Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

LISTE DES PRODUITS ET PRESTATIONS REMBOURSABLES

Arrêté n° 332 CM du 27 février 2014 fixant la liste des produits et prestations remboursables, leur tarif de responsabilité et leur prix maximum de vente

Modifié par :

- Arrêté n° 1337 CM du 9 septembre 2015 portant modification de l'arrêté n° 332 CM du 27 février 2014 fixant la liste des produits et prestations remboursables, leur tarif de responsabilité et leur prix maximum de vente
- Arrêté n° 1271 CM du 31 août 2016 portant modification de l'arrêté n° 332 CM du 27 février 2014 modifié fixant la liste des produits et prestations remboursables, leur tarif de responsabilité et leur prix maximum de vente
- Arrêté n° 1976 CM du 1er décembre 2016 portant modification de l'arrêté n° 332 CM du 27 février 2014 modifié fixant la liste des produits et prestations remboursables, leur tarif de responsabilité et leur prix maximum de vente
- Arrêté n°27 CM du 11 janvier 2017 portant modification de l'arrêté n° 332 CM du 27 février 2014 modifié fixant la liste des produits et prestations remboursables, leur tarif de responsabilité et leur prix maximum de vente
- Arrêté n° 408 CM du 12 mars 2018 portant modification de l'arrêté n° 332 CM du 27 février 2014 modifié fixant la liste des produits et prestations remboursables, leur tarif de responsabilité et leur prix maximum de vente
-Arrêté n° 253 CM du 4 mars 2021 portant modification de l'arrêté n° 332 CM du 27 février 2014 modifié fixant la liste des produits et prestations remboursables, leur tarif de responsabilité et leur prix maximum de vente
-Arrêté n° 513 CM du 7 avril 2021 portant modification de l'arrêté n° 253 CM du 4 mars 2021 modifiant l'arrêté n° 332 CM du 27 février 2014 fixant la liste des produits et prestations remboursables, leur tarif de responsabilité et leur prix maximum de vente
-Arrêté n° 2321 CM du 21 octobre 2021 portant modification de l'arrêté n° 332 CM du 27 février 2014 modifié fixant la liste des produits et prestations remboursables, leur tarif de responsabilité et leur prix maximum de vente
-Arrêté n° 2406 CM du 27 octobre 2021 portantmodification de l'arrêté n° 332 CM du 27 février 2014 modifié fixant la liste des produits et prestations remboursables, leur tarif de responsabilité et leur prix maximum de vente
-Arrêté n° 1138 CM du 30 juin 2022 portant modification de l'arrêté n° 332 CM du 27 février 2014 modifié fixant la liste des produits et prestations remboursables, leur tarif de responsabilité et leur prix maximum de vente
-Arrêté n° 1446 CM du 3 août 2022 portant modification de l'arrêté n° 332 CM du 27 février 2014 modifié fixant la liste des produits et prestations remboursables, leur tarif de responsabilité et leur prix maximum de vente

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

-Arrêté n° 2316 CM du 7 novembre 2022 portant modification de l'arrêté n° 332 CM du 27 février 2014 modifié fixant la liste des produits et prestations remboursables, leur tarif de responsabilité et leur prix maximum de vente
- Arrêté n° 525 CM du 30 mars 2023 portant modification de l'arrêté n° 332 CM du 27 février 2014 modifié fixant la liste des produits et prestations remboursables, leur tarif de responsabilité et leur prix maximum de vente
- Arrêté n° 26 CM du 11 janvier 2024 portant modification de l'arrêté n° 332 CM du 27 février 2014 modifié fixant la liste des produits et prestations remboursables, leur tarif de responsabilité et leur prix maximum de vente
- Arrêté n° 1703 CM du 5 septembre 2025 portant modification de l'arrêté n° 332 CM du 27 février 2014 modifié fixant la liste des produits et prestations remboursables, leur tarif de responsabilité et leur prix maximum de vente
- Arrêté n° 889 CM du 15 juin 2026 portant modification de l'arrêté n° 332 CM du 27 février 2014 modifié fixant la liste des produits et prestations remboursables, leur tarif de responsabilité et leur prix maximum de vente

Prévue par la Loi du Pays 2013-1 du 14 janvier 2013 relative à la maîtrise de l'évolution des dépenses des produits de santé et des produits et prestations remboursables.

Le tarif de responsabilité et le prix limite de vente (PLV) des produits de santé et des produits et prestations remboursables sont en F.CFP toutes taxes comprises (TTC).

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

1. Titre I. - Dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements

1.1. Chapitre préliminaire: généralités

1.1.1. Spécifications techniques de la fourniture des dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements.

Les spécifications techniques auxquelles doivent satisfaire les produits sont celles décrites ci-dessous ou des spécifications techniques assurant un niveau de qualité, de sécurité et d'efficacité au moins équivalent.

1.1.1.1. Conditions de fonctionnement et de maintenance demandées aux fournisseurs de matériels susceptibles d'être livrés pour traitement à domicile:

1. Le fournisseur a l'obligation d'informer le malade des choix possibles quant au matériel prescrit ; il met à sa disposition un catalogue des produits pris en charge, détaillant les caractéristiques techniques, le tarif de location, éventuellement le prix de vente ainsi que le tarif de remboursement de chacun d'eux.
2. Le fournisseur est tenu d'initier le malade ou son entourage au fonctionnement du matériel loué ou vendu.

Il vérifie si nécessaire au domicile du patient que l'utilisation qui en est faite est conforme à l'usage prescrit. Il remet à l'assuré une notice comportant le mode d'emploi, l'adresse et le numéro de téléphone pour appeler en cas de fonctionnement défectueux.

3. En cas de mauvais fonctionnement ou de panne du matériel loué, le fournisseur assure, sans nouvelle facturation, la réparation ou le remplacement du produit fourni dans les délais maximaux suivants :

- vingt-quatre heures pour le matériel d'oxygénothérapie, les compresseurs de matelas d'aide à la prévention des escarres, les aspirateurs, les appareils d'assistance respiratoire, les appareils pour traitement des mucoviscidoses et les affections respiratoires ;
- deux jours ouvrables ou trois jours francs pour les autres produits.

4. Toutes les parties des articles qui ne sont pas en contact direct avec le malade sont soigneusement nettoyées et désinfectées. Toutes les parties en contact direct avec le patient sont obligatoirement stérilisées, sauf si elles sont constituées d'un matériel consommable renouvelé lors de chaque utilisation (notamment sonde d'aspiration, matelas d'aide à la prévention des escarres, petit matériel pour aérosols et tire-lait).
5. Le conditionnement des articles est assuré de façon à permettre leur transport sans altération des qualités précédemment énoncées.
6. Les professionnels en exercice sont tenus, dans l'année qui suit la parution d'un arrêté relatif aux conditions de fonctionnement et de maintenance, de s'y conformer.

1.1.1.2. Caractéristiques techniques auxquelles doivent répondre les articles ci-dessous (se reporter aux trois chapitres ci après) des chapitres 1, 2 et 3 du titre I :

1.1.2. Facturation des dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements.

La facturation des prix des dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements doit être conforme à la réglementation des prix, en vigueur.

1.1.3. Conditions de prise en charge des dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements.

* Un set est défini comme un ensemble de produits dont certains sont, le cas échéant, à titre individuel remboursables. Il est considéré comme un produit à part entière distinct des produits qui le composent. Ainsi, pour être remboursable, il est soumis aux dispositions prévues à l'article LP 31 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée et doit être inscrit en tant que tel sur la liste des produits et prestations remboursables prévue par l'article LP 30 de cette même loi.
* Lorsqu'un traitement laisse prévoir une utilisation de longue durée, la formule achat sera préférée si elle s'avère plus économique. Les tarifs de location sont calculés à la semaine, sauf cas expressément prévus dans la nomenclature.
* Certains appareils peuvent être livrés à domicile.

La prise en charge de la livraison à domicile n'est assurée que pour les matériels dont la livraison est prévue dans la nomenclature.
Elle est assurée par application d'un forfait unique de livraison à domicile qui porte obligation de transport, mise en place, instructions d'utilisation et reprise du matériel au domicile du patient. Le forfait couvre également les frais de constitution de dossier, et la désinfection du matériel loué pour assurer une garantie d'hygiène maximale.
La livraison de plusieurs articles chez le même utilisateur donne lieu à la prise en charge du forfait le plus élevé.
* Pour les appareils non livrés à domicile, le tarif comprend les frais de désinfection.
* L'appareil loué restant la propriété du fournisseur, celui-ci prend à sa charge la surveillance, la maintenance et les réparations qui s'imposent, pendant toute la durée de la location. Il garantit le remplacement de l'appareil défaillant sans supplément de frais, quels qu'ils soient, par un appareil ayant les mêmes capacités thérapeutiques, l'appareil ayant été utilisé dans des conditions normales. Tous les déplacements restent à sa charge.
* Le fournisseur a l'obligation d'informer le malade des choix possibles quant au matériel prescrit et d'initier le malade ou son entourage au fonctionnement du matériel loué ou vendu.

1.2. Chapitre 1. - Dispositifs médicaux, matériels et produits pour le traitement de pathologies spécifiques.

1.2.1. Spécifications techniques

1.2.1.1. Section 1. - Débitmètre de pointe.

Le débitmètre de pointe permet la surveillance par le malade de sa fonction respiratoire afin d'adapter son traitement. Il est facilement démontable afin de permettre une désinfection correcte.
Il se présente en deux modèles différents :
- un modèle destiné à l'enfant et dont la plage de mesure doit couvrir les débits de 60 à 275 l/min (et inférieurs à 400 l/min) ;
- un modèle destiné à l'adulte et dont la plage de mesure doit couvrir les débits de 100 à 700 l/min (et inférieurs à 850 l/min).

Les débitmètres de pointe doivent être conformes à la norme NF EN 13826 relative aux spiromètres permettant la mesure du débit de pointe expiratoire.

Garantie:
L'appareil est garanti deux ans par le fabricant dans les conditions normales d'utilisation à compter de la date de facturation.
Informations devant être décrites dans la notice:
Des explications claires (avec illustrations) avec des termes simples et compréhensibles par un large public de la réalisation du geste. Procédure de nettoyage recommandée (manuelle, lave-vaisselle...).
Une déclaration, le cas échéant, stipulant que la performance du débitmètre de pointe peut être affectée par le crachement ou la toux du patient lorsqu'il expire dans le dispositif ou par des conditions extrêmes de température, d'humidité ou d'altitude. Les limites de température ambiante devront être indiquées.
Une feuille pour noter les résultats et le suivi devra être proposée.
Sachant qu'il n'y a pas de possibilité de faire des calibrations régulières d'un débitmètre de pointe, des explications sur a l'entretien de l'appareil et b des méthodes pour reconnaître un dysfonctionnement doivent être fournies.
Des recommandations sur les décisions à prendre en fonction du résultat obtenu, à titre d'exemple :
Une feuille de surveillance ou un carnet de suivi avec le système de zones de couleurs permettant au patient de situer lui-même les valeurs de PEF obtenues et d'adopter une attitude thérapeutique définie préalablement avec le médecin.

80 à 100 % du PEF théorique ou estimé optimal.	Fonctions respiratoires normales ou bien corrigées.
60 à 80 % du PEF théorique ou estimé optimal.	Nécessité d'une consultation médicale pour l'instauration ou ajustement thérapeutique.
< 60 % du PEF théorique ou estimé optimal ou < 150 l/min.	Appel immédiat au médecin et mise en place d'un traitement de la crise.

1.2.1.2. Section 2. - Appareillage pour maladies chroniques nécessitant des perfusions continues à domicile.

Il comprend:
a) Les appareils permettant la diffusion des médicaments :
Ce sont :
le système actif pour perfusion à domicile;
le diffuseur portable non réutilisable ;
le perfuseur de précision volumétrique non réutilisable comprenant un réservoir gradué, semi-rigide, de 100 à 150 ml, une tubulure d'entrée et une tubulure de sortie avec système de clampage.
Pompes à insuline externe, portable et programmable :
Les pompes à insuline doivent répondre aux spécifications techniques suivantes :
Programmation:
la programmation de la pompe doit être modifiable à tout instant par le patient ;
la pompe doit être munie d'un système permettant la perfusion sans risque de surdosage avec arrêt automatique ;

les conditions d'utilisation doivent être précisées dans la notice d'utilisation de la pompe ;
la pompe doit assurer plusieurs débits de base programmables à la demande et à l'avance (au moins 24 heures). La pompe doit comprendre une horloge permettant la programmation ;
- la quantité délivrable lors du bolus est programmable seulement à la demande ;
- débit de base et bolus (définis pour des concentrations d'insuline de 100 UI/ml) : la pompe doit pouvoir assurer a minima un débit de base allant de 0 à 9,9 UI/ heure et un bolus allant de 0,1 à 25 UI ;
- incréments : chez l'adulte, le débit de base doit avoir comme incrément maximum 0,1 UI/heure et le bolus 0,5 UI/heure. Lors d'une utilisation pédiatrique, il est possible que ces valeurs maximales d'incréments de débit de base et de bolus soient inférieures.

Alarmes :
La mise en alarme de la pompe doit se faire, a minima, dans chacune des trois situations suivantes :
- réservoir vide ;
- piles épuisées ;
- occlusion du cathéter (alarme d'hyperpression). Aucune de ces trois alarmes ne doit être déconnectable.

La mise en alarme de la pompe doit conduire à des messages spécifiques, clairement identifiables, et se manifester par des messages sonores et visuels (option vibratoire possible).
La pompe est conçue pour éviter les risques de déclenchements intempestifs.
Amorçage/purge : la pompe doit être munie d'un système d'amorçage. L'amorçage du circuit de distribution s'utilise avant le branchement de la pompe au patient. La notice doit indiquer clairement les modalités et le rôle de ce système d'amorçage.
Protection aux éclaboussures (norme IPX7, a minima).
Résistance aux chocs et à la température.
Garantie : la pompe est garantie quatre ans.
Les modalités de nettoyage, décontamination et révision technique de la pompe doivent être précisées.

b) Les accessoires à usage unique :

Ils sont fournis :
- soit à l'unité, sous emballage individuel stérile;
- soit sous forme de set, comportant sur son conditionnement le numéro de stérilisation.

Ce sont :
- les accessoires spécifiques et de remplissage du système actif pour perfusion à domicile, comprenant notamment seringue ou réservoir adaptés, tubulure, seringue et aiguille, compresses, bouchon Luer lock, champs, calot, gants, masques.
- les accessoires de remplissage du perfuseur de précision. Ils comprennent notamment seringue et aiguille, compresses, bouchon Luer lock, champs, calot, gants, masques.
- les accessoires pour pose de la perfusion, ils sont de deux types:
  - les accessoires de pose de la perfusion au bras du malade en l'absence de chambre à cathéter implantable comprenant notamment : aiguille épicrânienne, cathéter périphérique, prolongateur, robinet à trois voies, bouchon Luer lock, compresse, pansements, calot, gants, champs.
  - en cas de chambre à cathéter implantable et de cathéter central tunnelisé, les accessoires de pose de la perfusion et celui d'héparinisation de la chambre.

c) Les accessoires et consommables pour pompes à insuline :

- sont définis comme consommables les dispositifs suivants : réservoirs vides à remplir, cathéters, adaptateurs à usage unique, aiguilles de remplissage, joints, le cas échéant, et piles recommandées par le fabricant ;
- sont définis comme accessoires les dispositifs suivants (les besoins annuels sont précisés entre parenthèse) : tige filetée (le cas échéant 2/an), harnais pour les enfants (1/an), pochette ou étui de protection standard (1/an), clips pour ceinture (1/an), adaptateur réutilisable (12/an), dispositif d'insertion automatique du cathéter (le cas échéant maximum 5/an), récupérateur de consommable médical à usage unique d'un volume de environ 1,5 litre (4/an), boîtier porte-pile. Une télécommande peut être délivrée en option.

1.2.1.3. Section 3. - Dispositifs médicaux pour autosurveillance, autotraitement et automesure.

Les spécifications techniques des systèmes d'autosurveillance, des dispositifs d'autotraitement et d'automesure sont introduites dans la partie "Nomenclature et tarifs" au niveau de chaque produit concerné.

1.2.1.4. Section 4. - Appareillage pour incontinence

1.2.1.4.1. Appareillage pour incontinence urinaire masculine.

Il est composé :
- d'un étui pénien extensible en latex pouvant être relié à un raccord mâle pour tubulure de poche, de jambe ou de lit,
- d'un joint inerte adhésif sur ses deux faces, élastique (allongement minimal 200%), destiné à maintenir l'étui pénien et à assurer l'étanchéité du système.

1.2.1.4.2. Appareils pour incontinents urinaires et/ou stomisés urinaires ou digestifs.

Les poches de recueil pour stomisés digestifs et urinaires répondent aux caractéristiques définies dans la norme NF S90-631. Le matériau utilisé est non bruyant.
La surface de l'adhésif et/ou la gomme est suffisante pour assurer une bonne adhérence à la peau. La gomme ou joint offre les garanties d'innocuité cutanée. Son rôle est d'assurer la protection de la peau et l'étanchéité du système.
Le filtre nécessaire, pour les stomisés digestifs, à l'évacuation et à la désodorisation des gaz intestinaux peut être solidaire ou non de la poche selon le cas.

1.2.1.4.3. Électrostimulateur neuromusculaire pour autotraitement à domicile de l'incontinence sphinctérienne.

Caractéristiques techniques de l 'électrostimulateur :
Il répond aux caractéristiques définies dans la norme NF C 74-313. L'appareil comporte un témoin visuel ou sonore permanent ou sur interrogation indiquant si la tension de la source d'énergie est suffisante.
Un certificat de conformité à ces spécificités techniques est délivré par un laboratoire compétent et indépendant. À cette fin les industriels lui soumettent un échantillonnage de leur produit pour faire effectuer à leur charge, les essais techniques.

1.2.1.5. Section 5. - Autres

1.2.1.5.1. Appareils pour rééducation à domicile par poulie-thérapie.

Pour membres inférieurs ou pour membres supérieurs comprenant:

- un tube central télescopique mis en extension à l'aide d'un vérin, entre le plancher et le plafond de la pièce où le malade est traité. Ce tube est muni de plaques de protection à chacune de ses extrémités, assurant la stabilité et la robustesse;
- des flèches poulies, des épaulières, des gouttières d'appui et de blocage s'adaptant au tube central à l'aide de raccords constitués de deux parties. Gouttières et épaulières sont munies de coussins d'appui. Tous ces accessoires sont interchangeables;
- des coussins de traction main, ou de traction cheville, de suspension bras ou de suspension cuisse;
- des circuits de poulies avec des tendeurs et mousquetons, des charges, des repères indiquant le poids désiré.

Tous ces accessoires constituent un ensemble pour membres supérieurs ou pour membres inférieurs.

1.2.1.5.2. Matériaux destinés à la réalisation d'appareils d'immobilisation d'application immédiate.

Les matériaux classés ci-après permettent l'acte thérapeutique d'appareillage ne nécessitant pas de prise d'empreinte intermédiaire. Ils doivent être compatibles avec un contact cutané prolongé.

La notice d'utilisation doit donner toutes indications sur les risques physiques et chimiques liés à leur emploi.

Classification :

1. Matériaux hydrodurcissables.

1.1 À base minérale.

1.2 À base organique.

2. Matériaux malléables.

2.1 En solvant minéral.

2.2 En solvant organique.

3. Matériaux thermoformables à basse température (moulés directement sur les téguments).

3.1 État caoutchouteux transitoire, ou état viscoélastique transitoire.

4. Résines liquides ou pâteuses polymérisables à température ambiante.

4.1 Par adjonction d'un catalyseur ou d'un durcisseur.

4.2 Par rayonnement.

1.2.2. Nomenclature et tarifs

Le prix de vente doit être conforme à la réglementation en vigueur.

1.2.2.1. Section 1. - Dispositifs médicaux pour le traitement des maladies respiratoires et oto-rhino- laryngologiques.

1.2.2.1.1. Sous-section 1: Appareils générateurs d'aérosols

La prise en charge de ces produits est subordonnée à l'apposition sur leur conditionnement d'une étiquette détachable autocollante à appliquer sur le volet de facturation adressé aux organismes de prise en charge et comportant les mentions suivantes :

- le nom du produit,

- le nom du fabricant,
- le nom du distributeur,
- la désignation générique du produit,
- le numéro de code complet (chiffres et lettres) de la nomenclature,
- le tarif de responsabilité,
- s'il y a lieu, le prix de vente maximal public conseillé.

