

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
05/05/99

Origine :
DDRI
ENSM

MMES et MM les Directeurs
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale
(pour attribution)

MMES et MM
- les Médecins-Conseils Régionaux
- les Médecins-Conseil Chefs de Service des Echelons Locaux
- le Médecin Chef de Service de la Réunion

Réf. :

DDRI n° 19/99

ENSM n° 18/99

Plan de classement :

25202					
-------	--	--	--	--	--

Objet :

TIPS - Titre II - Chapitre 2 : Optique

Arrêté du 19 février 1999 - JO du 23 février 1999

Pièces jointes :

0	4
---	---

Liens :

Mod.circ	DDRI	4/99	ENSM	8/99
----------	------	------	------	------

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

DDRI/DM2/M.F. GIRAUDET - DGR/DRIO/Mme M.J. BATTAIS - ENSM/Dr S. COUTROT

Téléphone :

01.42.79.35.89

01.42.79.34.39

01.42.79.34.40

@

05/05/99

MMES et MM les Directeurs

Origine :
DDRI
ENSM

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale
(pour attribution)

MMES et MM

- les Médecins-Conseils Régionaux
- les Médecins-Conseils Chefs de Service des Echelons Locaux
- le Médecin Chef de Service de la Réunion
(pour attribution)

N/Réf. : DDRI n° 19/99 ENSM n° 18/99

Objet : TIPS - Titre II - Chapitre 2 - Arrêté du 19 février 1999 - JO du 23 février 1999.

En complément de la circulaire DDRI n° 4/99 - ENSM n° 8/99 du 12 mars 1999, les caisses et les services médicaux trouveront ci-joint :

- la fiche signalétique se rapportant à l'imprimé "prescription lentilles de contact" référencé 635.11.98 annexé à la circulaire précitée,
- le schéma explicatif du nouveau circuit,
- le mode de remplissage de la prescription, à joindre aux courriers destinés aux ophtalmologistes et aux opticiens dont les modèles figurent également en annexe à la précédente circulaire.

Par ailleurs, il est rappelé que l'UCANSS est d'ores et déjà en mesure de répondre aux commandes des caisses pour la fourniture de ce nouvel imprimé de prescription.

Cet imprimé ne devant être utilisé que dans les conditions de prise en charge prévues au Titre II - Chapitre 2 du Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires, il conviendrait, dans un premier temps, de limiter les approvisionnements à 50 exemplaires par ophtalmologiste.

PJ = 4

Le Médecin-Conseil
Délégué
National Adjoint

Le Directeur
aux Risques

Dr Alain ROUSSEAU

Denis PIVETEAU

@NV

CNAMTS IMPRIMES NATIONAUX	FICHE SIGNALETIQUE	DATE CONCEPTION 24.11.98
------------------------------	--------------------	-----------------------------

intitulé de l'imprimé

Prescription lentilles de contact

objet de l'imprimé

prescrire les lentilles de contact pour les cas entrant dans les indications médicales de remboursement

utilisation

consommation annuelle 1 ^{er} tirage 500 000	régimes concernés			lieu de détention	
	☒ rég.général	☒ TNS	☒ MSA	☐ caisse	☒ prof.santé. et/ou établisst

caractéristiques techniques de l'imprimé

- présentation générale (type de produit, imprimé en continu, liasse, carnet ... ; orientation : à la française, à l'italienne) (mode de remplissage : manuel, machine à écrire, informatique)

REMPLISSAGE MANUEL ET INFORMATIQUE

- spécifications relatives aux supports

rang feuille	face		format	support				référence encre
	recto	verso		nature*	référence**	grammage	couleur	
1	X		21X29,7cm	AC	CB	56 g	BLANC	273 U
2	X		"	"	CF	57 g	"	"

* P : papier ; AC : auto-copiant ; C : carbone / ** Voir normes (P : duplicateur, carte, bristol... ; AC, CB, CFB, CF... ; C : manuel, machine...)

- spécifications relatives au façonnage

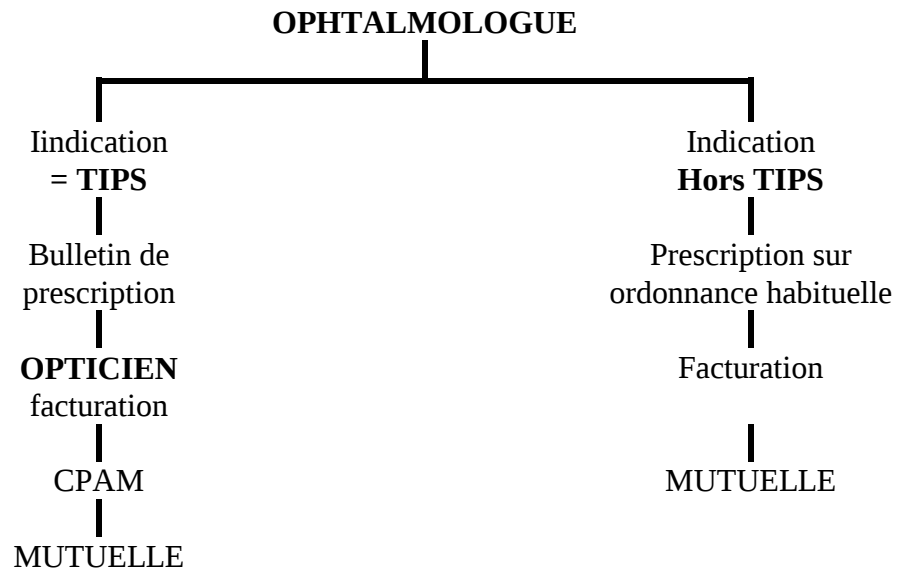
nature	description				emplacement
RIVES	☐ simple	☐ double	☐ détachable		
ASSEMBLAGE liasse X	☐ CRIM LOCK normal	☐ CRIM LOCK envers			
	☐ collage par points	☒ collage en ligne	☐ collage tranche		en tête
ASSEMBLAGE carnet	☐ dos carré	☐ rogné vif	☐ avec rebord		
cahier	☐ avec pique : à plat, à cheval, nombre de points :				
registre	☐ dos toilé	☐ dos kraft	☐ dos plastique		
bloc	nombre d'imprimés ou de liasses :				
	ordre de présentation :				
PLIAGE					
PERFORAGE					
RAINAGE					
PRE-DECOUPAGE					
DEPOSE DE COLLE					

