

Service Appareillage du Service Médical du Nord-Est

Prescriptions LPPR : nouvelles obligations !

Modification des modalités de prescription⁽¹⁾ : attendus depuis longtemps, le texte encadrant les prescriptions de LPP est paru au Journal Officiel le 7 juillet 2012. Présentation des points essentiels.

Article du Code de la Sécurité sociale	Le Prescripteur	L'Ordonnance	Le Distributeur
R. 165-36 Sauf optique		Validité maximum : 12 mois	
R. 165-37 Sauf optique	Indique la durée totale ou le nombre de renouvellements (périodes maximum d' 1 mois)		
R. 165-38		<ul style="list-style-type: none"> • Désignation du produit, • Quantité ou nombre de conditionnement, • Conditions particulières si besoin, • L'âge et le poids si nécessaire 	
R. 165-39			Délivre au détail le conditionnement le plus économique
R. 165-40 Sauf optique et audioprothèses	Peut réduire le délai de délivrance (- de 6 mois) avec la mention « <i>A exécuter avant le</i> »		1 ^{ère} délivrance sur ordonnance de moins de 6 mois
R. 165-41 Sauf optique			Délivrance maximum limitée généralement à 1 mois de traitement
R. 165-42	Reçoit l'ordonnance modifiée avec le distributeur pour validation		En cas de besoin de + d'infos, il contacte le prescripteur , complète l'ordonnance, la date et la signe
R. 165-43			Ne sont facturés que les produits délivrés

Cas particulier des prescriptions de 1^{ère} mise de grand appareillage⁽²⁾

Celui-ci comprend uniquement les prothèses oculaires, les podo-orthèses (chaussures orthopédiques), les ortho prothèses, les Epithèses et les prothèses faciales.

Seul les spécialistes suivant peuvent prescrire les 1^{ères} mises pour les ortho prothèses et les podo-orthèses :

- Médecine physique et de réadaptation,
- Orthopédie,
- Rhumatologie,
- Neurochirurgie,
- Neurologie,
- Endocrinologie,
- Chirurgie plastique et reconstructive,
- Chirurgie vasculaire,
- Pédiatrie avec rattachement à un établissement de santé,
- Dermatologie avec rattachement à un établissement de santé,
- Gériatrie avec rattachement à un établissement de santé.



Et pour les prothèses oculaires et faciales :

- Ophtalmologie,
- Chirurgie maxillo-faciale.

A savoir :

- Tous les médecins peuvent prescrire les renouvellements de ces produits.
- En cas de variations physiologiques ou pathologiques et en cas de changement de technique il s'agit à nouveau d'une première mise.
- Le grand appareillage est soumis à la procédure d'accord préalable.
- Le descriptif de la fourniture doit être le plus détaillé possible pour donner des indications précises au distributeur.
- Il existe une prescription médicale spécifique pour le grand appareillage (imprimé S 3135).

Un cadre confidentiel sur le dernier volet est prévu pour l'échange d'informations avec le Service Médical. Ceci permet un traitement plus rapide des demandes.

La prescription sur une simple ordonnance est recevable mais ne permet pas de faire figurer les éléments médicaux confidentiels.

- Il est de la responsabilité du prescripteur de contrôler la bonne exécution et la bonne adaptation des appareils.

(1) Décret n° 2012-860 du 5 juillet 2012

(2) Arrêté du 31 juillet 2012

Prescription médicale pour grand appareillage :



n° 12042*02

prescription médicale pour grand appareillage

(articles R. 165-1, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale)

VOLET 1
à conserver par l'assuré(e)

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 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. 115) 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)**

Cette partie permet d'identifier le rang, le type et la localisation de l'appareillage.

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom raisons 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, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 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.

S 3135 b



n° 12042*02

prescription médicale pour grand appareillage

(articles R. 165-1, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale)

VOLET 3
destiné à l'organisme
d'assurance maladie
(service médical)

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 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

Cette partie permet de décrire les éléments médicaux qui justifient le dispositif médical prescrit.

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom	raison sociale
identifiant <input type="text"/>	adresse
date <input type="text"/>	n° structure (AM, FINISS ou SIRET) <input type="text"/>
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, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 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.

S 3135 b