Le distributeur final mentionne le prix de vente public (TTC).

Cette disposition ne s'applique pas aux dispositifs médicaux et aux fournitures livrés à la location.

Les appareils générateurs d'aérosols et nébuliseurs, intégrés ou non, forment un couple compatible et ayant prouvé son efficacité sur le plan de la granulométrie des particules diffusées.

La prise en charge est assurée pour les générateurs et les couples figurant dans la liste suivante :

1.2.2.1.1.1. Liste de prise en charge pour les générateurs et les couples

Couples générateurs d'aérosol et nébuliseurs

Sans conditions particulières de prise en charge

NÉBULISEUR		GÉNÉRATEUR	
Marque	Référence	Marque	Référence
Pari	1260 LL	Pari	3700
Pari	2281 LC+	Pari	3700
Pari	2260 LC	Pari	3700
Pari	22 G 80 LC	Pari	84 G 03
Pari	12 G 62 LL	Pari	84 G 03
Pari	22 G 86	Pari	57 G 0310
Pari	22 G 70	Pari	38 G 0020
Pari	22 G 80 LC+	Pari	38 G 00
Pari	12 G 62 LL	Pari	38 G 00
Pari	22 G 85 LC	Pari	45 G 1130
Pari	22 G 8700	Pari	38 G 00
Pari	22 G 8700	Pari	38 G 0020
Pari	22 G 8700	Pari	34 G 03

Pari	LCD 022 G 5715 LCD 022 G 8725 LCD 022 G 8735	Pari	Boy 038 G 0077
Medel Elettromedicali	AV. 16	Medel Elettromedicali	Vivisonic
Int'Air Médical	Nebu 200 (RN 200 S)	Int'Air Médical	CS 24
Int'Air Médical	RN 300 (RN 300 S)	Int'Air Médical	CS 23
Int'Air Médical	CR 01	Int'Air Médical	CS 20
Int'Air Médical	CRE 01	Int'Air Médical	CS 23
Rhône Poulenc Santé	5002F	Rhône Poulenc Santé	Fisoneb
Pierre Médical	RN 300	Pierre Médical	ARP 1+
Pierre Médical	Universal II	Pierre Médical	Universal II
Pierre Médical	ARP 7 RM	Pierre Médical	ARP 7 RM
Marquest	AII	Medix-Clement Clarke	Econoneb
Marquest	AII	Medix-Clement Clarke	Turboneb
Marquest	AII	Medix-Clement Clarke	AC 2000 HI FLO
Marquest	AII	Medix-Clement Clarke	World Traveller
Lifecare	Microneb III	Medix-Clement Clarke	Econoneb
Lifecare	Microneb III	Medix-Clement Clarke	Turboneb
Lifecare	Microneb III	Medix-Clement Clarke	AC 2000 HI FLO
Lifecare	Microneb III	Medix-Clement Clarke	World Traveller
Lifecare	Microneb III	Medix-Clement Clarke	M FLO
Lifecare	Microneb III	Lifecare	Opti-Neb

Devilbis	HU 1885	Devilbis	Pulmo-Aide 5650 F
Devilbis	HU 1734	Devilbis	Pulmo-Aide 5650 F
Devilbis	4650 D 620 (micromist Hudson)	Devilbis	Sunmist + 4750 F
Intersurgical	Cirrus	Devilbis	Sunmist + 4750 F
Devilbis	Pulmoneb 5650 D	Devilbis	Sunmist + 4750 F
Syst'AM	2301	Syst'AM	DP 100
Syst' AM	2901	Syst' AM	DP 100
Syst'AM	2301	Syst'AM	DP 10 LS
Syst' AM	2901	Syst' AM	DP 10 LS
Syst'AM	2301	Syst'AM	SC-SC Basic
Syst'AM	2901	Syst'AM	SC-SC Basic
Syst'AM	CPS	Syst'AM	ST
Syst'AM	2301	Syst'AM	LS 230 - LS 260 - LS 290
Syst'AM	2601	Syst'AM	LS 260
Syst'AM	2901	Syst'AM	LS 290
Syst'AM	CPS	Syst'AM	ST 23, ST 24, ST 26
Syst'AM	CPSV	Syst'AM	ST, ST 23, ST 24, ST 26
Syst'AM	CPS 23	Syst'AM	ST, ST 23, ST 24, ST 26
Syst'AM	CPS 24	Syst'AM	ST 24
Syst'AM	CPS 26	Syst'AM	ST 26
Syst'AM	2301	Syst'AM	LS 240
Syst'AM	2401	Syst'AM	LS 240
Syst'AM	2901	Syst'AM	LS 240
Atomisor	NL 5	Atomisor	Praticien APLH
Atomisor	NL 5	Atomisor	Vanity AL
Atomisor	NL 5	Atomisor	Malette AML

Atomisor	NL 5	Atomisor	Box ABOX
Atomisor	NL 7	Atomisor	Praticien APLH
Atomisor	NL 7	Atomisor	Vanity AL
Atomisor	NL 7	Atomisor	Malette AML
Atomisor	NL 7	Atomisor	Box ABOX
Atomisor	NL 7 H	Atomisor	Praticien APLH
Atomisor	NL 7 Vert	Atomisor	Praticien APLH
Atomisor	NL 7 Vert	Atomisor	Vanity AL
Atomisor	NL 7 Vert	Atomisor	Malette AML
Atomisor	NL 7 Vert	Atomisor	Box ABOX
Atomisor	NL 5 F	Atomisor	Vanity AL
Atomisor	MS 1	Atomisor	Manosonique AMSA
Atomisor	NL 9	Atomisor	Praticien APLH
Atomisor	NL 9	Atomisor	Vanity AL
Atomisor	NL 9	Atomisor	Malette AML
Atomisor	NL 9	Atomisor	Box ABOX
Atomisor	NL 11	Atomisor	Praticien APLH
Atomisor	NL 11	Atomisor	Vanity AL
Atomisor	NL 11	Atomisor	Malette AML
Atomisor	NL 11	Atomisor	Box ABOX
Atomisor	NL 9 M	Atomisor	Vanity AL
Atomisor	NL 7 D	Atomisor	Aérodoseur AD
Atomisor	NL 11 D	Atomisor	Aérodoseur AD
Atomisor	NLS 2	Atomisor	Synchrone ASYN
Atomisor	NL 7 Sonique	Atomisor	Praticien AOLH
Atomisor	NL 7 Sonique	Atomisor	Vanity ALORL

Atomisor	NL 7 Sonique	Atomisor	Box AOBOX
Atomisor	NL 7 Vert Sonique	Atomisor	Praticien AOLH
Atomisor	NL 7 Vert Sonique	Atomisor	Vanity ALORL
Atomisor	NL 7 Vert Sonique	Atomisor	Box AOBOX
Atomisor	NL 9 Sonique	Atomisor	Praticien AOLH
Atomisor	NL 9 Sonique	Atomisor	Vamty ALORL
Atomisor	NL 9 Sonique	Atomisor	Box AOBOX
Atomisor	NL 11 Sonique	Atomisor	Praticien AOLH
Atomisor	NL 11 Sonique	Atomisor	Vanity ALORL
Atomisor	NL 11 Sonique	Atomisor	Box AOBOX
Atomisor	NLU Vert	Atomisor	Praticien APLH
Atomisor	NLU Vert	Atomisor	Vanity AL
Atomisor	NLU Vert	Atomisor	Box ABOX
Atomisor	NLU Vert	Atomisor	Malette AMIL
Atomisor	NLU Vert Sonique	Atomisor	Praticien AOLH
Atomisor	NLU Vert Sonique	Atomisor	Vanity ALORL
Atomisor	NLU Vert Sonique	Atomisor	Box AOBOX
Atomisor	NL 7	Atomisor	DJINN ADJINN
Atomisor	NLU Vert	Atomisor	DJINN ADJINN
Atomisor	NL 9	Atomisor	DJINN ADJINN
Atomisor	NL 9M	Atomisor	DJINN ADJINN
Atomisor	NL 7H	Atomisor	DJINN ADJINN
Atomisor	NL 5F	Atomisor	DJINN ADJINN
Atomisor	NL 5	Atomisor	DJINN ADJINN
Atomisor	NL 11	Atomisor	DJINN ADJINN
Atomisor	NL 7 Sonique	Atomisor	DJINN AODJINN

Atomisor	NLU Vert Sonique	Atomisor	DJINN AODJINN
Atomisor	NL 9 Sonique	Atomisor	DJINN AODJINN
Atomisor	NL 11 Sonique	Atomisor	DJINN AODJINN
Karapharm	Nébuliseur, type 2	Karapharm	Record Progress
Kendall	Respijet 17200	Kendall	Respijet 17000
Kendall	Respijet Junior 17305	Kendall	Respijet 17000
Kendall	Aérodyne Omega	Kendall	Aérodyne Omega
Kendall	18601	Kendall	18601
Intersurgical	Cirrus	FSA Médical	FMS 1
Intersurgical	Micro Cirrus	System' S	FMS 1
Orkyn'	Type 3	Orkyn'	Nebair
Medic Aid	Sidestream	Medic Aid	Portaneb 50
Medic Aid	Venstream	Medic Aid	Portaneb 50
Medic Aid	Sidestream	Fiopharma	Med 2000
Artsana	Sidestream	Artsana	Mirajet
Artsana	Sidestream	Artsana	Maxaer
Invacare Corporation	Sidestream	Invacare Corporation	Envoy
Omron	Omron CX 2	Omron	Omron CX 2 NE-C 08-EN 2
Lifecare	Micro-Neb III	Omron	Omron CX 2 NE-C 08-EN 2
Omron	Omron CX	Omron	Omron CX NE-C 08-EN
Medicalia	Professional	Medicalia	Silencio
Medicalia	Professional	Medicalia	Professional
Medicalia	Ultramed	Medicalia	Ultramed

Avec conditions particulières de prise en charge

La prise en charge est assurée :
- pour le traitement de la mucoviscidose ;
- pour le traitement des affections respiratoires ;

- et dans le cadre des forfaits 101C03.11, 101C03.121, 101C03.122, 101C03.13, 101C03.14, 101C03.211, 101C03.212, 101C03.221, 101C03.222, 101C03.23, 101C03.24, 101C03.25, 101C05.11, 101C05.121, 101C05.122, 101C05.13, 101C05.14, 101C05.21, 101C05.221, 101C05.222, 101C05.311, 101C05.312, 101C05.321, 101C05.322, 101C05.33 et 101C01.2

pour les couples suivants :

NÉBULISEUR		**GÉNÉRATEUR**	
Marque	**Référence**	**Marque**	**Référence**
Pari	LC PLUS	Pari	85G00
Pari	LC STAR	Pari	85G00
Pari	LC PLUS JUNIOR	Pari	85G00
Pari	LL	Pari	85G00
Pari	LCD	Pari	85G00
Pari	LC MONOPATIENT	Pari	85G00
Pari	BABY	Pari	85G00
Pari	LC PLUS	Pari	UNI LIGHTD MOBIL Compresseur autonome
Pari	LC SPRINT	Pari	Turbo BOY 85G00
Pari	LC SPRINT Junior	Pari	Turbo BOY 85G00
Pari	LC SPRINT	Pari	BOY S 53G00
Pari	LC SPRINT Junior	Pari	BOY S 53G00

La prise en charge est assurée:

- pour le traitement de la mucoviscidose;
- pour le traitement des affections respiratoires;
- et dans le cadre des forfaits 101C03.11, 101C03.121, 101C03.122, 101C03.13, 101C03.14, 101C05.11, 101C05.121, 101C05.122, 101C05.13, 101C05.14.

Pour le couple suivant:

NÉBULISEUR		**GÉNÉRATEUR**	
Marque	**Référence**	**Marque**	**Référence**
Téléflex Médical	SIDESTREAM	Téléflex Médical	PORTA-NEBLITE

Pari	LC SPRINT	Pari	PARI BOY MOBILE S
Invacare	MEDELJET PRO	Invacare	STRATOS PRO
Invacare	SIDESTREAM	Invacare	STRATOS PRO
Philips France Commercial	SIDESTREAM	Philips France Commercial	INSPIRATION ELITE
PARI GGMBH	LC SPRINT STAR 23G1250	PARI GMBH	PARI BOY SX 085
PARI GMBH	LC SPRINT BABY 23G1401, 3G1402	PARI GMBH	PARI BOY SX 085
PARI	LC SPRINT	PARI	PARI BOY MOBILE S

La prise en charge est assurée:

– pour le traitement de la mucoviscidose;
– pour le traitement des affections respiratoires;
– et dans le cadre des forfaits 101c03.11, 101c03.121, 101c03.122, 101c03.13, 101c03.14, 101c05.11, 101c05.121, 101c05.122, 101c05.13, 101c05.14.

Pour les couples suivants:

NÉBULISEUR		**GÉNÉRATEUR**	
Marque	**Référence**	**Marque**	**Référence**
Philips France Activité Healthcare	SIDESTREAM	Philips France Activité Healthcare	INNOSPIRE ELEGANCE
Philips France Activité Healthcare	SIDESTREAM	Philips France Activité Healthcare	SAMI THE SEAL

Générateurs d'aérosol pneumatiques avec systèmes de nébulisation intégrée

Marque	**Référence**
Respironics	RinoFlow
Medic-Aid Ltd	Halolite
MPVTRUMA	Master Jet Vernebler
MPVTRUMA	Calimero Vernebler
ME	P-2 (Dail Neb)

Générateurs d'aérosol ultrasoniques avec systèmes de nébulisation intégrée

Marque	**Référence**

Int'Air Médical	NU 52
Int'Air Médical	NU 52 S
Int'Air Médical	NU 50
Int'Air Médical	NU 53
Devilbiss	NEB 99
Devilbiss	Pulmosonic 5500 F
La Diffusion Technique Française	Atomisor mégahertz AMGH
Orkyn'	Nebus
Artsana	Projet
MED 2000 SrI	Fiosonic
Shinmed	Ultrasonic Nebulizert SW-966 (230V)
Schill	Multisonic pro
Schill	Multisonic home
Schill	Multisonic compact
MPVTRUMA	SonoDrop
MED 2000	U 1 (Leonardo)
MED 2000	U 4 (Raffaello)

1.2.2.1.1.2. Appareils générateurs d'aérosols pour le traitement des affections respiratoires

Sans générateur de vapeur (sans humidificateur)

Code	**Nomenclature**	**Tarif en F.CFP**	
	Il s'agit d'appareils pneumatiques ou à ultrasons.		
101C03.11	**Location hebdomadaire de courte durée discontinue pour un traitement inférieur ou égal à quatre semaines**	1 377	
	Location hebdomadaire pour la longue durée, lorsque la prescription est supérieure à quatre semaines, la prise en charge est assurée dès la première semaine selon les tarifs suivants :		
101C03.121	**Location hebdomadaire pour la longue durée pendant la première période, jusqu'à la 65ème semaine**	678	

101C03.122	**Location hebdomadaire pour la longue durée pendant la deuxième période, au delà de la 65ème semaine.**	406	
101C03.13	**Achat du nébuliseur et du masque (pour les aérosols pneumatiques)**	1 913	
101C03.14	**Renouvellement du masque.**	281	

Avec générateur de vapeur (avec humidificateur).

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	
	Il s'agit d'un appareil pneumatique ou à ultrasons de capacité supérieure à 250 cm³, livré avec l'ensemble des accessoires nécessaires à son utilisation (support de flacon à médicaments, tubulures, filtres notamment).		
	Sans réchauffeur:		
101C03.211	**Location hebdomadaire du générateur avec humidificateur sans réchauffeur pendant la première période, jusqu'à la 65ème semaine**	2 258	
101C03.212	**Location hebdomadaire du générateur avec humidificateur sans réchauffeur pendant la deuxième période, au delà de la 65ème semaine**	1 400	
	Avec réchauffeur		
101C03.221	**Location hebdomadaire du générateur avec humidificateur avec réchauffeur pendant la première période, jusqu'à la 65ème semaine**	2 710	
101C03.222	**Location hebdomadaire du générateur avec humidificateur avec réchauffeur pendant la deuxième période, au delà de la 65ème semaine**	1 672	
101C03.23	**Achat du nébuliseur et du masque (pour les aérosols pneumatiques)**	1 916	
101C03.24	**Renouvellement du masque**	389	
101C03.25	**Forfait pour quatre semaines et à partir de la cinquième semaine de location pour le remplacement des accessoires (filtres antibactériens, filtres antipoussières, tubulures, gobelets, embouts notamment)**	2 080	

1.2.2.1.1.3. Appareils générateurs d'aérosols pour le traitement de la mucoviscidose à forme respiratoire

Sans générateur de vapeur (sans humidificateur)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP euros	
	Il s'agit d'appareils pneumatiques.		

101C05.11	**Location hebdomadaire de courte durée discontinue pour un traitement inférieur ou égal à quatre semaines**	1 378	
	Location hebdomadaire pour la longue durée, lorsque la prescription est supérieure à quatre semaines, la prise en charge est assurée dès la première semaine selon les tarifs suivants :		
101C05.121	**Location hebdomadaire pour la longue durée pendant la première période, jusqu'à la 65ème semaine**	677	
101C05.122	**Location hebdomadaire pour la longue durée pendant la deuxième période, au delà de la 65ème semaine**	406	
101C05.13	**Achat du nébuliseur et du masque**	1 916	
101C05.14	**Renouvellement du masque**	389	

Sans générateur de vapeur (sans humidificateur) à ultrasons générateur de particules inférieures à 3 microns.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	
101C05.21	**Location hebdomadaire de courte durée discontinue pour un traitement inférieur ou égal à quatre semaines**	2 937	
	Location hebdomadaire pour la longue durée, lorsque la prescription est supérieure à quatre semaines, la prise en charge est assurée dès la première semaine selon les tarifs suivants :		
101C05.221	**Location hebdomadaire pour la longue durée pendant la première période, jusqu'à la 65ème semaine**	1 447	
101C05.222	**Location hebdomadaire pour la longue durée pendant la deuxième période, au delà de la 65ème semaine**	858	

Avec générateur de vapeur (avec humidificateur).

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	
	Il s'agit d'un appareil à ultrasons de capacité supérieure à 250 cm³, générateur de particules inférieures à 3 microns, livré avec l'ensemble des accessoires nécessaires à son utilisation (support de flacon à médicaments, tubulures, filtres notamment).		
	Sans réchauffeur :		
101C05.311	**Location hebdomadaire du générateur avec humidificateur sans réchauffeur pendant la première période, jusqu'à la 65ème semaine**	2 937	
101C05.312	**Location hebdomadaire du générateur avec humidificateur sans réchauffeur pendant la deuxième période, au delà de la 65ème semaine**	1 808	
	Avec réchauffeur		

101C05.321	**Location hebdomadaire du générateur avec humidificateur avec réchauffeur pendant la première période, jusqu'à la 65ème semaine**	3 163	
101C05.322	**Location hebdomadaire du générateur avec humidificateur avec réchauffeur pendant la deuxième période, au delà de la 65ème semaine**	1 943	
101C05.33	**Forfait pour quatre semaines et à partir de la cinquième semaine de location pour le remplacement des accessoires** (filtres antibactériens, filtres antipoussières, tubulures, gobelets notamment)	2 080	
101C01.2	**Forfait de livraison à domicile d'un appareil générateur d'aérosols pneumatiques pour les affections respiratoires et pour le traitement de la mucoviscidose à forme respiratoire**	2 620	
	Ce forfait ne peut s'ajouter à aucun autre forfait de livraison. La livraison de plusieurs appareils chez le même patient donne lieu à la prise en charge du forfait le plus élevé.		

Société PARI

La prise en charge est assurée pour le traitement de la mucoviscidose par aérosolthérapie pour le système de nébulisation et les accessoires suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	
101C05.38	**Location hebdomadaire, générateur eFLOW RAPID, Pari.** Le système de nébulisation eFLOW RAPID comprend : - le générateur eFLOW RAPID ou le générateur eBASE avec écran de pilotage à cristaux liquides ; - le nébuliseur à tamis ; - le câble de 1,25 m assurant la liaison entre le générateur et le nébuliseur ; - le bloc d'alimentation international ; - le chargeur avec piles rechargeables pour eFLOW RAPID et uniquement des piles ordinaires pour eBASE ; - le sac de transport et la pochette du nébuliseur ; - le dispositif EASYCARE d'aide au nettoyage du tamis. L'utilisation d'eFLOW RAPID n'est pas recommandée chez les enfants de moins de deux ans, étant donné l'importance du débit d'aérosol produit.	1 283	
101C05.39	**Achat semestriel, membrane et nébuliseur, eFLOW RAPID, Pari.**	12 597	

Société La diffusion technique française (DTF)

La prise en charge est assurée pour le traitement de la mucoviscidose par aérosolthérapie pour le système de nébulisation et les accessoires suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	

101C05.36	**Location hebdomadaire, générateur Atomisor Pocket, DTF.**	1 275	
101C05.37	**Achat annuel, membrane et nébuliseur, Atomisor Pocket, DTF.**	25 194	

1.2.2.1.1.4. Appareils générateurs d'aérosols spécifiques du traitement des affections de la sphère ORL.

Code	**Nomenclature**	**Tarif en F.CFP**	
	Appareil manosonique automatique pour le traitement des affections tubotympaniques : La prise en charge est accordée après avis d'un médecin spécialiste en pédiatrie ou en oto- rhino-laryngologie.		
101C14.11	**Location hebdomadaire**	2 916	
101C14.12	**Achat du consommable (tubulures, nébuliseur, embout narinaire), fourni lors de la livraison de l'appareil ; Il n'est pas renouvelable**	2 485	

1.2.2.1.2. Sous-section 2: Dispositifs médicaux pour traitement de l'insuffisance respiratoire et prestations associées

La prise en charge est assurée sur la base de forfaits hebdomadaires calculés de date à date.

1.2.2.1.2.1. Paragraphe 1: Oxygénothérapie

Oxygénothérapie à long terme

Conditions générales d'attribution

La prise en charge est assurée après entente préalable remplie par le médecin prescripteur lors de la première prescription et une fois par an lors des renouvellements. La réponse de l'organisme de sécurité sociale doit être adressée dans les délais prévus à l'article LP 33 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée.

La prise en charge est réservée aux patients atteints d'insuffisance respiratoire chronique grave dont l'état nécessite l'administration d'oxygène pendant une durée quotidienne d'au moins 15 heures

L'oxygénothérapie à long terme est indiquée:
- dans les insuffisances respiratoires chroniques restrictives parenchymateuses quand la PaO^2 est inférieure à 60 mmHg.
- chez les sujets ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive lorsqu'à distance d'un épisode aigu, et sous réserve d'une prise en charge thérapeutique optimale (c'est à dire associant arrêt du tabac, bronchodilatateurs et kinésithérapie), la mesure des gaz du sang artériel en air ambiant, réalisée à deux reprises, a montré:
  * soit une PaO^2 inférieure ou égale à 55 mm de mercure (Hg)
  * soit une PaO^2 comprise entre 56 et 59 mm Hg, associée à un ou plusieurs éléments suivants:

- une polyglobulie (hématocrite supérieur à 55%),
- des signes cliniques de coeur pulmonaire chronique,

- une hypertension artérielle pulmonaire (pression artérielle pulmonaire moyenne supérieure ou égale à 20 mm Hg),
- une désaturation artérielle nocturne non apnéique quel que soit le niveau de la $PaCO^2$.

La prise en charge de l'oxygénothérapie à long terme est assurée sur la base de deux forfaits hebdomadaires non cumulables:
* forfait pour oxygénothérapie en poste fixe.
* forfait pour oxygénothérapie intensive ou de déambulation.
*

Chaque forfait couvre dans le cadre de l'application du guide des bonnes pratiques de dispensation de l'oxygène médical :
* des prestations communes aux forfaits d'oxygénothérapie à long terme;
* des prestations spécifiques à chaque forfait.

La prise en charge est réservée également aux patients COVID, nécessitant une oxygénothérapie au-delà de 3 mois.

Prestations communes aux forfaits d'oxygénothérapie à long terme:

1 - la fourniture de consommables:
* le tuyau d'administration d'O^2 de 3 à 30 m de longueur,
* la lunette à usage personnel, à raison de 2 unités par mois en moyenne,
* ou s'il y a lieu, les autres dispositifs suivants: sonde nasale, masque, cloche de Hood, cathéter transtrachéal.

2 - la fourniture d'un humidificateur si nécessaire.

3 - des prestations techniques :
* la livraison des matériels et leur mise à disposition pour leur usage à domicile, l'information technique correspondante, la reprise du matériel au domicile ,
* la désinfection du matériel (à l'exclusion des produits à patient unique),
* la maintenance technique comprenant le respect des exigences d'entretien du constructeur et la surveillance de l'état du matériel à domicile,
* un service d'astreinte téléphonique 24h/J et 7 jours/semaine.

4 - des prestations administratives:
* la gestion du dossier administratif du patient,
* la gestion de la continuité des prestations, avec éventuellement un autre distributeur, en cas de changement temporaire de résidence du patient.

5 - des prestations générales:
* le conseil, l'éducation et la fourniture d'explications au patient et à ses proches, comprenant notamment des consignes visant le renforcement de la sécurité,
* les visites régulières à domicile pour le suivi et la coordination du traitement tous les deux à quatre mois pour tous les patients quel que soit leur âge ou plus fréquemment, en fonction des besoins, pour les enfants,
* le suivi et la coordination du traitement avec les médecins (traitant et prescripteur) et les auxiliaires médicaux en charge du patient.

Forfaits OLT-Concentrateurs en poste fixe

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

1136581	**Oxygénothérapie à long terme en poste fixe : Forfait hebdomadaire 1*** La prise en charge est assurée pour les patients atteints d'insuffisance respiratoire chronique grave qui déambulent moins d'une heure par jour. Le tarif couvre les prestations communes énoncées ci-dessus et les prestations spécifiques suivantes : - la fourniture : d'un concentrateur, d'un dispositif de contrôle de l'observance (compteur horaire ou autre), éventuellement d'une bouteille d'oxygène gazeux de secours et/ou de bouteilles d'oxygène gazeux (dans la limite de 10 bouteilles de 0,4 m³ au maximum par mois ou de son équivalent en volume de gaz délivré) permettant la déambulation de moins d'une heure, - le surcoût de consommation d'électricité à raison de **361 F.CFP** minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur - la surveillance de l'état du matériel tous les 2 à 4 mois , - la réparation ou le remplacement du matériel dans un délai de 12 heures en cas de panne.	8 246	8 246
1148130	**Oxygénothérapie à long terme, concentrateur, INVACARE, PLATINUM 9.** Forfait hebdomadaire pour système pour oxygénothérapie à long terme à domicile avec déambulation, moins d'une heure par jour, avec un concentrateur, Platinum 9 de la société INVACARE POIRIER SAS. La prise en charge est assurée pour les patients atteints d'insuffisance respiratoire chronique grave qui déambulent moins d'une heure par jour et qui nécessitent un débit en oxygène supérieur à 5l/min et inférieur à 9l/min. Le tarif couvre les prestations communes énoncées dans les conditions générales d'attribution et a prestation spécifique suivante : le surcoût de consommation d'électricité à raison de **451 F.CFP** minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur	8 997	8 997

Forfaits OLT-Concentrateurs d'oxygène mobiles

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1191568	**Oxygénothérapie à long terme, déambulation, INVACARE, INVACARE SOL O2.** Forfait hebdomadaire pour système pour oxygénothérapie à long terme à domicile avec déambulation, à partir du concentrateur d'oxygène transportable INVACARE SOL O2, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe. La prise en charge est assurée pour l'oxygénothérapie à long terme, en poste fixe et/ou pour la déambulation, de plus d'une heure par jour ou une oxygénothérapie de déambulation exclusive, chez les patients éligibles à une oxygénothérapie en mode continu à un débit inférieur ou égal à 3 L/min et/ou éligibles à une oxygénothérapie en mode pulsé. Une titration préalable par le médecin prescripteur est nécessaire, afin de déterminer le réglage optimal adapté aux besoins du patient au repos et à l'effort. La titration à l'effort peut être réalisée lors d'un test de marche de six minutes. Le concentrateur transportable INVACARE SOL O2 est fourni avec : une batterie interne amovible et rechargeable ;	11 997	11 997

	-- un cordon d'alimentation secteur ; -- un cordon d'alimentation allume-cigare ; -- une sacoche pour les accessoires ; -- un manuel d'utilisation ; -- un chariot de transport sur roulettes. La prise en charge est assurée pour la référence 1533371-TPO100B-EU.		
1143983	**Oxygénothérapie à long terme, déambulation, INVACARE, INVACARE XP O2**. Forfait hebdomadaire pour système pour oxygénothérapie à long terme à domicile avec déambulation, à partir d'un concentrateur d'oxygène portable INVACARE XP O2, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe. La prise en charge est assurée pour l'oxygénothérapie à long terme, pour la déambulation, chez les patients éligibles à une oxygénothérapie en mode pulsé. Une titration préalable par le médecin prescripteur est nécessaire, afin de déterminer le réglage optimal adapté aux besoins du patient au repos et à l'effort. La titration à l'effort peut être réalisée lors d'un test de marche de six minutes. Dans le cadre de l'oxygénothérapie de longue durée (>15 h/j), le concentrateur portable INVACARE XP O2 doit être associé à un concentrateur « classique » en poste fixe, qui permet d'assurer un débit continu. Le concentrateur portable INVACARE XP O2 est fourni avec : une batterie interne amovible et rechargeable ; une batterie externe supplémentaire ; un cordon d'alimentation secteur ; un cordon d'alimentation allume-cigare ; un sac de transport avec bandoulière ; un manuel d'utilisation ; un DVD de démonstration. La prise en charge est assurée pour la référence 1522883-XPO100B-EU.	11 997	11 997
1149106	**Oxygénothérapie long terme, déambulation, INVACARE, PLATINUM MOBILE, OLT 2.24** Forfait hebdomadaire OLT2.24 pour la prise en charge de patients répondant aux conditions d'attribution del'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable) PLATINUM MOBILE de la société INVACARE POIRIER SAS. Ce forfait comprend la mise à disposition d'un concentrateur fixe qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour. La prise en charge est assurée pour l'oxygénothérapie à long terme, pour la déambulation, chez les patients éligibles à une oxygénothérapie en mode pulsé. Les conditions d'attribution de la prise en charge de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, et de	11 997	11 997

	l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, sont définies ci-dessus dans le cadre du point I.1 des conditions générales d'attribution de l'oxygénothérapie de long terme. Le tarif couvre les prestations communes énoncées au point I.2 relatif à la description de la prestation de l'oxygénothérapie à long terme, et la prestation spécifique suivante: – une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 390 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur. Le concentrateur mobile PLATINUM MOBILE (POC1-100B-FR) est fourni avec: – une batterie lithium-ion (référence POC1-110FR) – un chargeur secteur AC (référence POC1-130-EU) – un chargeur allume cigare DC (référence POC1-140) – un sac de transport (référence POC1-150) – une sangle bandoulière – une sangle pour sac à dos – une lunette nasale 1 200 mm – un manuel d'utilisation Le concentrateur mobile PLATINUM MOBILE (POC1-100BAT2-FR) est fourni avec une batterie supplémentaire. La prise en charge est assurée pour les références POC1-100B-FR et POC1-100BAT2-FR.		
1105416	**Oxygénothérapie à long terme, déambulation, CAIRE, ECLIPSE 5, OLT 2.25** Forfait hebdomadaire OLT 2.25 pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir du concentrateur d'oxygène mobile (transportable) ECLIPSE 5. Ce forfait comprend la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour. La prise en charge est assurée pour l'oxygénothérapie à long terme, en poste fixe et/ou pour la déambulation, chez les patients éligibles à une oxygénothérapie en mode continu à un débit inférieur ou égal à 3 L/min et/ou éligibles à une oxygénothérapie en mode pulsé. Les conditions d'attribution de la prise en charge de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, et de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, sont définies ci-dessus dans le cadre du point I.1 des conditions générales d'attribution de l'oxygénothérapie de long terme. Le tarif couvre les prestations communes énoncées au point I.2 relatif à la description de la prestation de l'oxygénothérapie à long terme, et la prestation spécifique suivante : – une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 390 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur. Le concentrateur transportable ECLIPSE 5 est fourni avec : - une batterie ; - un bloc d'alimentation pour courant continu ;	11 997	11 997

	- un adaptateur pour courant alternatif ; - un chariot de transport universel ; - des lunettes nasales. La prise en charge est assurée pour la référence 6900-C1-SEQ.		
1116680	**Oxygénothérapie à long terme, déambulation, CHART SEQUAL, ECLIPSE 3 - Société CHART SEQUAL TECHNOLOGIES INC (CHART SEQUAL)** Forfait hebdomadaire pour système pour oxygénothérapie à long terme à domicile avec déambulation, à partir du concentrateur d'oxygène transportable ECLIPSE 3, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe. Indications : La prise en charge est assurée pour l'oxygénothérapie à long terme, en poste fixe et/ou pour la déambulation, chez les patients éligibles à une oxygénothérapie en mode continu à un débit inférieur ou égal à 3 L/min et/ou éligibles à une oxygénothérapie en mode pulsé. Modalités de prescription et d'utilisation : Une titration préalable par le médecin prescripteur est nécessaire, afin de déterminer le réglage optimal adapté aux besoins du patient au repos et à l'effort. La titration à l'effort peut être réalisée lors d'un test de marche de six minutes. Le concentrateur transportable ECLIPSE 3 est fourni avec : – une batterie ; – un bloc d'alimentation ; – un adaptateur allume-cigare ; – des lunettes nasales ; – un chariot de transport ; – un manuel d'utilisation. Références : – 5901-SEQ.	11 997	11 997
1118324	**Oxygénothérapie à long terme, déambulation, PHILIPS, SIMPLYGO.** Forfait hebdomadaire pour système pour oxygénothérapie à long terme à domicile avec déambulation, à partir d'un concentrateur d'oxygène portable, SIMPLYGO comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe. La prise en charge est assurée pour l'oxygénothérapie à long terme, en poste fixe et/ou pour la déambulation, chez les patients éligibles à une oxygénothérapie en mode continu à un débit inférieur ou égal à 2 l/min et/ou éligibles à une oxygénothérapie en mode pulsé. Le forfait devra tenir compte du surcoût de la consommation électrique imposé par le concentrateur portable. Une titration préalable par le médecin prescripteur est nécessaire, afin de déterminer le réglage optimal adapté aux besoins du patient au repos et à l'effort. La titration à l'effort peut être réalisée lors d'un test de marche de six minutes. Le concentrateur transportable SIMPLYGO est fourni avec : une sacoche de transport avec bandoulière ;	11 997	11 997

	un manuel d'utilisation ; une batterie rechargeable ; une alimentation électrique secteur avec cordon ; une alimentation électrique en courant continu ; un sac pour accessoires ; un chariot de transport sur roulettes. Chaque élément est conditionné de manière unitaire. Le kit de transport SIMPLYGO est disponible en complément. Il comprend : deux batteries rechargeables additionnelles ; un chargeur externe de batterie ; une sacoche pour humidificateur. La prise en charge est assurée pour la référence 1100403 pour laquelle le mode pulsé « nuit » a été désactivé.		
1174133	**Oxygénothérapie long terme, déambulation, PHILIPS, SIMPLYGO MINI, OLT 2.21** Forfait hebdomadaire OLT 2.21 pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable), SIMPLYGO MINI de la société PHILIPS France Commercial, Ce forfait comprend la mise à disposition d'un concentrateur fixe qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour. La prise en charge est assurée pour l'oxygénothérapie à long terme, pour la déambulation, chez les patients éligibles à une oxygénothérapie en mode pulsé. Les conditions d'attribution de la prise en charge de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, et de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, sont définies ci-dessus dans le cadre du point I.1 des conditions générales d'attribution de l'oxygénothérapie de long terme. Le tarif couvre les prestations communes énoncées au point I.2 relatif à la description de la prestation de l'oxygénothérapie à long terme, et la prestation spécifique suivante : – une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 390 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur. Le concentrateur transportable SIMPLYGO MINI est fourni avec : – une sacoche de transport avec bandoulière ; – un manuel d'utilisation ; – une batterie rechargeable standard ou longue durée ; – une alimentation électrique secteur avec cordon ; – une alimentation électrique en courant continu ; – un sac pour accessoires.	11 997	11 997

	Chaque élément est conditionné de manière unitaire (le concentrateur est livré dans sa sacoche de transport). La prise en charge est assurée pour la référence 1113604 (en configuration batteries standard) et 1113605 (en configuration batterie longue durée).		
1123609	**Oxygénothérapie à long terme, déambulation, RESMED, LIFECHOICE ACTIVOX, OLT 2.20** Forfait hebdomadaire OLT 2.20 pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir du concentrateur d'oxygène mobile (portable) LIFECHOICE ACTIVOX de la société RESMED SAS.. Ce forfait comprend la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour. La prise en charge est assurée pour l'oxygénothérapie à long terme, pour la déambulation, chez les patients éligibles à une oxygénothérapie en mode pulsé. Les conditions d'attribution de la prise en charge de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, et de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, sont définies ci-dessus dans le cadre du point I.1 des conditions générales d'attribution de l'oxygénothérapie de long terme. Forfait hebdomadaire comprenant également la mise à disposition d'un concentrateur fixe. Le tarif couvre les prestations communes énoncées au point I.2 relatif à la description de la prestation de l'oxygénothérapie à long terme, et la prestation spécifique suivante : – une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 390 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur. Le concentrateur mobile LIFECHOICE ACTIVOX est fourni avec : – un concentrateur portable; – une batterie interne ; – une mallette modulable (peut être porté en sac à dos, en bandoulière ou à la ceinture) ; – des sangles réglables à utiliser avec la mallette modulable ; – un sac à accessories ; – un adaptateur CA (prise secteur) ; – un adaptateur CC avec prise raccord pour véhicule ; – une canule nasale standard à canal unique de 2 m. La prise en charge est assurée pour les references : – modèle PRO (référence XYC100B) ; – modèle SPORT (référence XYC100B-SPT).	11 997	11 997
1186685	**Oxygénothérapie long terme, déambulation, RESMED, LIFECHOICE ACTIVOX 4L, OLT 2.22** Forfait hebdomadaire OLT 2.22 pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable), LIFECHOICE ACTIVOX 4L de la société RESMED SAS. Ce forfait comprend la mise à disposition d'un	11 997	11 997

	concentrateur fixe qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour. La prise en charge est assurée pour l'oxygénothérapie à long terme, pour la déambulation, chez les patients éligibles à une oxygénothérapie en mode pulsé. Les conditions d'attribution de la prise en charge de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, et de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, sont définies ci-dessus dans le cadre du point I.1 des conditions générales d'attribution de l'oxygénothérapie de long terme. Le tarif couvre les prestations communes énoncées au point I.2 relatif à la description de la prestation de l'oxygénothérapie à long terme, et la prestation spécifique suivante : – une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 390 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur. Le concentrateur transportable LIFECHOICE ACTIVOX 4L est fourni avec : – une batterie interne d'une autonomie comprise entre 4 et 10,25 heures selon la position de fonctionnement (une batterie externe [référence 200122] est disponible en option) ; – une mallette modulable à utiliser comme sac à dos, en bandoulière, à la ceinture ou comme une sacoche (référence 123-102) ; – des sangles réglables à utiliser avec la mallette modulable ; – un sac à accessoires (référence XYC340) ; – un adaptateur courant alternatif (CA, référence XYC103) ; – un adaptateur courant continu (CC, référence XYC104) ; – une canule nasale standard à canal unique de 2 mètres. La prise en charge est assurée pour la référence XYC100B-P4L.		
1103297	**Oxygénothérapie long terme, déambulation, GCE, ZEN-O, OLT 2.23** Forfait hebdomadaire OLT 2.23 pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable ou transportable), ZEN-O de la société GCE SAS. Ce forfait comprend la mise à disposition d'un concentrateur fixe qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour. La prise en charge est assurée pour l'oxygénothérapie à long terme, pour la déambulation, chez les patients éligibles à une oxygénothérapie en mode continu à un débit inférieur ou égal à 2 L/min et/ou éligibles à une oxygénothérapie en mode pulsé. Les conditions d'attribution de la prise en charge de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, et de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, sont définies ci-dessus dans le cadre du point I.1 des conditions générales d'attribution de l'oxygénothérapie de long terme.	11 997	11 997

	Le tarif couvre les prestations communes énoncées au point I.2 relatif à la description de la prestation de l'oxygénothérapie à long terme, et la prestation spécifique suivante : – une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 390 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur. Le concentrateur mobile ZEN-O (modèle RS-00500) est fourni avec : – une batterie de 12 cellules (possibilité de deux batteries 12 cellules en option) ; – un câble d'alimentation secteur avec chargeur AC (110-240 volts) ; – un câble d'alimentation allume-cigare avec chargeur DC (11,5-16 volts) ; – une sacoche de transport avec bandoulière ; – un manuel d'utilisation ; – un chariot de transport ; – un humidificateur. La prise en charge est assurée pour les références RS-00502-G-S et RS-00502-G-D.		
1119789	**Oxygénothérapie à long terme, déambulation, GCE, ZEN-O LITE RS-00608-G, OLT 2.27** DESCRIPTION Forfait hebdomadaire OLT 2.27 pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable), ZEN-O LITE RS-00608 de la société GCE. Ce forfait comprend la mise à disposition d'un concentrateur fixe qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour. INDICATION PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée pour l'oxygénothérapie à long terme, pour la déambulation, chez les patients éligibles à une oxygénothérapie en mode pulsé. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Les conditions d'attribution de la prise en charge de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, et de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, sont définies ci-dessus dans le cadre du point I.1 des conditions générales d'attribution de l'oxygénothérapie de long terme. Le tarif couvre les prestations communes énoncées au point I.2 relatif à la description de la prestation de l'oxygénothérapie à long terme, et la prestation spécifique suivante : – une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 390 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur. Le concentrateur mobile ZEN-O Lite (modèle RS-00608-G-S) est fourni avec : – une batterie de 8 cellules (possibilité de deux batteries 8 cellules avec la référence RS-00608-G-D) ; – un câble d'alimentation secteur avec chargeur AC (110-240 Volt) ; – un câble d'alimentation allume-cigare avec chargeur DC (11,5 -16 Volt) ; – une sacoche de transport avec bandoulière ;	11 997	11 997

	– une sacoche de transport d'accessoires ; – un manuel d'utilisation ; – un guide de démarrage rapide. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE RS-00608-G-S ; RS-00608-G-D.		
1125100	**Oxygénothérapie à long terme, déambulation, SCALEO, INOGEN ONE G2** Forfait hebdomadaire pour système pour oxygénothérapie à long terme à domicile avec déambulation, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile, INOGEN ONE G2 de la société Scaleo Medical. La prise en charge est assurée pour l'oxygénothérapie à long terme, pour la déambulation, chez les patients éligibles à une oxygénothérapie en mode pulsé. Une titration préalable par le médecin prescripteur est nécessaire, afin de déterminer le réglage optimal adapté aux besoins du patient au repos et à l'effort. La titration à l'effort peut être réalisée lors d'un test de marche de 6 minutes. Dans le cadre de l'oxygénothérapie de longue durée (> 15 h/j), le concentrateurportable INOGEN ONE G2 doit être associé à un concentrateur « classique » en poste fixe, qui permet d'assurer un débit continu. Le concentrateur mobile INOGEN ONE G2 est fourni avec : une batterie de 12 cellules (possibilité d'une batterie 24 cellules en option) ; un cordon d'alimentation secteur ; un cordon d'alimentation allume-cigare ; un sac de transport avec bandoulière ; un manuel d'utilisation ; un chariot de transport. La prise en charge est assurée pour la référence S321212. Forfait comprenant également la mise à disposition d'un concentrateur fixe. Le tarif couvre également les prestations communes énoncées dans les conditions générales d'attribution et la prestation spécifique suivante : le surcoût de consommation d 'électricité lié à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 390 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur	11 997	11 997
1138315	**Oxygénothérapie à long terme, déambulation, INOGEN, INOGEN ONE G3, OLT 2.19** Forfait hebdomadaire OLT 2.19 pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable), INOGEN ONE G3 de la société INOGEN, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe. Ce forfait comprend la mise à disposition d'un concentrateur fixe, quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil. La prise en charge est assurée pour l'oxygénothérapie à long terme, pour la déambulation, chez les patients éligibles à une oxygénothérapie en mode pulsé. Les conditions d'attribution de la prise en charge de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, et de	11 997	11 997

	l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, sont définies ci-dessus dans le cadre du point I.1 des conditions générales d'attribution de l'oxygénothérapie de long terme. Le tarif couvre les prestations communes énoncées au point I.2 relatif à la description de la prestation de l'oxygénothérapie à long terme, et la prestation spécifique suivante : – une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 390 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur. Le concentrateur mobile INOGEN ONE G3 est fourni avec : – une batterie de 8 cellules (possibilité d'une batterie 16 cellules en option, références S3231040* et BA-316) ; – un sac de transport avec bandoulière (possibilité d'un sac à dos en option, références S3231042* et CA-350) ; – un cordon d'alimentation secteur (référence BA-301) ; – un cordon d'alimentation allume-cigare (possibilité d'un chargeur externe de batterie en option, références S3231041* et BA-303) ; – un manuel d'utilisation. La prise en charge est assurée pour les références S321208* et IS300. Les références marquées d'une étoile (*) correspondent pour les concentrateurs d'oxygène mobile INOGEN ONE G3 acquis par les prestataires lorsque SCALEO MEDICAL en était le distributeur.		
1105528	**Oxygénothérapie à long terme, déambulation, INOGEN, INOGEN ONE G4, OLT 2.26** Forfait hebdomadaire OLT 2.26 pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable), INOGEN ONE G4 de la société INOGEN, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe. Ce forfait comprend la mise à disposition d'un concentrateur fixe, quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil. La prise en charge est assurée pour l'oxygénothérapie à long terme, pour la déambulation, chez les patients éligibles à une oxygénothérapie en mode pulsé. Les conditions d'attribution de la prise en charge de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, et de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, sont définies ci-dessus dans le cadre du point I.1 des conditions générales d'attribution de l'oxygénothérapie de long terme. Le tarif couvre les prestations communes énoncées au point I.2 relatif à la description de la prestation de l'oxygénothérapie à long terme, et la prestation spécifique suivante : – une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 390 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur. Le pack INOGEN ONE G4, référence IS400, est conditionné de manière unitaire et comprend les éléments suivants :	11 997	11 997

	- un concentrateur portable INOGEN ONE G4 (référence IO-400) ; - 1 batterie de 4 cellules (référence BA-400) avec possibilité d'une batterie de 8 cellules en option (référence BA-408) ; - 1 bloc d'alimentation CA (courant alternatif) (référence BA-401) ; - 1 câble d'alimentation CC (courant continu) (référence BA-306) ; - 1 sangle de transport (référence CA-401) ; - 1 sacoche (référence CA-400) ; - 1 canule nasale (Salter 16SOFT). La prise en charge est assurée pour la référence INOGEN ONE G4 IS-400.		

Forfait OLT-Oxygéne liquide

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1130220	**Oxygénothérapie à long terme, oxygène liquide Forfait hebdomadaire 2.** La prise en charge est assurée pour les patients atteints d'insuffisance respiratoire chronique grave : - qui nécessitent un débit en oxygène supérieur à 9 l/mn ; - et/ou qui déambulent (éventuellement en fauteuil roulant) régulièrement à l'intérieur ou à l'extérieur de leur domicile plus d'une heure par jour. Elle peut être également accordée : - pour les patients relevant du forfait 1 dont la consommation excède 10 bouteilles d'oxygène gazeux de 0,4 m³ par mois ; - pour les patients atteints d'insuffisance respiratoire uniquement à l'effort (selon les mêmes critères paracliniques de PaO2 que ceux énoncés dans les conditions générales d'attribution de l'oxygénothérapie à long terme). Le bénéfice de l'oxygénothérapie est alors attesté, à l'épreuve de marche de 6 mn, par une amélioration en termes de dyspnée, gazométrie, distance parcourue et/ou d'amélioration de la courbe d'oxymétrie continue. Le tarif couvre les prestations communes énoncées dans les conditions générales d'attribution de l'oxygénothérapie à long terme et les prestations spécifiques suivantes : - l'approvisionnement en oxygène médical stocké en phase liquide ; - la fourniture d'un réservoir patient, d'un réservoir portable en cas de déambulation, d'une valve économiseuse d'oxygène si nécessaire, d'un dispositif permettant le contrôle de l'observance du traitement (suivi cumulé des volumes livrés) ; - le contrôle régulier des réservoirs conformément au rythme préconisé par le constructeur ; - la mise en place d'une procédure de livraison évitant les ruptures d'approvisionnement.	15 521	15 521

Forfaits OLT-Système de remplissage de bouteilles d'oxygène

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1133430	**Oxygénothérapie à long terme, déambulation DEVILBISS HEALTHCARE, IFILL.** Forfait hebdomadaire pour système pour oxygénothérapie à long terme à domicile avec déambulation. Système comprenant un concentrateur d'oxygène pour oxygénothérapie fixe et un compresseur/remplisseur de bouteilles pour la déambulation. Le système IFILL constitue une source d'approvisionnement en oxygène, en poste fixe par un concentrateur classique et en déambulation, grâce au compresseur qui permet le remplissage de bouteilles pour la déambulation. Indications : La prise en charge est assurée pour l'oxygénothérapie à long terme, pour la déambulation, chez les patients atteints d'insuffisance respiratoire chronique et qui nécessitent un débit d'oxygène < 2,5 l/min, compatible avec l'utilisation simultanée de la fonction de concentrateur et la fonction de stockage de l'oxygène. Modalités de prescription et d'utilisation : En plus de la surveillance du concentrateur par le prestataire tous les deux-quatre mois, la maintenance spécifique pour le système IFILL est la suivante : - concentrateur : nettoyage des filtres 1 fois par semaine (par le patient ou son entourage) ; - compresseur : nettoyage des filtres 1 fois par semaine (par le patient ou son entourage) ; - bouteilles : ré-épreuve tous les cinq ans. Description : Le système comprend : 1 compresseur/remplisseur, 1 concentrateur d'oxygène et 2 bouteilles (1,2 l, 1,8 l, 2,9 l ou 4,7 l) permettant des débits pulsés ou continus, 1 sac de transport pour bouteille (1,2 l, 1,8 l ou 2,9 l) et 1 chariot pour la bouteille de 4,7 l. Références prises en charge : - compresseur/remplisseur IFILL : REF 535i ; - concentrateur d'oxygène COMPACT 525 KS : REF 525 KS. Ce dispositif fonctionne uniquement en mode continu. - bouteilles d'oxygène de capacité 1,2 l, 1,8 l, 2,9 l et 4,7 l : bouteilles d'oxygène à haute pression (140 bars) munies d'un manodétendeur et/ou d'une valve à la demande intégrée permettant de délivrer un débit continu et/ou un volume pulsé. - bouteilles à débit continu réglable 535i : - REF 535i-ML 6-CF : bouteille avec manodétendeur intégré 1,2 l ; - REF 535i-C-CF : bouteille avec manodétendeur intégré 1,8 l ; - REF 535i-D-CF : bouteille avec manodétendeur intégré 2,9 l ; - REF 535i-E-CF : bouteille avec manodétendeur intégré 4,7 l ; - bouteilles à volume pulsé réglable ou à débit continu fixe PD 1000A-I : - REF PD 1000A-I-ML 6 : bouteille avec manodétendeur et valve à la demande 1,2 l ;	11 997	11 997

	- REF PD 1000A-I-C : bouteille avec manodétendeur et valve à la demande 1,8 l - REF PD 1000A-I-D : bouteille avec manodétendeur et valve à la demande 2,9 l ; - REF PD 1000A-I-E : bouteille avec manodétendeur et valve à la demande 4,7 l ; - sac de transport pour bouteille (1,2 l : REF EX3000D-654 ; 1,8 l : REF EX3000D-651 ou 2,9 l : REF EX3000D-652) ; - 1 chariot pour la bouteille de 4,7 l : REF 3804-00-0-0000		
1184315	**Oxygénothérapie à long terme, déambulation, PHILIPS, ULTRAFILL.** Forfait hebdomadaire pour système pour oxygénothérapie à long terme à domicile avec déambulation, à partir de bouteilles remplies grâce à un extracteur et un compresseur, Ultrafill de la société PHILIPS France. La prescription devra renseigner le mode d'oxygénothérapie de déambulation (système ULTRAFILL ou oxygène liquide) après prise en compte de la préférence du patient, notamment au vu de son lieu de vie et des contraintes sonores. En plus de la surveillance du concentrateur par le prestataire tous les 2-4 mois, la maintenance spécifique pour le système ULTRAFILL est la suivante : - concentrateur : le filtre ne nécessite pas de maintenance hebdomadaire, il doit être changé par le prestataire tous les deux ans. Un nettoyage hebdomadaire par le patient de l'extérieur de l'appareil est recommandé ; - compresseur : le filtre bactérien présent dans l'appareil est à changer. La prise en charge est assurée pour les patients atteints d'insuffisance respiratoire chronique grave, qui déambulent (éventuellement en fauteuil roulant) régulièrement à l'intérieur ou à l'extérieur de leur domicile plus d'une heure par jour et qui nécessitent un débit d'oxygène inférieur ou égal à 2,5 l/min, compatible avec l'utilisation simultanée de la fonction de concentrateur et la fonction de stockage de l'oxygène. Le système pour oxygénothérapie Ultrafill comprend un concentrateur, un compresseur, deux bouteilles et un sac de transport pour les bouteilles. La prise en charge est assurée pour les modèles et références suivants : Concentrateur : EverFlo (1039366). Compresseur : UltraFill (1057124). Bouteilles : Luxfer 1 litre (200 bars) munie d'un manodétendeur intégré (1075576) ; Luxfer 2 litres (200 bars) munie d'un manodétendeur intégré (1075578) ; Luxfer 1 litre (200 bars) munie d'un manodétendeur et d'une valve à la demande (1075577) ; Luxfer 2 litres (200 bars) munie d'un manodétendeur et d'une valve à la demande (1075579) ; sacoche de transport bouteille 1 litre (1079978) ; sacoche de transport bouteille 2 litres (1079977).	11 997	11 997

1120338	**Oxygénothérapie à long terme, déambulation, INVACARE, Venture Homefill II.** Forfait hebdomadaire pour système pour oxygénothérapie à long terme à domicile avec déambulation, à partir de bouteilles remplies grâce à un extracteur et un compresseur, Invacare Venture Homefill II de la société INVACARE POIRIER SAS. La prescription devra renseigner le mode d'oxygénothérapie de déambulation (système VENTURE HOMEFILL II ou oxygène liquide) après prise en compte de la préférence du patient, notamment au vu de son lieu de vie et des contraintes sonores. En plus de la surveillance du concentrateur par le prestataire tous les 2-4 mois, la maintenance spécifique pour le système VENTURE HOMEFILL II est la suivante : - concentrateur : nettoyage des filtres 1 fois par semaine (par le patient ou son entourage) ; - compresseur : nettoyage des filtres 1 fois par semaine (par le patient ou son entourage) ; - bouteilles : ré-épreuve tous les cinq ans. La prise en charge est assurée pour les patients atteints d'insuffisance respiratoire chronique grave qui déambulent (éventuellement en fauteuil roulant) régulièrement à l'intérieur ou à l'extérieur de leur domicile plus d'une heure par jour et qui nécessitent un débit d'oxygène inférieur ou égal à 2,5l/min pour les modèles de concentrateur PLATINUM S et PLATINUM 5 sens O2, PERFECTO2 et PERFECTO2V ou inférieur ou égal à 6l/min pour le modèle PLATINUM 9, compatible avec l'utilisation simultanée de la fonction de concentrateur et la fonction de stockage de l'oxygène. PERFECTO2V permet l'utilisation simultanée de la fonction de concentrateur et de la fonction de stockage de l'oxygène pour les patients atteints d'insuffisance respiratoire chronique et qui nécessitent un débit d'oxygène $\leq$ 2,5l/min. Le système pour oxygénothérapie Invacare Venture Homefill II comprend un concentrateur, un compresseur et deux bouteilles, un sac de transport de la bouteille et un support pour le compresseur. La prise en charge est assurée pour les modèles et références suivants : Concentrateur : Platinum 5 SensO2 (IRC5LX02AW-S), Platinum S (IRC5LX02AWQ-S), PERFECTO2 (1521652-IRC5PO2AWS), Platinum 9 (IRC9LXO2AWQ-S) et PERFECTO2V (1521652-VAW-SUD). Compresseur : VENTURE HOMEFILL II (IOH200AW-S). Bouteilles : – INVACARE 1 litre (140 bars) munie d'un manodétendeur intégré et d'une valve à la demande (1510861-HF2PCE6) ; – INVACARE 1,4 litre (140 bars) munie d'un manodétendeur intégré et d'une valve à la demande (HF2PCE8-S) ; – INVACARE 1,7 litre (140 bars) munie d'un manodétendeur intégré et d'une valve à la demande (1510864-HF2PCE9) ; – INVACARE 1,7 litre (140 bars) munie d'un manodétendeur intégré et d'une valve en mode continu (1543038-HF2RE9) ;	11 997	11 997

	– INVACARE 1,7 litre (140 bars) munie d'un manodétendeur intégré et d'une valve en mode continu (1543038-HF2RE9ES) ; – INVACARE 1,7 litre (140 bars) munie d'un manodétendeur intégré et d'une valve en mode continu (HF2RE9AL).		

Oxygénothérapie à court terme

Conditions générales d'attribution de l'oxygénothérapie à court terme

1 Définition

Administration d'oxygène, pendant une période maximale de 3 mois.
Indications : l'oxygénothérapie à court terme est indiquée dans l'insuffisance respiratoire transitoire en attendant la résolution de l'épisode d'insuffisance respiratoire ou le passage à l'oxygénothérapie à long terme.

2. Qualité du prescripteur

La prescription de l'oxygénothérapie à court terme est possible par tout médecin.
Tout changement momentané de type de source d'oxygène doit faire l'objet d'une prescription.

3-Durée de la prescription

Prescription initiale pour une durée d'un mois, renouvelable deux fois.
Au-delà de trois mois de traitement, un avis spécialisé doit être sollicité pour discuter un éventuel passage à l'oxygénothérapie à long terme dont la prise en charge sera assurée après accord préalable.

4. Contenu de la prescription médicale

le prescripteur doit préciser :
–la nature de la source d'oxygène : concentrateur fixe ou bouteilles d'oxygène gazeux ;
–la nécessité éventuelle de fournir des bouteilles d'oxygène gazeux en tant que source mobile pour permettre la déambulation (y compris en fauteuil roulant) ;
–le débit d'oxygène en L/min ;
–la durée d'administration quotidienne ;
–l'interface d'administration de l'oxygène : lunettes ou masque ;
–les accessoires, si nécessaire.

Description de la prestation de l'oxygénothérapie à court terme

La prestation de l'oxygénothérapie à court terme est mise en œuvre conformément aux « Bonnes pratiques de dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical ».
Elle comprend :

1. La fourniture du matériel

1.1. La source d'oxygène

-Soit un concentrateur fixe dont le débit est adapté aux besoins du patient (respectant les spécifications techniques des concentrateurs)
-Soit des bouteilles d'oxygène gazeux avec mano-détendeur et débitmètre adapté aux besoins du patient.
- La fourniture, si nécessaire, à la demande du prescripteur, d'une bouteille d'oxygène gazeux en tant que source de secours (en cas de panne du concentrateur).

-Et/ou, selon la prescription, une source mobile d'oxygène pour permettre la déambulation.

1.2. Les consommables

Tubulure d'administration de l'oxygène : 1 tubulure pour la durée totale de traitement par oxygénothérapie à court terme.

Interface d'administration de l'oxygène :

-lunette à oxygène, adulte ou pédiatrique ; fréquence de renouvellement recommandée : 2 lunettes par mois (adulte et enfant > 6 ans) et 2 lunettes par semaine (enfant < 6 ans) ;

-masque à oxygène à moyenne concentration, adulte ou pédiatrique ; fréquence de renouvellement recommandée : 2 masques par mois (adulte et enfant > 6 ans) et 4 masques par mois (enfant < 6 ans) ;

-masque à oxygène à haute concentration, adulte ou pédiatrique ; fréquence de renouvellement recommandée : 2 masques par mois (adulte et enfant > 6 ans) et 4 masques par mois (enfant < 6 ans) ;

-masque pour patient trachéotomisé ; fréquence de renouvellement recommandée : 4 masques par mois ;

-masque à oxygène VENTURI, adulte ou pédiatrique ; son usage est exceptionnel.

1.3. Les accessoires

Humidificateur conforme à la norme NF EN ISO 8185 (juillet 2009), selon la prescription.

Débitmètre pédiatrique, selon la prescription.

2. Prestations techniques

La livraison du matériel et sa mise à disposition au domicile.

La reprise du matériel au domicile.

La fourniture de la notice d'utilisation du matériel et d'un livret destiné au patient comprenant les coordonnées du prestataire, le numéro d'astreinte technique et la description du contenu de la prestation.

L'information et la formation technique relative au fonctionnement du matériel, à l'attention du patient, de son entourage familial et de ses soignants.

L'information relative au respect des consignes de sécurité, en particulier les risques d'incendie liés à l'usage du tabac, à l'attention du patient, de son entourage familial et de ses soignants.

La vérification que le patient, son entourage familial et ses soignants sont en mesure d'utiliser le matériel d'oxygénothérapie, conformément à la prescription médicale et dans le respect des consignes de sécurité.

Le nettoyage et la désinfection du matériel (à l'exclusion du matériel dont l'usage est réservé à un patient unique).

La surveillance et la maintenance technique comprenant le respect des exigences d'entretien du constructeur et la surveillance de l'état du matériel à domicile.

Un service d'astreinte téléphonique 24 heures/jour et 7 jours/semaine.

La réparation ou le remplacement du matériel dans un délai de 12 heures en cas de panne, pour les patients disposant d'un concentrateur.

La mise en place d'une procédure de livraison évitant les ruptures d'approvisionnement, pour les patients disposant de bouteilles d'oxygène gazeux.

3-Des prestations administratives

La gestion du dossier administratif du patient. La gestion de la continuité des prestations, avec éventuellement un autre distributeur, en cas de changement temporaire de résidence du patient.

La prise en charge est assurée pour le forfait hebdomadaire suivant :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1128104	**Oxygénothérapie à court terme, OCT 3.00** Forfait hebdomadaire 3.00 pour système pour oxygénothérapie à court terme à domicile. La prise en charge est assurée pour l'oxygénothérapie à court terme, chez les patients répondants aux conditions générales d'attribution de l'oxygénothérapie de court terme définies ci-dessus au point II-1. » Le tarif couvre les prestations communes énoncées au point II-2, soit, en ce qui concerne la source d'oxygène : - soit un concentrateur fixe dont le débit est adapté aux besoins du patient, respectant les spécifications techniques des concentrateurs) ; - soit des bouteilles d'oxygène gazeux avec mano-détendeur et débitmètre adapté aux besoins du patient ; - La fourniture, si nécessaire, à la demande du prescripteur, d'une bouteille d'oxygène gazeux en tant que source de secours (en cas de panne du concentrateur). -Et/ou, selon la prescription, une source mobile d'oxygène pour permettre la déambulation.	12 721	12 721

Traitement de la crise d'algie vasculaire de la face (AVF) par oxygénothérapie

La prise en charge des forfaits 28 et 29, décrits ci-dessous, n'est assurée que dans le traitement de la crise d'algie vasculaire de la face.
Pour être pris en charge, ces forfaits doivent avoir été prescrits par un neurologue ou un ORL ou dans une structure de prise en charge de la douleur chronique rebelle.
Ces conditions de prescription s'appliquent aussi pour le renouvellement de la prise en charge.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1135392	**Oxygénothérapie, AVF, prestation hebdomadaire. Forfait hebdomadaire 28.** Ce forfait comprend : - la mise en place d'une procédure de livraison évitant les ruptures d'approvisionnement en oxygène gazeux dans un délai maximal de 24 heures; - la gestion du dossier administratif du patient; - la gestion de la continuité des prestations avec, éventuellement, un autre distributeur, en cas de changement temporaire de résidence du patient. La prescription de ce forfait est limitée à trois mois renouvelables une fois.	2 493	2 493
1165967	**Oxygénothérapie, AVF, forfait de livraison. Forfait 29.** Ce forfait comprend : * la fourniture des consommables : - bouteilles d'oxygène médical gazeux;	17 917	17 917

	Le patient devra disposer d'une bouteille portable (de l'ordre de 0,2 à 0,5 mètres cubes) en complément d'une bouteille fixe (de l'ordre de 3 mètres cubes) à mano-détendeur intégré à gros débit (5-7 à 10 ou 15 litres); - 1 tuyau d'administration (longueur de 3 à 4 mètres); - 1 masque nasobuccal haute concentration ; - un second tuyau et un second masque nécessaires pour l'utilisation de la bouteille portable; * la livraison des consommables et leur mise à disposition au domicile, l'information technique correspondante, la reprise des consommables au domicile. Le bon de livraison des consommables doit être signé par le patient.		

1.2.2.1.2.2. Paragraphe 2 : Ventilation assistée

Conditions générales d'attribution

La prise en charge est assurée sur la base de quatre forfaits hebdomadaires, non cumulables:
- forfait de ventilation assistée pour trachéotomisés.
- forfait de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, par masque, embout buccal ou périthoracique.
- forfait de ventilation assistée inférieure à 12 heures, par masque, embout buccal ou périthoracique.
- forfait de ventilation assistée par embout buccal dans le cadre d'une réhabilitation respiratoire.

Le forfait couvre:
- des prestations communes aux forfaits de ventilation assistée,
- et des prestations spécifiques à chaque forfait.

Prestations communes aux forfaits de ventilation assistée:

des prestations techniques :
- la livraison des matériels et leur mise à disposition pour leur usage à domicile, l'information technique correspondante, la reprise du matériel au domicile,
- la désinfection du matériel (à l'exclusion des produits à patient unique),
- la maintenance technique comprenant le respect des exigences d'entretien du constructeur et la surveillance de l'état du matériel à domicile à un rythme spécifique à chaque forfait,
- un service d'astreinte téléphonique 24h/J et 7 jours/semaine.

des prestations administratives:
- la gestion du dossier administratif du patient,
- la gestion de la continuité des prestations, avec éventuellement un autre distributeur, en cas de changement temporaire de résidence du patient.

- des prestations générales:
- le conseil, l'éducation et la fourniture d'explications au patient et à ses proches à l'instauration du traitement, comprenant notamment des consignes visant le renforcement de la sécurité,
- le suivi et la coordination du traitement avec les médecins (traitant et prescripteur) et les auxiliaires médicaux en charge du patient.

Forfait hebdomadaire 4: Ventilation assistée pour trachéotomisés

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1199558	**Ventilation assistée pour trachéotomisés : Forfait hebdomadaire 4** Ce forfait ne peut s'ajouter à la prise en charge d'une des références de canules trachéales simples remboursables sur la base des codes 2426766, 2432880, 2404210, 2450859, 2434636 ou parlantes à clapet remboursable sur la base des codes 2485390, 2415946, 2426683, 2403989, 2495141. Sa prise en charge est assurée pour les malades trachéotomisés en hypoventilation alvéolaire. Le forfait couvre les prestations communes énumérées dans les conditions générales d'attribution relatives à la ventilation assistée et les prestations suivantes : * la fourniture d'un ventilateur muni d'alarmes et de batteries de secours, * d'un dispositif de contrôle de l'observance du traitement (compteur horaire ou dispositif de suivi cumulé avec possibilité de télésurveillance), * d'un humidificateur avec réchauffeur (ou nez artificiel), * d'un aspirateur trachéal électrique avec batteries, de la sonde d'aspiration et de la canule, * d'un matériel de secours : 2ème ventilateur pour les patients dont la prescription est supérieure à 16 h/j, * un système d'aspiration de secours, * le surcoût de consommation d 'électricité à raison de **499 F.CFP** minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur, * les visites régulières à domicile pour le suivi et la coordination du traitement tous les un à trois mois, * la surveillance du matériel tous les 2 à 4 mois, * la réparation ou le remplacement du matériel dans un délai de 12 heures en cas de panne et en l'absence de matériel de secours.	19 553	19 553

Forfait hebdomadaire 5: Ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1163030	**Ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures : Forfait hebdomadaire 5, par masque facial, embout buccal ou périthoracique** Sa prise en charge est effectuée après hospitalisation en service spécialisé dans l'accueil des malades cités ci-dessous. Elle est assurée: * pour les malades atteints de syndrome restrictif ou mixte en hypoventilation alvéolaire, sous réserve que la prescription de ventilation quotidienne soit d'au moins 12 heures et que des contrôles gazométriques aient été faits avec et sans ventilation.	10 221	10 221

	* à titre palliatif, pour les malades présentant un syndrome obstructif qui ne peuvent être sevrés totalement du ventilateur à la suite d'une décompensation aiguë ou pour des patients (par exemple patients atteints de mucoviscidose) en aggravation progressive de la maladie. Le forfait couvre les prestations communes énoncées dans les conditions générales d'attribution relatives à la ventilation assistée et les prestations suivantes: * la fourniture d'un ventilateur muni d'alarmes et de batteries de secours, d'un dispositif de contrôle de l'observance du traitement (compteur horaire ou dispositif de suivi cumulé avec possibilité de télésurveillance),d'un humidificateur avec éventuellement réchauffeur (ou nez artificiel), d'un deuxième ventilateur pour les patients dont la prescription est supérieure à 16 h/j, * d'un masque adapté ou sur moulage à raison de six unités par an ou de deux embouts buccaux par an. * le surcoût de consommation d 'électricité à raison de **499 F.CFP** minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur * les visites régulières à domicile tous les 2 à 4 mois, * la surveillance de l'état du matériel tous les 3 à 6 mois, * la réparation ou le remplacement du matériel dans un délai de 12 heures en cas de panne et en l'absence de matériel de secours.		

Forfait hebdomadaire 6: Ventilation assistée inférieure à 12 heures

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1196270	**Ventilation assistée, inférieure à 12 heures. Forfait hebdomadaire 6, ventilation par masque facial, embout buccal ou périthoracique.** La prise en charge du forfait 6 est assurée après accord préalable du médecin-conseil lors de la première inscription et à chaque renouvellement, conformément à l'article LP 33 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée. Elle est effectuée après hospitalisation en service spécialisé dans l'accueil des malades sous-cités. Elle est assurée : - pour les malades atteints de syndrome restrictif ou mixte en hypoventilation alvéolaire, sous réserve que la prescription de ventilation quotidienne soit de moins de 12 heures et que des contrôles gazométriques aient été faits avec et sans ventilation ; - à titre palliatif, pour les malades présentant un syndrome obstructif qui ne peuvent être sevrés totalement du ventilateur à la suite d'une décompensation aiguë ou pour des patients (par exemple, patients atteints de mucoviscidose) en aggravation progressive de la maladie. Le forfait couvre les prestations communes énoncées ci-dessus et les prestations suivantes : la fourniture :	9 044	9 044

	- d'un ventilateur ou d'un appareil d'assistance respiratoire non obligatoirement muni d'alarmes et de batteries de secours ; - d'un dispositif de contrôle de l'observance du traitement (compteur horaire ou dispositif de suivi cumulé avec possibilité de télésurveillance) ; - le cas échéant, d'un générateur d'aérosol servant d'humidificateur avec éventuellement réchauffeur ou d'un nez artificiel ; - d'un masque adapté ou sur moulage à raison de trois unités par an ou de deux embouts buccaux par an ; - le surcoût de consommation d 'électricité à raison de **466 F.CFP** minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur; - les visites régulières à domicile tous les deux à quatre mois ; - la surveillance de l'état du matériel tous les trois à six mois ; - la réparation ou le remplacement du matériel dans un délai de vingt-quatre heures en cas de panne.		

Forfait hebdomadaire 7: Forfait de mobilisation thoracique et d'aide à la toux

La prise en charge de ce forfait est assurée en cas de:
- mobilisation thoracique des enfants atteints de pathologie neuromusculaire;
- assistance à la toux du patient paralytique (en situation chronique).

Pour être pris en charge, la prescription du forfait doit être réalisée sur un formulaire standardisé d'aide à la prescription.
Pour être pris en charge, la prescription d'un forfait d'aide à la toux chez les patients tétraplégiques doit être effectuée, en l'absence de labellisation des structures spécialisées prenant en charge les blessés médullaires, par une des structures spécialisées après évaluation par l'équipe pluridisciplinaire comprenant notamment un médecin de médecine physique et de réadaptation et un kinésithérapeute.

Dans le cadre d'une utilisation à visée de mobilisation thoracique, le renouvellement de la prescription est conditionné par l'évaluation de l'observance par le médecin dans un délai de 9 mois après l'instauration du traitement ou de la précédente prescription. En deçà d'une moyenne de 3 séances hebdomadaires (la durée moyenne d'utilisation étant d'une séance de 20 minutes par jour), la prescription ne devra pas être reconduite. Une fiche standardisée de recueil d'observance est remise au patient.

La prise en charge du forfait est assurée pour:
- les relaxateurs de pression utilisés dans la mobilisation thoracique des enfants atteints de pathologies neuromusculaires ;
- tout appareil capable de donner des hyperinsufflations ou in-exsufflations pour l'assistance à la toux du patient paralytique.
-

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1176480	**Forfait d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations.** **Forfait de mobilisation thoracique et d'aide à la toux. Forfait hebdomadaire 7.**	3 895	3 895

	Le forfait couvre les prestations suivantes: - la fourniture du dispositif capable de délivrer au patient des hyperinsufflations ou in- exsufflations conformément à la prescription; - la fourniture des consommables associés : * l'interface: selon le cas, soit embout buccal (à la demande), soit masque nasal (2 unités par an), soit masque naso-buccal (2 unités par an); * un circuit aérien par mois; - la visite d'un technicien pour la maintenance du dispositif médical d'hyperinsufflations ou in-exsufflations tous les 3 à 6 mois; - la réparation ou le remplacement de dispositif dans un délai de 48 heures en cas de panne.		

1.2.2.1.2.3. Paragraphe 3 : Trachéotomie sans ventilation

Le forfait couvre:

1 - la fourniture d'un aspirateur trachéal électrique avec batterie et système d'aspiration de secours.

2 - la fourniture des consommables:

* sonde d'aspiration et canule,
* compresses et pansements nécessaires aux soins liés à la canule,

3 - la fourniture d'un humidificateur, d'un générateur d'aérosol ou d'un nez artificiel.

4 des prestations techniques :

* la livraison des matériels et leur mise à disposition pour leur usage à domicile, l'information technique correspondante, la reprise du matériel au domicile,
* la désinfection du matériel (à l'exclusion des produits à patient unique),
* la maintenance technique comprenant le respect des exigences d'entretien du constructeur et la surveillance de l'état du matériel à domicile tous les six mois,
* la réparation ou le remplacement du matériel dans un délai de 72 heures en cas de panne.

5 - des prestations administratives:

* la gestion du dossier administratif du patient.

6 - des prestations générales:

* le conseil, l'éducation et la fourniture d'explications au patient et à ses proches à l'instauration du traitement, comprenant notamment des consignes visant le renforcement de la sécurité,
* les visites régulières à domicile pour le suivi et la coordination du traitement tous les 4 à 6 mois,
* le suivi et la coordination du traitement avec les médecins (traitant et prescripteur) et les auxiliaires médicaux en charge du patient.

Forfait hebdomadaire 8 : Trachéotomie sans ventilation

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1133690	**Trachéotomie sans ventilation : Forfait hebdomadaire 8**	6 657	6 657

	La prise en charge est assurée sur la base d'un forfait hebdomadaire pour les malades trachéotomisés présentant une insuffisance respiratoire non décanulée (avec sécrétions abondantes nécessitant des aspirations trachéales, notamment chez l'enfant). Le forfait 8 ne peut s'ajouter à la prise en charge d'une des références des canules trachéales simples remboursables sur la base des codes 2426766, 2432880, 2404210, 2450859, 2434636 ou parlantes à clapet remboursables sur la base des codes 2485390, 2415946, 2426683, 2403989, 2495141.		

1.2.2.1.2.4. Paragraphe 4: Dispositif médical à pression positive continue (PPC) pour traitement du syndrome d'apnées/hypopnées obstructives du sommeil et prestations associées.

La prestation de pression positive continue (PPC) est destinée à la prise en charge du syndrome d'apnées/hypnopnées obstructives du sommeil (SAHOS).

La prestation de PPC peut être associée :
- à une prestation d'oxygénothérapie (oxygénothérapie de longue durée quotidienne ou oxygénothérapie de déambulation exclusive ou oxygénothérapie à court terme ou oxygénothérapie pour prise en charge de la dyspnée chez les patients en soins palliatifs ou en fin de vie), sous réserve que le patient réponde aux indications de l'oxygénothérapie définies au paragraphe 1 de la présente sous-section ;
- à une prestation d'hyper-insufflation ou d'in-exsufflation (forfait 7 - mobilisation thoracique et d'aide à la toux), sous réserve que le patient réponde aux indications de ce forfait définies au paragraphe 2 de la présente sous-section.

La prestation de PPC ne peut pas être associée :
- à une prestation de ventilation mécanique (forfait 4, forfait 5 ou forfait 6) définie au paragraphe 2 de la présente sous-section ;
- à la prestation de trachéotomie sans ventilation (forfait 8) définie au paragraphe 3 de la présente sous-section.

La prestation de PPC ne peut être prise en charge pour un patient qui a bénéficié, dans les douze mois précédents, d'une prise en charge d'une orthèse d'avancée mandibulaire (voir chapitre 4 du titre II de la présente liste). Il ne peut être dérogé à cette règle qu'avec l'accord du service médical placé auprès des caisses d'AMO conformément à l'article LP 33 de la loi du pays n° 2013-1 du 14 janvier 2013 modifiée relative à la maîtrise de l'évolution des dépenses des produits de santé et des produits de santé et des produits et prestations remboursables sur la base d'une prescription motivée.

La prise en charge d'un traitement par PPC exclut la possibilité de prise en charge concomitante d'une orthèse d'avancée mandibulaire.

I. Prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) pour les patients de plus de seize ans

I.1 Indications

La pression positive continue (PPC) est indiquée chez les patients ayant des apnées/hypopnées obstructives du sommeil, dont l'indice d'apnées-hypopnées (IAH) est, soit supérieur, soit compris entre les valeurs définies ci-dessous, en présence des symptômes cliniques décrits ci-dessous :
- Symptômes cliniques

Au moins trois des symptômes suivants :
- somnolence diurne,

- ronflements sévères et quotidiens,
- sensations d'étouffement ou de suffocation pendant le sommeil,
- fatigue diurne,
- nycturie,
- céphalées matinales.

Ces signes cliniques ne sont pas expliqués par un autre trouble du sommeil, par l'utilisation de médicaments ou d'autres substances, ou une pathologie associée.

- Indice d'apnées-hypopnées (IAH)
- IAH supérieur ou égal à 30 événements de type apnée/hypopnée par heure d'enregistrement à l'analyse polygraphique ou par heure de sommeil à l'analyse polysomnographique,

ou

- IAH supérieur ou égal à 15 et inférieur à 30 événements de type apnée/hypopnée par heure de sommeil à l'analyse polysomnographique avec somnolence diurne sévère et/ou risque accidentel pouvant entraîner un dommage corporel direct ou indirect,

ou

- IAH supérieur ou égal à 15 et inférieur à 30 événements de type apnée/hypopnée par heure d'enregistrement à l'analyse polygraphique ou par heure de sommeil à l'analyse polysomnographique chez les patients avec comorbidité cardiovasculaire ou respiratoire grave associée (hypertension artérielle résistante, fibrillation auriculaire récidivante, insuffisance cardiaque symptomatique avec fraction d'éjection ventriculaire gauche abaissée ou conservée, maladie coronaire à haut risque, antécédent d'accident vasculaire cérébral, BPCO sévère ou asthme mal contrôlé).

En première intention, avant toute prescription d'une prestation de PPC, l'alternative pour le patient d'une prescription d'orthèse d'avancée mandibulaire doit être examinée si les critères, définis au paragraphe 4 du titre II de la présente liste, sont réunis.

I.2 Qualité du prescripteur

A partir du 1er janvier 2024, toute prescription initiale de PPC, ou son renouvellement, devra être réalisée par un pneumologue, un oto-rhino-laryngologiste (ORL) ou par tout médecin titulaire d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique dans le domaine des pathologies du sommeil et reconnu par le Conseil national de l'Ordre des médecins.

A partir du 1er janvier 2024, par dérogation, 3 ans après la prescription initiale de PPC et au-delà, le renouvellement peut être réalisé par tout médecin, si le patient accepte de lui communiquer ses données d'observance des douze dernières périodes de 28 jours, sous réserve de l'absence d'effets indésirables liés à la PPC ou d'événement médical intercurrent susceptible de modifier la prise en charge.

I.3 Durée de prescription

La prescription initiale est valable pour une durée de quatre mois.
Le renouvellement est valable pour une durée d'un an. Il est réalisé quatre mois après la prescription initiale puis chaque année.

I.4 Conditions de prescription

Une analyse polygraphique et/ou analyse polysomnographique doit être réalisée lors de la prescription initiale.

La polygraphie et la polysomnographie sont des actes médicaux et ne peuvent donc être réalisées que par un médecin. Leur réalisation exclut la participation, directe ou indirecte, du prestataire, agissant tant en son propre nom que par l'intermédiaire de ses salariés en tant que tel, sous forme de micro-entrepreneuriat ou sous toute autre forme d'activité parallèle à son contrat de travail, dirigeants, administrateurs, membres de sa famille ou de son entourage, ou de toute société dans laquelle il détiendrait, directement ou indirectement, une participation ou un intérêt.

Lors du renouvellement, le prescripteur doit vérifier l'amélioration des symptômes cliniques présents initialement et l'observance tel que défini au point I.8.

I.5 Définition et mesure de l'observance

L'observance du patient s'apprécie par période de 28 jours consécutifs. Au cours de cette période, le patient doit utiliser effectivement son appareil de PPC pendant au moins 112 heures et avoir une utilisation effective de son appareil à PPC d'au moins 4 heures par 24 heures pendant au moins 20 jours.

Le renouvellement, notamment à l'issue de la période d'initiation, et le maintien de la prise en charge par l'AMO sont subordonnés à la constatation par le service médical placé auprès des caisses d'AMO d'une observance satisfaisante du patient et de l'efficacité clinique du traitement.

I.6 Demande d'accord préalable du service médical placé auprès des caisses d'AMO

Toute prescription d'un traitement par appareil de PPC fait l'objet d'un accord préalable du service médical placé auprès des caisses d'AMO conformément à l'article LP 33 de la loi du pays 2013-1 susvisée.

I) Pour l'initiation d'un traitement par appareil de PPC ou après une interruption de prise en charge au titre de l'un des forfaits de traitement par appareil de PPC d'au moins cinquante-deux semaines, sur la demande d'accord préalable adressée au service médical placé auprès des caisses d'AMO sont inscrits les résultats (IAH) de la polygraphie ou de la polysomnographie qui a conduit à la prescription. Le compte rendu de la polygraphie ou de la polysomnographie doit être transmis à l'appui de la demande d'accord préalable.

II) Pour tout renouvellement d'un traitement par appareil de PPC, le relevé des données d'observance, réalisé sur l'intégralité de la période depuis la demande d'accord préalable précédente, doit être transmis à l'appui de la demande d'accord préalable adressé au service médical placé auprès des caisses d'AMO.

I.7 Critères de choix de l'appareil de PPC

Le choix de l'appareil de PPC est fait par le médecin prescripteur, parmi les appareils suivants :
- En première intention : appareil de PPC autopilotée ou appareil de PPC à pression fixe, associé à une titration.
- En seconde intention, après échec d'un traitement par PPC autopilotée ou par PPC à pression fixe bien conduit (l'échec du traitement est objectivé par un IAH non corrigé ou une observance insuffisante du fait d'une intolérance) : appareil de pression positive à double niveau de pression (VNDP).

I.8 Conditions de suivi

Le médecin prescripteur doit effectuer une réévaluation du traitement quatre mois après la prescription initiale, puis une fois par an, et plus si nécessaire.

Le suivi d'un traitement par PPC à domicile nécessite l'enregistrement des paramètres suivants :
- observance (durée d'utilisation de la PPC) ;

- indice d'apnées-hypopnées, fuites non intentionnelles, pression au 95ème ou au 90ème percentile en fonction du modèle de PPC, pression médiane ou moyenne efficace (données machine) ;
ainsi que les paramètres suivants (données machine) à la demande du médecin prescripteur et avec l'accord du patient : caractère obstructif/central des apnées, courbes de débit.
En cas de mauvaise tolérance ou d'observance inférieure à 112 heures par période de 28 jours consécutifs, le médecin prescripteur doit être alerté par le prestataire.

I.9 Recueil des consentements du patient

Le recueil des enregistrements prévus au I.8 ne peut être fait qu'avec l'accord explicite du patient donné par signature d'un consentement libre, éclairé, explicite et documenté.
Pour bénéficier du télésuivi de ses données, le patient peut donner son consentement sur le même document.
Le consentement doit être recueilli exclusivement par le prestataire.

II. Prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) pour les patients pédiatriques (moins de seize ans)

II.1 Indications et conditions de prescription

La pression positive continue (PPC) est indiquée chez les patients pédiatriques (jusqu'à l'âge de 16 ans) ayant des apnées/hypopnées obstructives du sommeil en présence à la fois des symptômes cliniques décrits ci-dessous et des données polygraphiques ou polysomnographiques définies ci-dessous :
- Symptômes cliniques
Les parents ont observé au moins un des signes cliniques suivants :
- un ronflement quotidien,
- une respiration laborieuse ou des efforts respiratoires pendant le sommeil,
- des mouvements avec réaction d'éveil,
- une transpiration anormale,
- une hyper-extension du cou pendant le sommeil,
- une somnolence diurne excessive et/ou une hyperactivité, un comportement agressif,
- des troubles de l'attention, de la concentration ou de la mémoire,
- une énurésie secondaire,
- des céphalées matinales,
- une stagnation pondérale.
Ces signes cliniques ne sont pas expliqués par un autre trouble du sommeil, par l'utilisation de médicaments ou d'autres substances, ou une pathologie associée.
- Données polygraphiques ou polysomnographiques
- IA (index d'apnées) obstructives supérieures à 5 événements par heure de sommeil,
ou
- IAH obstructives supérieures à 10 événements par heure de sommeil.

La majorité des enfants nécessitant une PPC ont une pathologie associée de type malformatif (malformation maxillo-cranio-faciale ou ORL) ou une maladie génétique. Le cas échéant, une exploration du sommeil fait partie du bilan systématique, les symptômes cliniques pouvant être absents ou non spécifiques.

II.2 Qualité du prescripteur

A partir du 1er janvier 2024, toute prescription initiale et tout renouvellement de prescription de PPC en pédiatrie doit être réalisée par un pneumologue, un oto-rhino-laryngologiste (ORL), un pédiatre ou un médecin titulaire d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique dans le domaine des pathologies du sommeil de l'enfant et reconnu par le Conseil national de l'Ordre des médecins.

La décision de mise sous traitement par appareil de PPC doit être prise après une ou plusieurs consultations orientées par le contexte clinique (ORL, orthodontique, maxillo-faciale, pneumologique, voire neurochirurgicale) pour étudier et mettre en œuvre toutes les autres possibilités thérapeutiques.

II.3 Durée de prescription

La prescription initiale est valable pour une durée de quatre mois.
Le renouvellement est réalisé quatre mois après la prescription initiale puis, au minimum, tous les 6 mois jusqu'à l'âge de 12 ans et tous les ans de 12 à 16 ans.

II.4 Conditions de prescription

La polysomnographie est l'examen de référence. Une polygraphie sous surveillance peut être réalisée lors de la prescription initiale, si l'accès à la polysomnographie n'est pas possible dans de brefs délais.

La polygraphie et la polysomnographie sont des actes médicaux et ne peuvent donc être réalisées que par un médecin. Leur réalisation exclut la participation, directe ou indirecte, du prestataire, agissant tant en son propre nom que par l'intermédiaire de ses salariés en tant que tel, sous forme de micro-entrepreneuriat ou sous toute autre forme d'activité parallèle à son contrat de travail, dirigeants, administrateurs, membres de sa famille ou de son entourage, ou de toute société dans laquelle il détiendrait, directement ou indirectement, une participation ou un intérêt.

Pour le renouvellement de la prescription, le médecin prescripteur doit s'assurer de l'amélioration des symptômes cliniques présents initialement et de l'observance du patient tel que défini au II.8.

II.5 Définition et mesure de l'observance

Pour les patients pédiatriques, l'observance idéale doit correspondre à la durée de sommeil recommandée selon l'âge de l'enfant et ne saurait être inférieure à 112 heures par période de 28 jours consécutifs.

Toute observance inférieure doit être analysée avec les parents et l'enfant et toutes les mesures appropriées doivent être mises en œuvre pour l'améliorer.

Le renouvellement, notamment à l'issue de la période d'initiation, et le maintien de la prise en charge par l'AMO sont subordonnés à la constatation par le service médical placé auprès des caisses d'AMO d'une observance satisfaisante du patient et de l'efficacité clinique du traitement.

II.6 Demande d'accord préalable du service médical placé auprès des caisses d'AMO

Toute prescription d'un traitement par appareil de PPC pour un enfant pédiatrique fait l'objet d'un accord préalable du service médical placé auprès des caisses d'AMO conformément à l'article LP 33 de la loi du pays n° 2013-1 du 14 janvier 2013.

I) La demande d'accord préalable adressée au service médical placé auprès des caisses d'AMO, pour une période initiale de traitement par appareil de PPC, doit être accompagnée du compte-rendu de la polygraphie ou de la polysomnographie et des avis des spécialistes consultés, dont celui d'un pneumologue, et d'un oto-rhino-laryngologiste (ORL).
II) Pour les renouvellements du traitement par appareil à PPC, le relevé des données d'observance couvrant l'intégralité de la période depuis la demande d'accord préalable précédente doit être transmis à l'appui de la demande d'accord préalable adressée au service médical placé auprès des caisses d'AMO.

II.7 Critères de choix de l'appareil de PPC

Le choix de l'appareil de PPC est fait par le médecin prescripteur parmi les appareils suivants :
- appareil de PPC à pression fixe associée à une titration réalisée, de préférence, en laboratoire de sommeil ;
- appareil de PPC autopilotée qui n'est possible chez l'enfant que si son poids est supérieur au poids minimal fixé par le fabricant de l'appareil.

II.8 Conditions de suivi

Des réévaluations du traitement par le médecin prescripteur sont réalisées aux échéances suivantes : 1 mois, 4 mois et 10 mois après la prescription initiale, puis tous les 6 mois pour les moins de 12 ans ou tous les ans pour les plus de 12 ans.
Le suivi d'un traitement par PPC à domicile nécessite le recueil des paramètres suivants sur les données machine :
- observance (durée d'utilisation de la PPC), ce qui nécessite l'emploi d'un appareil adapté au poids de l'enfant,
- indice d'apnées-hypopnées, fuites non intentionnelles, pression médiane ou moyenne efficace (données machine) si le poids de l'enfant est supérieur au poids minimal recommandé par le constructeur, ainsi que les paramètres suivants, à la demande du médecin prescripteur :
- caractère obstructif/central des apnées, courbes de débit (données machine) si le poids de l'enfant est supérieur au poids minimal fixé par le fabricant de l'appareil,
- enregistrement sur une nuit de traitement de la SpO2.

II.9 Consentement des parents du patient

Le recueil des enregistrements prévus au II.8 ne peut être fait qu'avec l'accord explicite des parents du patient donné par signature d'un consentement libre, éclairé, explicite et documenté.

Pour bénéficier du télésuivi des données de leur enfant, les parents du patient peuvent donner leur consentement sur le même document.

Le consentement doit être recueilli exclusivement par le prestataire.

III. Contenu de la prescription médicale (pour tous les patients)

Le prescripteur doit préciser :
- les symptômes cliniques :
  parmi ceux cités en I.I et II.1
- le type de prescription :
  - prescription initiale
  - renouvellement
  - modification des réglages
- le type d'appareil de PPC :

- appareil de PPC autopilotée
- appareil de PPC à pression fixe
- appareil de pression positive à double niveau de pression (VNDP)

- les réglages de la PPC :
  - pression ou intervalle de pressions
  - réglages particuliers (rampe et confort expiratoire)
- le type d'interface (le choix du type d'interface et des accessoires peut être effectué ultérieurement par le prestataire en concertation avec le médecin prescripteur) :
  - interfaces nasales : masque nasal, masque narinaire
  - interfaces faciales : masque bucco-nasal, masque bucco-narinaire, masque facial complet
  - interface buccale : masque buccal
- les accessoires, si nécessaire :
  - humidificateur chauffant
  - circuit chauffant
  - mentonnière
  - harnais
- les données de suivi qu'il souhaite voir recueillies en plus :
  - sur les données machine
  - courbes de débit
  - quantification des fuites non intentionnelles
  - enregistrement sur une nuit de traitement de la SpO2
- les éventuels traitements d'oxygénothérapie (si pathologie pulmonaire ou cardiaque associée au SAHOS) et/ou prestation d'hyper-insufflation ou d'in-exsufflation durant l'utilisation de la PPC, dans les conditions prévues aux paragraphes 1 et 2 de la présente sous-section.

IV. Description de la prestation de pression positive continue

La prestation de PPC comprend :

- des prestations techniques :
  - la livraison du matériel et sa mise à disposition au domicile,
  - la reprise du matériel au domicile,
  - la fourniture de la notice d'utilisation en français du matériel,
  - la fourniture d'un livret destiné au patient comprenant les coordonnées du prestataire, le numéro d'astreinte technique et la description du contenu de la prestation,
  - l'information et la formation technique relative au fonctionnement et à l'entretien du matériel, à l'attention du patient, de son entourage familial et de ses soignants,
  - l'information relative au respect des consignes de sécurité, à l'attention du patient, de son entourage familial et de ses soignants,
  - la vérification que le patient, son entourage familial et ses soignants sont en mesure d'utiliser le matériel de PPC, conformément à la prescription médicale et dans le respect des consignes de sécurité,
  - la surveillance et la maintenance technique comprenant le respect des exigences d'entretien du constructeur et la surveillance de l'état du matériel au moins une fois par an lors de la visite annuelle ou par télémaintenance,

- le relevé des informations de l'appareil,
- la réparation ou le remplacement du matériel en cas de panne dans un délai de 72 heures chez le patient de plus de seize ans ;
- la réparation ou le remplacement du matériel en cas de panne dans un délai de 24 heures en pédiatrie,
- le nettoyage et la désinfection du matériel (à l'exclusion du matériel dont l'usage est réservé à un patient unique),
- pour les patients pédiatriques : le prestataire doit avoir un personnel (technicien et/ou infirmière) formé à la pédiatrie ;

- des prestations administratives :
- l'ouverture puis la gestion du dossier administratif du patient,
- la rédaction du rapport d'installation (précisant l'appareil de PPC fourni au patient ainsi que l'interface qui lui a été délivrée) et sa transmission au médecin prescripteur,
- la gestion de la continuité des prestations, en cas de changement temporaire ou définitif de résidence du patient ; les conditions d'utilisation du dispositif de PPC en dehors du domicile (ex : en voiture, en camping, en croisière …) doivent être précisées au patient, si nécessaire ;

- la fourniture du matériel :
- un appareil de PPC parmi :
  - appareil de PPC à pression fixe,
  - appareil de PPC autopilotée,
  - appareil de pression positive à double niveau de pression (VNDP) pour les patients de plus de seize ans,
- interfaces : jusqu'à 4 interfaces peuvent être nécessaires la première année à l'initiation du traitement puis 2 interfaces par an ; pour la pédiatrie, la fréquence de renouvellement des interfaces peut être augmentée et il faut disposer d'un masque, d'un harnais et d'un circuit en réserve à domicile,
- circuit : 1 circuit tous les ans ou plus si nécessaire,
- accessoires si nécessaire : humidificateur chauffant, circuit chauffant, mentonnière, harnais ;

- des prestations générales :
- visites à domicile pour réaliser la surveillance et la maintenance technique et le suivi de traitement, conformément aux échéances prévues dans la LPPR et conformément à la prescription médicale ;
- après chaque visite, transmission des données de suivi conformément à la prescription médicale sous forme d'un rapport au médecin prescripteur ; les données de suivi sont transmises par le prestataire, à sa demande, au médecin traitant et/ou au patient (qui peut en avoir besoin pour le médecin du travail) et/ou au responsable légal, s'agissant d'un patient pédiatrique ;
- information du médecin prescripteur et, avec l'accord du patient, du médecin traitant, s'il le demande, en cas d'observance constatée insuffisante ;
- en cas d'observance constatée inférieure à 112 heures par période de 28 jours, le prestataire, en lien avec le médecin prescripteur, met en œuvre toutes actions d'accompagnement nécessaires, notamment des visites supplémentaires, sous réserve de l'acceptation du patient ;
- le prestataire doit permettre au patient télésuivi d'accéder, en ligne, aux données relevées dans son appareil de PPC grâce à un extranet.

- Précisions sur le suivi des patients pendant la période initiale :

L'objectif, quelles que soient les moyens utilisés par le prestataire, est de rendre le patient observant :
- chez le patient de plus de 16 ans : au moins trois visites à domicile dans les quatre premiers mois pour assurer la bonne mise en œuvre du traitement par appareil de PPC ;
- chez le patient pédiatrique : 1 semaine après l'initiation du traitement, pour vérifier la bonne utilisation du matériel et/ou pour apporter les mesures correctives en cas de problèmes, puis 1 mois et 3 mois après l'initiation du traitement,
- A une autre échéance, à la demande du médecin.

- S'agissant des visites annuelles de suivi à domicile :
- au moins deux visites par an et autant que de besoin ainsi qu'à la demande du médecin :
- dans le cas de patients télésuivis, le nombre de visite annuelle est ramené au minimum à 1 et autant que de besoin, ainsi qu'à la demande du médecin ;
- si le patient éprouve des difficultés avec son traitement, le prestataire met en œuvre des actions spécifiques pouvant conduire notamment à des visites à domicile supplémentaires.

D'une manière générale, si le patient le souhaite pour des raisons de praticité : il peut se rendre dans les locaux du prestataire plutôt que d'attendre la visite à domicile du prestataire (à l'exception de la visite initiale d'installation).
Des visites supplémentaires à domicile peuvent être remplacées par tout moyen adéquat.

V. Spécifications techniques des dispositifs de PPC

Les appareils de PPC, les interfaces et les accessoires utilisés lors du traitement par PPC doivent respecter la conformité à la norme suivante (ou à une norme équivalente couvrant a minima et de façon équivalente les mêmes risques et essais) :
Norme NF EN ISO 17510-1 : Thérapie respiratoire de l'apnée du sommeil :
- Partie 1 : Équipement de thérapie respiratoire de l'apnée du sommeil.
- Partie 2 Masques et accessoires d'application.

Deux catégories d'appareils de PPC sont distinguées :
- appareils à simple niveau de pression :
- appareils de PPC à pression fixe (ou PPC à mode constant)
- appareils de PPC autopilotée (ou PPC à mode autopiloté)
- appareils de pression positive à double niveau de pression (VNDP)

Spécifications techniques minimales communes :
- rampe de montée en pression pour l'endormissement,
- algorithme capable de reconnaitre les événements respiratoires (apnées, hypopnées, limitations de débit et ronflements obstructifs),
- mécanisme de compensation des fuites non intentionnelles,
- avec humidification chauffante intégrable en option,
- muni d'un logiciel d'observance permettant de mesurer l'observance et d'estimer l'efficacité du traitement (IAH résiduel / fuites non intentionnelles / pression médiane ou moyenne efficace / pression au 95ème ou au 90ème percentile en fonction du modèle de PPC),
- appareils de PPC à pression fixe - pression de fonctionnement comprise entre 4 cm et 20 cm d'H2O,
- appareils de PPC autopilotée - appareil muni des modes PPC à pression fixe et PPC autopilotée - pression de fonctionnement comprise entre 4 cm et 20 cm d'H2O,
- algorithme permettant au dispositif d'agir sur les événements respiratoires (apnées, hypopnées, limitations de débit et ronflements obstructifs),
- appareils de pression positive à double niveau de pression (VNDP),
- mode de ventilation spontanée à deux niveaux de pression, fixes ou autopilotés.

Dispositifs destinés à un usage pédiatrique :
Seuls les dispositifs ayant une destination spécifique pédiatrique (indication prévue à la notice CE du dispositif) peuvent faire l'objet d'une prescription chez les patients pédiatriques.