- spécifications particulières

rang feuille	face		DESCRIPTION (foliotage : caractère CMC7 ; caviardage ; pose étiquette, carte, bande adhésive ; désensibilisation)	emplacement
	recto	verso		
			TRAME : 50 % pour les textes présentés en tramés	
			idem pour les cases à cocher et les cadres à remplir	

Schéma explicatif du nouveau circuit

à joindre aux courriers adressés aux ophtalmologistes et aux opticiens



Cet imprimé doit servir de prescription pour les lentilles de contact lorsque la pathologie du patient correspond aux indications thérapeutiques prévues au Titre II chapitre 2 du Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires.

identification du prescripteur

L'identification du prescripteur comporte obligatoirement le numéro d'identification du prescripteur (9 caractères).

bénéficiaire des soins

Les nom et prénom du patient sont indiqués par le prescripteur.

exonération du ticket modérateur

Le prescripteur coche la case

- | | | |
|---------|---|--|
| "ALD" | : | si la prescription est en rapport avec l'affection "Liste" "Hors Liste" ou avec les pathologies invalidantes pour lesquelles le patient est exonéré |
| "K>=50" | : | si la prescription est en rapport avec une intervention chirurgicale dont le coefficient est supérieur ou égal à 50 |
| "AT/MP" | : | si la prescription est en rapport avec l'accident du travail ou la maladie professionnelle pour lesquels le patient est exonéré |
| "autre" | : | si la prescription est en rapport avec le traitement des enfants et adolescents handicapés pour les frais concourant à l'éducation spécialisée
pour tous les autres cas d'exonération du ticket modérateur précisés sur la carte d'assurance maladie du patient |

date de l'ordonnance

Le prescripteur indique la date à laquelle il remet sa prescription au patient.

transmission électronique

Le prescripteur coche cette case lorsqu'il transmet sa prescription par voie électronique.

numéro d'immatriculation de l'assuré(e), organisme de rattachement, bénéficiaire des soins

Ces informations ne sont pas à remplir en cas de transmission électronique de l'ordonnance par le prescripteur.

En l'absence de transmission électronique, le prescripteur ou à défaut l'opticien indique le numéro d'immatriculation de l'assuré(e), le code "organisme de rattachement" de l'assuré, le numéro d'immatriculation du bénéficiaire des soins (ce renseignement sera à compléter lorsque tous les ayants-droit seront immatriculés) ou dans l'attente, sa date de naissance.

exécutant

L'opticien indique son numéro d'identification.

date d'exécution de l'ordonnance

L'opticien indique la date à laquelle l'ordonnance est exécutée.

signatures

Le prescripteur et l'opticien signent l'ordonnance.

bénéficiaire des soins : nom, prénom

exonération du ticket modérateur

ALD

K>=50

AT/MP

AUTRE

☐☐☐☐

date de l'ordonnance

☐ transmission électronique
de l'ordonnance

à remplir si l'ordonnance n'est pas transmise par voie électronique par le prescripteur

assuré - n° d'immatriculation

organisme de rattachement

bénéficiaire-n° d'immatriculation

à défaut, date de naissance

exécutant - n° d'identification

date d'exécution de l'ordonnance

Je certifie que les conditions médicales ¹de prise en charge prévues au Titre II chapitre 2 du Tarif interministériel des prestations
sanitaires **sont remplies** par le patient pour les lentilles prescrites ci-dessous :

signature du prescripteur	signature de l'exécutant

635.11.98

¹ *kératocône, astigmatisme irrégulier, myopie de l'ordre de 15 dioptries, aphakie, anisométrie à 3 dioptries non
corrigeable par des lunettes, strabisme accommodatif*

bénéficiaire des soins : nom, prénom

exonération du ticket modérateur

ALD

K>=50

AT/MP

AUTRE

☐☐☐☐

date de l'ordonnance

☐ transmission électronique
de l'ordonnance

à remplir si l'ordonnance n'est pas transmise par voie électronique par le prescripteur

assuré - n° d'immatriculation

organisme de rattachement

bénéficiaire-n° d'immatriculation

à défaut, date de naissance

exécutant - n° d'identification

date d'exécution de l'ordonnance

Je certifie que les conditions médicales² de prise en charge prévues au Titre II chapitre 2 du Tarif interministériel des prestations sanitaires **sont remplies** par le patient pour les lentilles prescrites ci-dessous :

DUPLICATA

--	--

signature du prescripteur

signature de l'exécutant

635.11.98

² *kératocône, astigmatisme irrégulier, myopie de l'ordre de 15 dioptries, aphakie, anisométrie à 3 dioptries non corrigéable par des lunettes, strabisme accommodatif*