION DE FORMATION OU DE BILAN DE COMPÉTENCES

(articles L.323-3-1 et L.433-1 alinéa 4 du code de 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 des services administratifs de l'Assurance Maladie.

Il est recommandé, si possible, de demander également l'avis du médecin du travail.

À noter : compter un délai de 15 jours ouvrés 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, mail ou message ameli adressé à l'assuré dans son compte ameli.

À REMPLIR PAR L'ASSURÉ

N° de Sécurité sociale : _____

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Mail : _____

L'ACTION DE REMOBILISATION OU DE FORMATION :

ACTION DEMANDÉE : (cochez la case)

☐ Bilan de compétences

☐ Formation, précisez l'intitulé : _____

☐ VAE (validation des acquis et de l'expérience)

☐ Autre, précisez : _____

Date de début : _____ Date de fin : _____

OBLIGATOIRE : pour l'étude de votre demande, joindre le planning de l'action de formation.

☐ Action en présentiel, précisez le lieu : _____

☐ En distanciel

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR DE L'ARRÊT

Nom du médecin : _____

Adresse : _____

Tél. : _____

Avis médical : ☐ Favorable

Cachet :

☐ Défavorable

Date : _____

SERVICE DE PRÉVENTION ET DE SANTÉ AU TRAVAIL

Nom : _____

Adresse : _____

Tél. : _____

Une visite de pré-reprise a-t-elle été réalisée par le médecin du travail ? ☐ Oui ☐ Non

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

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

Date : _____ Signature de l'assuré(e) :



Formulaire à envoyer par courrier à : CPAM de la Côte-d'Or - CS 34548 - 21045 DIJON CEDEX (ou à déposer dans la boîte aux lettres d'une agence CPAM).



Besoin d'aide pour reprendre votre emploi ou une reconversion professionnelle ? Le service social de l'Assurance Maladie peut vous accompagner dans vos démarches. Flâchez ce QR code pour en savoir plus ou contactez le service social depuis votre compte ameli (laissez-vous guider par le chatbot de l'Assurance Maladie après lui avoir demandé « contacter le service social ») ou appelez le 36 46 et dites « service social » (service gratuit + coût de l'appel).