VI Caractéristiques techniques du dispositif de télésuivi pour le traitement de l'apnée du sommeil

Le dispositif de télésuivi fonctionne avec un module de communication qui peut être :
- interne à l'appareil de PPC

- intégrable à l'appareil de PPC
- externe et, dans ce cas, il possède un système de mesure de la bonne utilisation de l'appareil de PPC.

Le fabricant du dispositif de télésuivi doit garantir que ce dernier est compatible avec l'appareil de PPC utilisé et que les données transmises correspondent précisément aux données d'utilisation effective du patient.

Le dispositif de télésuivi est délivré par le fabricant au prestataire, et ce dernier vérifie sa compatibilité avec l'appareil de PPC délivré au patient. Dans le cas où le module de communication utilise un réseau téléphonique, il est équipé d'une carte SIM ou de son équivalent.

D'autres technologies de communication utilisant d'autres bandes de fréquence peuvent être également utilisées par le fabricant, pour garantir une couverture optimale du territoire. Quelle que soit la bande de fréquence utilisée, le mode de communication doit garantir une télétransmission sécurisée des données d'utilisation.

Le dispositif doit assurer la transmission des données de façon automatique et quotidienne. Les données transmises concernent a minima le nombre d'heures d'utilisation par le patient de l'appareil de PPC sur 24 heures, comptabilisées dès la première minute d'utilisation effective.
La transmission ne peut comporter des données de géolocalisation. Elle ne peut en aucun cas conduire à révéler l'identité du patient au fabricant du dispositif médical.

Tous les systèmes doivent disposer d'une mémoire tampon d'au moins six mois pour les cas où le patient se trouve temporairement dans une zone non couverte, enregistrant les données d'utilisation avec le séquentiel jour par jour afin de permettre une télétransmission a postériori lorsque le système ne peut communiquer avec le serveur de recueil de données.

VII. Information et accompagnement du patient

Avant d'accepter le télésuivi de ses données, le patient doit être informé par écrit par le prestataire :
- du dispositif mis en place et de l'envoi régulier de ses données d'observance au prestataire et au médecin prescripteur ;
- de la possibilité pour le patient d'avoir communication à tout moment des données détaillées du télésuivi le concernant ;
- de la possibilité de bénéficier, en lien avec son médecin prescripteur ou son médecin traitant, d'actions d'accompagnement, lui permettant de se conformer aux recommandations d'observance visées au I.5 ou au II.5 ;
- de la possibilité de bénéficier de son droit à rectification pour ses données administratives, pendant la durée de conservation autorisée ;
- des modalités et de ses codes d'accès à l'extranet du prestataire, s'il existe.

VIII Modalités de prise en charge par l'AMO

Dans l'ensemble de ce paragraphe, les forfaits indiqués sont ceux qui sont applicables aux patients qui ne bénéficient pas, en même temps que leur traitement de leur SAHOS par appareil de PPC, d'une prestation pour un traitement d'oxygénothérapie et/ou d'une prestation d'hyper-insufflation ou d'in-exsufflation.

Pour ceux qui en bénéficient en plus, il faut, à chaque fois, remplacer :
- le forfait 9.INI (1132608) par le forfait 9.INI-à-associer (1142417) ;
- le forfait 9.TL1 (1187880) par le forfait 9.TL1 à associer (1152686) ;
- le forfait 9.NT1 (1103446) par le forfait 9.NT1-à-associer (1116911) ;
- le forfait 9.PE1 (1119045) par le forfait 9.PE1-à-associer (1168569) ;
- le forfait 9.PE2 (1108739) par le forfait 9.PE2-à-associer (1192131).

Les conditions de prise en charge et les prestations qui correspondent à un forfait décrit dans le présent paragraphe s'appliquent également au forfait « à-associer » correspondant.

VIII.1 Forfait applicable pour un nouveau patient de plus de seize ans

Est considéré comme « nouveau traitement par appareil de PPC », tout traitement prescrit à un patient qui n'a pas eu de prise en charge au titre de l'un des forfaits de traitement par appareil de PPC dans les cinquante-deux semaines qui précèdent cette prise en charge.

Tout nouveau patient de plus de seize ans, pris en charge pour un traitement de SAHOS par appareil de PPC, est pris en charge, pendant seize semaines, au titre du forfait 9.INI (1132608) après accord préalable du service médical placé auprès des caisses d'AMO.

Toutefois, si le patient a été pris en charge, au cours des cinquante-deux semaines qui précèdent cette nouvelle prise en charge par l'AMO, au titre :
- d'un forfait 9.INI (1132608),
- d'un forfait 9.TL1 (1187880),
- d'un forfait 9.NT1 (1103446),
- d'un forfait hebdo 9.4. (1188684),
- d'un forfait 9.INI-à-associer (1142417),
- d'un forfait 9.TL1-à-associer (1152686),
- d'un forfait 9.NT1-à-associer (1116911),
- ou d'un forfait associant un traitement par un appareil à PPC à une prestation pour un traitement d'oxygénothérapie et/ou d'une prestation d'hyper-insufflation ou d'in-exsufflation,

pendant une ou plusieurs semaines, il ne peut être pris en charge au titre du forfait 9.INI (1132608) que pour un nombre de semaines ne dépassant pas seize au total en comptant les semaines déjà prises en charge au cours de ces cinquante-deux semaines précédentes.

Si la prise en charge a été entre seize et cinquante-deux semaines au titre de ces forfaits, le patient est pris en charge au titre du forfait 9.TL1 (1187880), s'il a accepté d'être télésuivi, au titre du forfait 9.NT1 (1103446), s'il a accepté le relevé de ses données d'observance mais n'a pas accepté le télésuivi.

En cas d'hospitalisation, la prise en charge au titre du forfait 9.INI (1132608) est interrompue le jour de l'hospitalisation et reprend le jour du retour du patient au domicile au titre du même forfait pour une prise en charge totale de seize semaines comprenant la période précédant et celle qui suit l'hospitalisation. Néanmoins si la durée de l'hospitalisation est supérieure à cinquante-six jours, le jour du retour du patient au domicile, la prise en charge du patient au titre du forfait 9.INI (1132608) reprend pour une durée de seize semaines.

VIII.2 Forfait applicable pour un patient télésuivi

A l'issue de la période initiale de seize semaines, le prestataire applique pour le patient télésuivi le forfait 9.TL1 (1187880).
Un document attestant l'acceptation du télésuivi par le patient doit alors être associé à la première facturation du forfait 9.TL1 (1187880), transmise à l'AMO.

VIII.3 Forfait applicable pour un patient non télésuivi et qui accepté le relevé de son observance

A l'issue de la période initiale de seize semaines, le prestataire applique pour le patient non télésuivi le forfait 9.NT1 (1103446).

VIII.4 Forfait applicable pour un patient télésuivi qui ne souhaite plus être télésuivi

Pour un patient télésuivi qui décide de revenir, de manière explicite, sur son acceptation du télésuivi, le changement de statut ne peut avoir lieu qu'à l'issue de la semaine au cours de laquelle il fait sa demande de changement de statut.
S'il accepte que ses données d'observance continuent à être relevées, le prestataire lui applique le forfait 9.NT1 (1103446).
Un document attestant la fin d'acceptation du télésuivi par le patient doit alors être associé à la facturation transmise à l'AMO.

VIII.5 Forfait applicable pour un patient non télésuivi qui souhaite être télésuivi

Le changement ne peut avoir lieu qu'à l'issue de la semaine au cours de laquelle il a fait sa demande de changement de statut. Le prestataire lui applique le forfait 9.TL1 (1187880) dès la première semaine qui suit son changement de statut.
Un document attestant l'acceptation du télésuivi par le patient doit alors être associé à la première facturation transmise à l'AMO.

VIII.6 Cas particuliers si le patient est hospitalisé

En cas d'hospitalisation du patient, sa prise en charge au titre de l'un des forfaits de PPC est suspendue pendant la période allant du jour de son hospitalisation jusqu'à la veille du jour de son retour à domicile. A partir du jour de ce retour, la semaine en cours au moment de son hospitalisation se continue jusqu'au terme des sept jours.

Si la durée d'hospitalisation dure plus de 28 jours, la semaine en cours est close et est prise en charge en totalité. A partir du jour du retour au domicile du patient, une nouvelle semaine débute.

Si le patient était pris en charge au titre du forfait 9.INI (1132608) le jour de son hospitalisation, la prise en charge est interrompue ce jour-là et reprend le jour du retour du patient au domicile au titre du même forfait pour une prise en charge totale de seize semaines comprenant la période précédant et celle qui suit l'hospitalisation. Néanmoins si la durée de l'hospitalisation est supérieure à 56 jours, le jour du retour du patient au domicile, la prise en charge du patient au titre du forfait 9.INI (1132608) reprend pour une durée de seize semaines.

VIII.7 Patient pédiatrique qui atteint douze ans

Un patient pédiatrique qui atteint douze ans continue à être pris en charge au titre du forfait 9.PE1 (1119045) jusqu'à la fin de la semaine au cours de laquelle il a eu douze ans révolus. A partir du début de la semaine suivante, il est pris en charge au titre du forfait 9.PE2 (1108739).

VIII.8 Patient pédiatrique qui atteint seize ans

Un patient pédiatrique qui atteint seize ans continue à être pris en charge au titre du forfait 9.PE2 (1108739) jusqu'à la fin de la semaine au cours de laquelle il a eu seize ans révolus. A partir du début de la semaine suivante, il est pris en charge au titre du forfait pour patient de plus de seize ans qui correspond à sa situation :
- 9.INI (1132608), si sa prise en charge est inférieure à seize semaines au cours des 52 semaines qui précédent, pour le nombre de semaines restant pour atteindre seize semaines ; après il est pris en charge comme prévu au VIII.2, au VIII.3 selon sa situation ;
- 9.TL1 (1187880) s'il est télésuivi ;
Un document attestant l'acceptation du télésuivi par le patient doit alors être associé à la première facturation transmise à l'AMO.
- 9.NT1 (1103446) s'il n'est pas télésuivi mais que ses parents ont accepté que le prestataire relève ses données d'observance ;

VIII.9 Changement de prestataire

Si le patient télésuivi ou non télésuivi qui a accepté que ses données d'observance soient recueillies change de prestataire, ce changement ne peut intervenir qu'à la fin de la semaine en cours.
Il appartient au prestataire précédent de tenir à la disposition du patient et ainsi du nouveau prestataire via le patient, les données d'observance du patient depuis l'instauration du traitement par appareil de PPC, dans la limite d'une année.
Un document attestant du consentement du patient au changement de prestataire, précisant la date du changement, doit être associé à la première facturation effectuée par le nouveau prestataire.

VIII.10 Chaque forfait est une déclinaison technique ou tarifaire correspondant à la prescription d'un dispositif médical de PPC pour le traitement du SAHOS.

En conséquence, le transfert d'un forfait à l'autre n'implique pas obligatoirement une nouvelle prescription.

VIII.11 Transmission des données à la caisse d'affiliation des bénéficiaires

Le prestataire met de manière sécurisée à la disposition du service médical placé auprès des caisses d'AMO dont il relève, les données relatives à la durée d'utilisation de l'appareil de PPC par le patient.
Pour tous les patients télésuivis ou non télésuivis, la transmission du relevé d'observance au service médical placé auprès de la caisse d'affiliation du bénéficiaire s'effectue lors des renouvellements, à l'appui des demandes d'entente préalable.

VIII.12 Sécurisation et conservation des données d'observance

- Patients télésuivis
Les dispositifs de télésuivi des appareils de PPC doivent transmettre les données des appareils des patients vers le serveur du fabricant où les données sont hébergées en conformité avec les exigences réglementaires relatives aux données de santé, pour une durée minimale de trois ans avec toutes les garanties de sécurité et de confidentialité.
- Patients non télésuivis
Les appareils de PPC utilisés pour les patients non télésuivis doivent comporter une mémoire interne ou amovible capable de stocker au moins douze mois de données machine. Le transfert de ces données au prestataire doit être réalisé de manière sécurisée.
- Pour l'ensemble des patients
Un échange de données informatisé, défini au I.8, selon un protocole défini entre les parties, vers les systèmes d'information du prestataire est réalisé à des fins de facturation, de suivi des patients et de mise à disposition de ces données pour les prescripteurs et les patients.

Les prestataires sont tenus de conserver pendant au moins trois ans les données d'observance avec les références des appareils ayant permis ces recueils. Cette conservation doit se faire avec toutes les garanties de sécurité et de confidentialité. Ces données conservées doivent être accessibles au service médical placé auprès des caisses d'AMO.

À tout moment, le prestataire doit être en capacité d'indiquer les références de l'appareil de PPC se trouvant chez un patient, en particulier en cas de contrôle du service médical placé auprès des caisses d'AMO.

La prise en charge est assurée pour les forfaits suivants, si le patient ne bénéficie pas, en même temps que sa prise en charge pour un appareil de PPC, d'une prise en charge pour un traitement d'oxygénothérapie et/ou une prestation d'hyper-insufflation ou d'in-exsufflation ; dans ce cas, la prise en charge relève du paragraphe 5, sous-paragraphe 2 :

Code	**Nomenclature**	**Tarif en F.CFP**	**PLV en F.CFP TTC**
1132608	**PPC, apnée sommeil, phase initiale, forfait hebdo 9.INI.** La prise en charge du forfait hebdomadaire 9.INI de prestation de pression positive continue (PPC) par l'AMO est assurée après accord préalable du médecin-conseil, conformément à l'article LP 33 de la Loi du Pays 2013-1 susvisée, lors de la première prescription. Elle est limitée à seize semaines. Toutefois, si le patient a été, au cours des cinquante-deux semaines qui précédent le début du traitement, pris en charge par l'AMO au titre d'un forfait 9.INI (1132608), d'un forfait 9.TL1 (1187880), d'un forfait 9.NT1 (1103446), d'un forfait hebdo 9.4. (1188684), d'un forfait 9.INI-à-associer (1142417), d'un forfait 9.TL1-à-associer (1152686), d'un forfait 9.NT1-à-associer (1116911), d'un forfait associant un traitement par un appareil à PPC à une prestation pour un traitement d'oxygénothérapie et/ou d'une prestation d'hyper-insufflation ou d'in-exsufflation, il ne pourra pas être pris en charge par l'AMO au titre du forfait 9.INI (1132608) que pour un nombre de semaines ne dépassant pas seize au total en comptant les semaines déjà prises en charge au cours de ces cinquante-deux semaines précédentes.	2 594	2 594
1187880	**PPC, apnée sommeil, patient télésuivi, forfait hebdo 9.TL1.** La prise en charge du forfait hebdomadaire 9.TL1 de prestation de pression positive continue (PPC) par l'AMO est assurée pour un patient télésuivi en relais du forfait 9.INI (1132608).	2 309	2 309
1103446	**PPC, apnée sommeil, patient non télésuivi, forfait hebdo 9.NT1.** La prise en charge du forfait hebdomadaire 9.NT1 de prestation de pression positive continue (PPC) par l'AMO est assurée pour un patient non télésuivi, qui a accepté le relevé de ses données d'observance en relais du forfait 9.INI (1132608).	1 733	1 733
1119045	**PPC, apnée sommeil, patient pédiatrique - 12 ans, forfait hebdo 9.PE1.** La prise en charge du forfait hebdomadaire 9.PE1 de prestation de pression positive continue (PPC) par l'AMO est assurée pour les patients de moins de douze ans, télésuivis ou non télésuivis dont les données « machine » sont recueillies. Le forfait inclut le suivi de l'oxymétrie (SpO2) à la demande du médecin prescripteur ; le prestataire assure la livraison de l'appareil d'enregistrement, la pose du capteur, l'information des parents et le retrait du capteur par un technicien formé, l'envoi de l'enregistrement au médecin prescripteur par moyen sécurisé.	2 594	2 594

1108739	**PPC, apnée sommeil, patient pédiatrique 12 à 16 ans, forfait hebdo 9.PE2**. La prise en charge du forfait hebdomadaire 9.PE2 de prestation de pression positive continue (PPC) par l'AMO est assurée pour les patients de douze à seize ans, télésuivis ou non télésuivis dont les données « machine » sont recueillies. Le forfait inclut le suivi de l'oxymétrie (SpO2) à la demande du médecin prescripteur. Le prestataire assure la livraison de l'appareil d'enregistrement, la pose du capteur, l'information des parents et le retrait du capteur par un technicien formé, l'envoi de l'enregistrement au médecin prescripteur par moyen sécurisé.	2 594	2 594

1.2.2.1.2.5. Paragraphe 5 : Forfaits hebdomadaires correspondant à l'association de deux forfaits

Pour certains forfaits d'oxygénothérapie, un surcoût de consommation d'électricité peut être reversé par le fournisseur sur demande du patient. Lorsqu'un de ces forfaits d'oxygénothérapie est associé avec un autre forfait de l'insuffisance respiratoire, le fournisseur peut reverser ce surcoût au patient.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1116880	**Ventilation assistée, trachéotomisés + oxygénothérapie long terme poste fixe.** Forfait hebdomadaire 10 associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558 et 1 (d'oxygénothérapie à long terme en poste fixe, code 1136581). La prise en charge du forfait 10 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1199558 et 1136581.	23 761	23 761
1146444	**Ventilation assistée, trachéotomisés + oxygénothérapie long terme liquide.** Forfait hebdomadaire 11 associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558 et 2 (d'oxygénothérapie à long terme intensive ou de déambulation : oxygène liquide, code 1130220). La prise en charge du forfait 11 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1199558 et 1130220.	34 960	34 960
1150635	**Ventilation assistée, trachéotomisés + Venture Homefill II.** Forfait hebdomadaire 30 associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et Invacare Venture Homefill II (d'oxygénothérapie à long terme, code 1120338). La prise en charge du forfait 30 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1199558 et 1120338.	28 117	28 117
1182612	**Ventilation assistée, trachéotomisés Forfait 4 + INVACARE, PLATINUM 9.** Forfait hebdomadaire 36 associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et INVACARE PLATINUM 9 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1148130). La prise en charge du forfait 36 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1199558 et 1148130.	25 444	25 444
1195520	**Ventilation assistée, trachéotomisés + INVACARE SOL O2.**	28 117	28 117

	Forfait hebdomadaire 48 associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et INVACARE SOL O2 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1191568). La prise en charge du forfait 48 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes (1199558 et 1191568).		
1173560	**Ventilation assistée, trachéotomisés + INVACARE XP O2.** Forfait hebdomadaire 49 associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et INVACARE XP O2 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1143983). La prise en charge du forfait 49 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes (1199558 et 1143983).	28 117	28 117
1119826	**Ventilation assistée > ou = 12 heures + PHILIPS, SIMPLYGO.** Forfait hebdomadaire 60 associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et SIMPLYGO (d'oxygénothérapie à long terme, code 1118324). La prise en charge du forfait 60 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1118324.	28 117	28 117
1186544	**Ventilation assistée, trachéotomisés + SCALEO, INOGEN ONE G2.** Forfait hebdomadaire 93 associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et INOGEN ONE G2 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1125100) La prise en charge du forfait 93 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1199558 et 1125100.	28 117	28 117
1107042	**Ventilation assistée, trachéotomisés+SCALEO, INOGEN ONE G3 ;** Forfait hebdomadaire 121 associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et INOGEN ONE G3 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1138315). La prise en charge du forfait 121 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1199558 et 1138315.	28 117	28 117
1167570	**Ventilation assistée, trachéotomisés + CHART SEQUAL, ECLIPSE 3.** Forfait hebdomadaire 103 associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et ECLIPSE 3 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1116680) La prise en charge du forfait 103 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1199558 et 1116680).	28 117	28 117
1122946	**FRA-148, Ventilation assist, trachéotomisés + OLT 2.22 RESMED, LIFECHOICE ACTIVOX 4L** Forfait hebdomadaire 148 du respiratoire associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et OLT 2.22 (pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable), LIFECHOICE ACTIVOX 4L de la société RESMED SAS, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée	28 117	28 117

	quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1186685). La prise en charge du forfait 148 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1199558 et 1186685. Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 864 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.		
1129990	**FRA-154, Ventilation assist, trachéotomisés + OLT 2.23 GCE, ZEN-O** Forfait hebdomadaire 154 du respiratoire associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et OLT 2.23 (pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable), ZEN-O de la société GCE SAS, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1103297). La prise en charge du forfait 154 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1199558 et 1103297. Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 864 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.	28 117	28 117
1192119	**Ventilation assistée, trachéotomisés + DEVILBISS HEALTHCARE, IFILL.** Forfait hebdomadaire 112 associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et DEVILBISS HEALTHCARE, IFILL (d'oxygénothérapie à long terme, code 1133430). La prise en charge du forfait 112 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1199558 et 1133430.	28 117	28 117
1144468	**Ventilation assistée, trachéotomisés + Philips, Ultrafill.** Forfait hebdomadaire 42 associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et Ultrafill (d'oxygénothérapie à long terme, code 1184315). La prise en charge du forfait 42 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1199558 et 1184315.	28 117	28 117
1101950	**Ventilation assistée, trachéotomisés + oxygénothérapie court terme.** Forfait hebdomadaire 12 associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558 et 3 (d'oxygénothérapie à court terme, code 1128104). La prise en charge du forfait 12 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1199558 et 1128104.	25 182	25 182

1175380	**Ventilation assistée, > ou = 12 heures + oxygénothérapie long terme poste fixe.** Forfait hebdomadaire 13 associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030 et 1 (d'oxygénothérapie à long terme en poste fixe, code 1136581). La prise en charge du forfait 13 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1136581.	14 051	14 051
1122053	**Ventilation assistée, > ou = 12 heures + oxygénothérapie long terme liquide.** Forfait hebdomadaire 14 associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030 et 2 (d'oxygénothérapie à long terme intensive ou de déambulation : oxygène liquide, code 1130220). La prise en charge du forfait 14 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1130220.	26 209	26 209
1151190	**Ventilation assistée, 12 heures + Venture Homefill II.** Forfait hebdomadaire 31 associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et Invacare Venture Homefill II (d'oxygénothérapie à long terme, code 1120338). La prise en charge du forfait 31 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1120338.	19 478	19 478
1125287	**Ventilation assistée > ou = 12 heures Forfait 5 + INVACARE, PLATINUM 9.** Forfait hebdomadaire 37 associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et INVACARE PLATINUM 9 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1148130). La prise en charge du forfait 37 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1148130.	17 102	17 102
1178540	**Ventilation assistée, > ou = 12 heures + INVACARE SOL O2.** Forfait hebdomadaire 50 associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et INVACARE SOL O2 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1191568). La prise en charge du forfait 50 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes (1163030 et 1191568).	19 478	19 478
1177663	**Ventilation assistée, > ou = 12 heures + INVACARE XP O2.** Forfait hebdomadaire 51 associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et INVACARE XP O2 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1143983). La prise en charge du forfait 51 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes (1163030 et 1143983).	19 478	19 478
1145404	**Ventilation assistée > ou = 12 heures + PHILIPS, SIMPLYGO.** Forfait hebdomadaire 61 associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et SIMPLYGO (d'oxygénothérapie à long terme, code 1118324). La prise en charge du forfait 61 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1118324.	19 478	19 478

1100614	**Ventilation assistée, > ou = 12 heures + SCALEO, INOGEN ONE G2.** Forfait hebdomadaire 94 associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et INOGEN ONE G2 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1125100) La prise en charge du forfait 94 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1125100.	19 478	19 478
1108917	**Ventilation assistée, ≥ 12 heures + SCALEO, INOGEN ONE G3** Forfait hebdomadaire 122 associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à douze heures, code 1163030) et INOGEN ONE G3 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1138315). La prise en charge du forfait 122 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1138315.	19 478	19 478
1127607	**Ventilation assistée _ 12 heures + CHART SEQUAL, ECLIPSE 3** Forfait hebdomadaire 104 associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et ECLIPSE 3 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1116680). La prise en charge du forfait 104 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1116680.	19 478	19 478
1144103	**Ventilation assistée, _ 12 heures + DEVILBISS HEALTHCARE, IFILL.** Forfait hebdomadaire 113 associant les forfaits 5 (de ventilation assistée _ à 12 heures, code 1163030) et DEVILBISS HEALTHCARE, IFILL (d'oxygénothérapie à long terme, code 1133430). La prise en charge du forfait 113 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1133430.	19 478	19 478
1107763	**Ventilation assistée, > ou = 12 heures + Philips, Ultrafill.** Forfait hebdomadaire 43 associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et Ultrafill (d'oxygénothérapie à long terme, code 1184315). La prise en charge du forfait 43 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1184315.	19 927	19 927
1166820	**Ventilation assistée, > ou = 12 heures + oxygénothérapie court terme.** Forfait hebdomadaire 15 associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030 et 3 (d'oxygénothérapie à court terme, code 1128104). La prise en charge du forfait 15 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1128104.	18 294	18 294
1107579	**Ventilation assistée, < 12 heures + oxygénothérapie long terme poste fixe.** Forfait hebdomadaire 16 associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270 et 1 (d'oxygénothérapie à long terme en poste fixe, code 1136581). La prise en charge du forfait 16 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1196270 et 1136581.	12 868	12 868
1162437	**Ventilation assistée, < 12 heures + oxygénothérapie long terme liquide.**	23 519	23 519

	Forfait hebdomadaire 17 associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270 et 2 (d'oxygénothérapie à long terme intensive ou de déambulation : oxygène liquide, code 1130220). La prise en charge du forfait 17 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1196270 et 1130220.		
1130236	**Ventilation assistée, < 12 heures + Venture Homefill II.** Forfait hebdomadaire 32 associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et Invacare Venture Homefill II (d'oxygénothérapie à long terme, code 1120338). La prise en charge du forfait 32 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1196270 et 1120338.	16 887	16 887
1100229	**Ventilation assistée, ¸ 12 heures Forfait 6 + INVACARE, PLATINUM 9.** Forfait hebdomadaire 38 associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et INVACARE PLATINUM 9 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1148130). La prise en charge du forfait 38 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1196270 et 1148130.	4 550	14 550
1125790	**Ventilation assistée, < 12 heures + INVACARE SOL O2.** Forfait hebdomadaire 52 associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et INVACARE SOL O2 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1191568). La prise en charge du forfait 52 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes (1196270 et 1191568).	16 887	16 887
1169304	**Ventilation assistée, < 12 heures + INVACARE XP O2.** Forfait hebdomadaire 53 associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et INVACARE XP O2 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1143983). La prise en charge du forfait 53 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes (1196270 et 1143983).	16 887	16 887
1172967	**Ventilation assistée < 12 heures + PHILIPS, SIMPLYGO** Forfait hebdomadaire 62 associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et SIMPLYGO (d'oxygénothérapie à long terme, code 1118324). La prise en charge du forfait 62 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1196270 et 1118324.	16 887	16 887
1167890	**Ventilation assistée, < 12 heures + SCALEO, INOGEN ONE G2.** Forfait hebdomadaire 95 associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et INOGEN ONE G2 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1125100). La prise en charge du forfait 95 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1196270 et 1125100.	16 887	16 887
1132442	**Ventilation assistée, < 12 heures + SCALEO, INOGEN ONE G3 ;**	16 887	16 887

	Forfait hebdomadaire 123 associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et INOGEN ONE G3 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1138315). La prise en charge du forfait 123 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1196270 et 1138315.		
1119134	**Ventilation assistée _ 12 heures + CHART SEQUAL, ECLIPSE 3.** Forfait hebdomadaire 105 associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et ECLIPSE 3 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1116680). La prise en charge du forfait 105 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1196270 et 1116680.	16 887	16 887
1126708	**Ventilation assistée, _ 12 heures + DEVILBISS HEALTHCARE, IFILL.** Forfait hebdomadaire 114 associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et DEVILBISS HEALTHCARE, IFILL (d'oxygénothérapie à long terme, code 1133430). La prise en charge du forfait 114 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1196270 et 1133430.	16 887	16 887
1103720	**Ventilation assistée, < 12 heures + Philips, Ultrafill.** Forfait hebdomadaire 44 associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et Ultrafill (d'oxygénothérapie à long terme, code 1184315). La prise en charge du forfait 44 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1196270 et 1184315.	16 887	16 887
1158329	**Ventilation assistée, < 12 heures + oxygénothérapie court terme.** Forfait hebdomadaire 18 associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270 et 3 (d'oxygénothérapie à court terme, code 1128104). La prise en charge du forfait 18 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1196270 et 1128104.	15 480	15 480
1188885	**Hyperinsufflations ou in-exsufflations + oxygénothérapie long terme poste fixe.** Forfait hebdomadaire 19 associant les forfaits 7 (d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et 1 (d'oxygénothérapie à long terme en poste fixe, code 1136581). La prise en charge du forfait 19 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1176480 et 1136581.	8 657	8 657
1145723	**Hyperinsufflations ou in-exsufflations + oxygénothérapie long terme liquide.** Forfait hebdomadaire 20 associant les forfaits 7 (d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et 2 (d'oxygénothérapie à long terme intensive ou de déambulation : oxygène liquide, code 1130220). La prise en charge du forfait 20 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1176480 et 1130220.	17 528	17 528
1123414	**Hyperinsufflations ou in-exsufflations + Venture Homefill II.**	12 325	12 325

	Forfait hebdomadaire 33 associant les forfaits 7 (d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et Invacare Venture Homefill II (d'oxygénothérapie à long terme, code 1120338). La prise en charge du forfait 33 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1176480 et 1120338.		
1190161	**Ventilation assistée, réhabilitation Forfait 7 + INVACARE, PLATINUM 9.** Forfait hebdomadaire 39 associant les forfaits 7 (de ventilation assistée dans le cadre d'une réhabilitation respiratoire, code 1176480) et INVACARE PLATINUM 9 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1148130). La prise en charge du forfait 39 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1176480 et 1148130.	9 998	9 998
1132270	**Ventilation assistée, réhabilitation + INVACARE SOL O2.** Forfait hebdomadaire 54 associant les forfaits 7 (de ventilation assistée dans le cadre d'une réhabilitation respiratoire, code 1176480) et INVACARE SOLO 2 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1191568). La prise en charge du forfait 54 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes (1176480 et 1191568).	12 325	12 325
1112050	**Ventilation assistée, réhabilitation + INVACARE XP O2.** Forfait hebdomadaire 55 associant les forfaits 7 (de ventilation assistée dans le cadre d'une réhabilitation respiratoire, code 1176480) et INVACARE XP O2 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1143983). La prise en charge du forfait 55 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes (1176480 et 1143983).	12 325	12 325
1105184	**Ventilation assistée, réhabilitation + PHILIPS, SIMPLYGO.** Forfait hebdomadaire 63 associant les forfaits 7 (de ventilation assistée dans le cadre d'une réhabilitation respiratoire, code 1176480) et SIMPLYGO (d'oxygénothérapie à long terme, code 1118324). La prise en charge du forfait 63 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1176480 et 1118324.	12 325	12 325
1126401	**Ventilation assistée, réhabilitation + SCALEO, INOGEN ONE G2.** Forfait hebdomadaire 96 associant les forfaits 7 (de ventilation assistée dans le cadre d'une réhabilitation respiratoire, code 1176480) et INOGEN ONE G2 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1125100) La prise en charge du forfait 96 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1176480 et 1125100.	12 325	12 325
1130176	**Hyperinsufflations ou in-exsufflations + SCALEO, INOGEN ONE G3.** Forfait hebdomadaire 124 associant les forfaits 7 (de ventilation assistée dans le cadre d'une réhabilitation respiratoire, code 1176480) et INOGEN ONE G3 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1138315). La prise en charge du forfait 124 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1176480 et 1138315.	12 325	12 325
1103015	**Hyperinsufflations ou in - exsufflations + CHART SEQUAL, ECLIPSE 3.**	12 325	12 325

	Forfait hebdomadaire 106 associant les forfaits 7 (d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et ECLIPSE 3 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1116680). La prise en charge du forfait 106 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1176480 et 1116680.		
1163879	**Hyperinsufflations ou in-exsufflations + DEVILBISS HEALTHCARE, IFILL.** Forfait hebdomadaire 115 associant les forfaits 7 (forfait d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et DEVILBISS HEALTHCARE, IFILL (d'oxygénothérapie à long terme, code 1133430). La prise en charge du forfait 115 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1176480 et 1133430.	12 325	12 325
1138953	**Ventilation assistée, réhabilitation + Philips, Ultrafill.** Forfait hebdomadaire 45 associant les forfaits 7 (de ventilation assistée dans le cadre d'une réhabilitation respiratoire, code 1176480) et Ultrafill (d'oxygénothérapie à long terme, code 1184315). La prise en charge du forfait 45 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1176480 et 1184315.	12 325	12 325
1163951	**Hyperinsufflations ou in-exsufflations + oxygénothérapie court terme.** Forfait hebdomadaire 21 associant les forfaits 7 (d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et 3 (d'oxygénothérapie à court terme, code 1128104). La prise en charge du forfait 21 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1176480 et 1128104.	9 017	9 017
1167937	**Trachéotomie sans ventilation + oxygénothérapie long terme poste fixe.** Forfait hebdomadaire 22 associant les forfaits 8 (de trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et 1 (d'oxygénothérapie à long terme en poste fixe, code 1136581). La prise en charge du forfait 22 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1133690 et 1136581.	13 102	13 102
1143470	**Trachéotomie sans ventilation + oxygénothérapie long terme liquide.** Forfait hebdomadaire 23 associant les forfaits 8 (de trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et 2 (d'oxygénothérapie à long terme intensive ou de déambulation, oxygène liquide, code 1130220). La prise en charge du forfait 23 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1133690 et 1130220.	22 635	22 635
1121421	**Trachéotomie sans ventilation + Venture Homefill II.** Forfait hebdomadaire 34 associant les forfaits 8 (de trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et Invacare Venture Homefill II (d'oxygénothérapie à long terme, code 1120338). La prise en charge du forfait 34 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1133690 et 1120338.	17 179	17 179
1196880	**Trachéotomie sans ventilation Forfait 8 + INVACARE, PLATINUM 9.**	14 616	14 616

	Forfait hebdomadaire 40 associant les forfaits 8 (de trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et INVACARE PLATINUM 9 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1148130). La prise en charge du forfait 40 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1133690 et 1148130.		
1161113	**Trachéotomie sans ventilation + INVACARE SOL O2.** Forfait hebdomadaire 56 associant les forfaits 8 (de trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et INVACARE SOL O2 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1191568). La prise en charge du forfait 56 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes (1133690 et 1191568).	17 179	17 179
1158335	**Trachéotomie sans ventilation + INVACARE XP O2.** Forfait hebdomadaire 57 associant les forfaits 8 (de trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et INVACARE XP O2 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1143983). La prise en charge du forfait 57 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes (1133690 et 1143983).	17 179	17 179
1175440	**Trachéotomie sans ventilation + PHILIPS, SIMPLYGO.** Forfait hebdomadaire 64 associant les forfaits 8 (de trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et SIMPLYGO (d'oxygénothérapie à long terme, code 1118324). La prise en charge du forfait 64 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1133690 et 1118324.	17 179	17 179
1102464	**Trachéotomie sans ventilation + SCALEO, INOGEN ONE G2.** Forfait hebdomadaire 97 associant les forfaits 8 (de trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et INOGEN ONE G2 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1125100) La prise en charge du forfait 97 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1133690 et 1125100.	17 179	17 179
1144936	**Trachéotomie sans ventilation + SCALEO, INOGEN ONE G3 ;** Forfait hebdomadaire 125 associant les forfaits 8 (de trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et INOGEN ONE G3 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1138315). La prise en charge du forfait 125 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1133690 et 1138315.	17 179	17 179
1178651	**Trachéotomie sans ventilation + CHART SEQUAL, ECLIPSE 3** Forfait hebdomadaire 107 associant les forfaits 8 (de trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et ECLIPSE 3 (d'oxygénothérapie à long terme, code 1116680). La prise en charge du forfait 107 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1133690 et 1116680	17 179	17 179
1163916	**Trachéotomie sans ventilation + DEVILBISS HEALTHCARE, IFILL.**	17 179	17 179

	Forfait hebdomadaire 116 associant les forfaits 8 (forfait trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et DEVILBISS HEALTHCARE, IFILL (d'oxygénothérapie à long terme, code 1133430). La prise en charge du forfait 116 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1133690 et 1133430.		
1107800	**Trachéotomie sans ventilation + Philips, Ultrafill.** Forfait hebdomadaire 46 associant les forfaits 8 (de trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et Ultrafill (d'oxygénothérapie à long terme, code 1184315). La prise en charge du forfait 46 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1133690 et 1184315.	17 179	17 179
1165938	**Trachéotomie sans ventilation + oxygénothérapie court terme.** Forfait hebdomadaire 24 associant les forfaits 8 (de trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et 3 (d'oxygénothérapie à court terme, code 1128104). La prise en charge du forfait 24 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1133690 et 1128104.	13 817	13 817
1143530	FRA-160, ventilation assist, trachéotomisés + OLT 2.24 INVACARE, PLATINUM MOBILE Forfait hebdomadaire 160 du respiratoire associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et OLT 2.24 (pour la prise en charge de patients répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable) PLATINUM MOBILE de la société INVACARE SAS, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1149106). La prise en charge du forfait 160 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1199558 et 1149106. Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 864 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.	28 117	28 117
1167200	**FRA-161, ventilation assist, > ou = 12 heures + OLT 2.24 INVACARE, PLATINUM MOBILE** Forfait hebdomadaire 161 du respiratoire associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et OLT 2.24 (pour la prise en charge de patients répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable) PLATINUM MOBILE de la société INVACARE SAS, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1149106).	19 478	19 478

	La prise en charge du forfait 161 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1149106. Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 864 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.		
1133832	**FRA-357, Ventilation assist, >ou= 12 heures + OLT 2.25 CAIRE, ECLIPSE 5** Forfait hebdomadaire 357 du respiratoire associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et OLT 2.25 (pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (transportable), ECLIPSE 5 de la société CAIRE Inc., comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1105416). La prise en charge du forfait 357 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1105416. Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 864 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.	19 478	19 478
1165476	**FRA-372, Ventilation assist, > ou = 12 heures + OLT 2.26 INOGEN, INOGEN ONE G4** Forfait hebdomadaire 372 du respiratoire associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et OLT 2.26 (pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (transportable), INOGEN ONE G4 de la société INOGEN, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1105528). La prise en charge du forfait 372 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1105528 Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 864 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.	19 478	19 478
1167216	**FRA-379, Ventilation assist, >ou= 12 heures + OLT 2.27 GCE ZEN-O LITE RS-00608** Forfait hebdomadaire 379 du respiratoire associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et OLT 2.27 (pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure	18 815	18 815

	par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable), ZEN- O LITE RS-00608-G de la société GCE, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1119789). La prise en charge du forfait 379 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1119789 Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 864 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.		
1180607	**FRA-162, ventilation assist, < 12heures + OLT 2.24 INVACARE, PLATINUM MOBILE** Forfait hebdomadaire 162 du respiratoire associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et OLT 2.24 (pour la prise en charge de patients répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable) PLATINUM MOBILE de la société INVACARE SAS, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1149106). La prise en charge du forfait 162 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1196270 et 1149106. Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 864 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.	16 887	16 887
1129635	**FRA-358, ventilation assist, <12heures + OLT 2.25 CAIRE, ECLIPSE 5** Forfait hebdomadaire 358 du respiratoire associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et OLT 2.25 (pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (transportable), ECLIPSE 5 de la société CAIRE Inc., comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1105416). La prise en charge du forfait 358 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1196270 et 1105416.	16 887	16 887

	Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 864 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.		
1190623	**FRA-373, ventilation assist, < 12heures + OLT 2.26 INOGEN, INOGEN ONE G4** Forfait hebdomadaire 373 du respiratoire associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et OLT 2.26 (pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (transportable), INOGEN ONE G4 de la société INOGEN, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1105528). La prise en charge du forfait 373 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1196270 et 1105528 Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 864 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.	16 887	16 887
1190037	**FRA-380, ventilation assistée, <12heures + OLT 2.27 GCE ZEN-O LITE RS-00608** Forfait hebdomadaire 380 du respiratoire associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et OLT 2.27 (pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable), ZEN-O LITE RS-00608-G de la société GCE, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1119789). La prise en charge du forfait 380 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1196270 et 1119789. Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 864 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.	16 218	16 218
1185473	**FRA-163, hyperinsuffla ou in-exsufflations + OLT 2.24 INVACARE, PLATINUM MOBILE** