

NOTICE

1- LA PRESCRIPTION DES SIEGES COQUILLE DE SERIE

Tout médecin peut prescrire un siège coquille de série.

Indications de prise en charge :

Adulte de plus de 60 ans ayant une impossibilité de se maintenir en position assise sans un système de soutien, évalué dans les groupes iso-ressources (GIR) 1-2 selon la grille AGGIR.

Le degré de perte d'autonomie (classement GIR) du patient est évalué par l'équipe médico-sociale du conseil départemental ou à défaut lorsque cela ne peut être fait, par le médecin prescripteur à l'aide du guide AGGIR disponible sur service-public.fr. Dans le cas où une cotation a été réalisée par le conseil départemental, seule cette cotation est opposable.

Le renouvellement de la prise en charge ne peut intervenir qu'à l'issue d'un délai de cinq ans sur prescription médicale.

IMPORTANT : la prise en charge d'un coussin de positionnement hanches/genoux pour personne polyhandicapée en position allongée ne peut s'effectuer comme adjonction d'un siège coquille.

La prise en charge d'un siège coquille exclut également celle des dispositifs suivants :

- coussin de série d'aide à la prévention des escarres,
- véhicule pour handicapé.

2- COMMENT UTILISER LES DIFFERENTS VOLETS DE LA PRESCRIPTION

Votre médecin vous a remis la prescription. Vous devez :

- compléter les informations contenues dans la partie \$Rgtuqppg'tgxgxcpv'ngu'qlpu'gv'assuré(e)\$ des 3 volets,
- adresser les volets 1 et 2, sous enveloppe, au contrôle médical de votre organisme d'assurance maladie,
- conserver le volet 3.

3- MODALITES DE REPOSE 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 3 de la prescription médicale que vous avez conservé pour exécution de la prescription.

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

IMPORTANT : si le siège coquille a été délivré par le fournisseur et qu'entre temps un refus de prise en charge vous a été notifié, il ne sera pas remboursé.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale, articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal).

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.

Prescription médicale valant demande d'accord préalable pour un siège coquille

Volet 1 à adresser au contrôle médical, sous enveloppe, à l'attention de "M. le Médecin-Conseil"

Article R. 165-1 et R. 165-23 du Code de la sécurité sociale

date de réception :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Personne recevant les soins et assuré(e)

Personne recevant les soins

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)

Assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins 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

Adresse de l'assuré(e)

Conditions de prise en charge des soins

Maladie soins en rapport avec une ALD : oui non

Traitement prescrit

Prescription initiale

Renouvellement

Éléments d'ordre médical

(Partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil)

GIR 1 GIR 2

GIR ou non

Joindre le document du conseil départemental mentionnant le Groupe Iso Ressource (GIR) ou, à défaut, la grille AGGIR remplie par le prescripteur. Le GIR est évalué selon la grille AGGIR. Il correspond au degré d'autonomie du patient et est déterminé par l'équipe médico-sociale du conseil départemental ou par le médecin prescripteur à l'aide de la grille AGGIR.

Identification du praticien et de la structure dans laquelle il exerce

Nom et prénom

Raison sociale

Adresse

Identifiant

N° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

Date

Signature

Avis du médecin conseil

Accord

Convocation

Refus

- d'ordre médical

- d'ordre administratif - motif :

Date

Prescription médicale valant demande d'accord préalable pour un siège coquille

Volet 2 (administratif) à adresser
au contrôle médical,
sous enveloppe, à l'attention de
"M. le Médecin-Conseil"

Article R. 165-1 et R. 165-23 du Code de la sécurité sociale

date de réception :

Personne recevant les soins et assuré(e)

Personne recevant les soins

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)

Assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins 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

Adresse de l'assuré(e)

Conditions de prise en charge des soins

Maladie soins en rapport avec une ALD : oui non

Traitement prescrit

Prescription initiale

Renouvellement

Identification du praticien et de la structure dans laquelle il exerce

Nom et prénom

Identifiant

Date

Raison sociale

Adresse

N° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

Signature

Avis du médecin conseil

Accord

Convocation

Refus

- d'ordre médical

- d'ordre administratif - motif :

Date

Prescription médicale valant demande d'accord préalable pour un siège coquille

Volet 3 à conserver par le patient
(à présenter au pharmacien
ou au fournisseur
si accord de la caisse)

Article R. 165-1 et R. 165-23 du Code de la sécurité sociale

date de réception :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Personne recevant les soins et assuré(e)

Personne recevant les soins

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)

Assuré(e) *(à remplir si la personne recevant les soins 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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse de l'assuré(e)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Conditions de prise en charge des soins

Maladie soins en rapport avec une ALD : oui non

Traitement prescrit

Prescription initiale

Renouvellement

Identification du praticien et de la structure dans laquelle il exerce

Nom et prénom

Raison sociale

Adresse

Identifiant

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature