

PRESCRIPTION MÉDICALE POUR GRAND APPAREILLAGE

NOTICE D'UTILISATION

1- QUI PRESCRIT LE GRAND APPAREILLAGE ?

Sauf dispositions particulières au sein de la Nomenclature relative à un appareillage donné, la prise en charge initiale par l'assurance maladie des appareils mentionnés ci-dessous est subordonnée à la prescription par un médecin justifiant d'une des spécialités suivantes :

- pour les prothèses oculaires et faciales (titre II - chapitre 5 de la Liste des Produits et Prestations (LPP) : médecin spécialiste en ophtalmologie ou en chirurgie maxillo-faciale, chirurgie plastique et reconstructrice, chirurgie ORL et cervico-faciale ; ces exigences de spécialités s'appliquent également à la prise en charge des renouvellements ;
- pour les podo-orthèses (titre II - chapitre 6 de la LPP), orthoprothèses sur mesure (titre II - chapitre 7 de la LPP) : médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation fonctionnelle ou médecin spécialiste en orthopédie ou en rhumatologie, neurologie, neurochirurgie, endocrinologie, chirurgie plastique et reconstructive, chirurgie vasculaire, pédiatrie, dermatologie ou gériatrie. Pour les trois dernières spécialités, la prise en charge initiale est également subordonnée au rattachement du prescripteur à un établissement de santé.

La prescription initiale auprès d'un spécialiste garantit l'adéquation de votre appareillage à votre handicap ainsi qu'un suivi possible en cas d'évolution de votre pathologie.

En cas de renouvellement de votre appareillage, la prescription peut être effectuée par votre médecin traitant, hormis pour une prothèse oculaire et faciale.

2 - COMMENT UTILISER LES DIFFERENTS VOILETS DE LA PRESCRIPTION ?

Votre médecin vous a remis la prescription. Vous devez :

- compléter les informations contenues dans la « partie à compléter par l'assuré(e) » des 3 volets,
- conserver le volet 1, et fermer le volet 3 qui contient la partie médicale confidentielle destinée au médecin conseil,
- présenter le volet 2 de cette prescription au fournisseur de votre choix afin qu'il établisse une "demande d'accord préalable pour grand appareillage" (S3604).

Votre fournisseur vous remettra ensuite ces documents (le volet 2 de la prescription médicale et la "demande d'accord préalable pour grand appareillage") que vous enverrez, ainsi que le volet 3 clos au contrôle médical de votre organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe spéciale (remise par le fournisseur), après l'avoir suffisamment affranchie.

3 - MODALITES DE REPONSE DE L'ORGANISME

Le défaut de réponse de l'organisme, dans un délai de 15 jours, à compter de la date de réception de la "demande d'accord préalable" vaut accord.

Présentez alors au fournisseur le volet 1 de la prescription médicale que vous avez conservé, pour exécution de la prestation. **Vous devez conserver ce volet 1, pour être en mesure de le présenter à votre médecin lors de l'établissement d'une prescription pour le renouvellement de votre appareillage.**

En cas de refus, la décision de l'organisme vous sera notifiée dans le délai imparti avec les voies de recours.

4 - SUIVI ET CONTROLE DE LA BONNE EXECUTION ET LA BONNE ADAPTATION DE L'APPAREILLAGE :

La bonne exécution de la prescription et la bonne adaptation des appareils qui vous sont délivrés peuvent faire l'objet de contrôles de la part de l'Assurance Maladie.

Vous pouvez également être à l'origine de ces demandes de contrôle auprès de l'organisme d'assurance maladie auquel vous êtes affilié, notamment si l'appareil livré ne vous semble pas adapté à vos besoins.

partie à compléter par l'assuré(e)

● **personne bénéficiaire de l'appareillage** (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom

(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

adresse

● **assuré(e)** (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

● **en cas d'hospitalisation en cours**

date d'entrée

service :

● **la prescription fait-elle suite à un accident causé par un tiers ?**

oui

date

non

partie à compléter par le prescripteur (ATTENTION : soulever les volets 1 et 2 pour compléter la partie confidentielle du volet 3)

● **conditions de prise en charge de l'appareillage**

maladie soins en rapport avec une ALD : oui non soins dispensés au titre d'une pension militaire (art. L.212-1) oui non

accident du travail ou maladie professionnelle

date

autre

● **type d'appareil**

prothèse membre supérieur

prothèse membre inférieur

orthèse membre supérieur

orthèse membre inférieur

orthèse tronc

prothèse oculaire et maxillo-faciale

podo-orthèses

appareil atypique sur devis

(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

● **nature de l'appareil**

définitif

provisoire

renouvellement

réparation

● **descriptif précis de l'appareil (matériaux, segments, moyens de jonctions, etc)**

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale

adresse

identifiant

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

date

signature

partie à compléter par l'assuré(e)

● personne bénéficiaire de l'appareillage *(la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)*

nom et prénom
(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

adresse

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

● assuré(e) *(à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l'assuré(e))*

nom et prénom
(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

● en cas d'hospitalisation en cours

date d'entrée service :

● la prescription fait-elle suite à un accident causé par un tiers ?

oui date non

partie à compléter par le prescripteur (ATTENTION : soulever les volets 1 et 2 pour compléter la partie confidentielle du volet 3)

● conditions de prise en charge de l'appareillage

maladie soins en rapport avec une ALD : oui non soins dispensés au titre d'une pension militaire (art. L.212-1) oui non

accident du travail ou maladie professionnelle date autre

● type d'appareil

prothèse membre supérieur prothèse membre inférieur

orthèse membre supérieur orthèse membre inférieur orthèse tronc

prothèse oculaire et maxillo-faciale podo-orthèses appareil atypique sur devis
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

● nature de l'appareil

définitif provisoire renouvellement réparation

● descriptif précis de l'appareil (matériaux, segments, moyens de jonctions, etc)

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale

adresse

identifiant

n° structure
(AM, FINESS ou SIRET)

date signature

partie à compléter par l'assuré(e)**● personne bénéficiaire de l'appareillage** *(la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)*

nom et prénom

(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

date de naissance

adresse

● assuré(e) *(à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l'assuré(e))*

nom et prénom

(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

● en cas d'hospitalisation en cours

date d'entrée

service :

● la prescription fait-elle suite à un accident causé par un tiers ?oui

date

non **partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil****● le prescripteur doit indiquer ci-dessous les éléments médicaux justifiant la prise en charge de l'appareillage**

SPECIEMENT

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale

adresse

identifiant

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

date

signature

*Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).**La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification auprès de votre organisme pour les données vous concernant.*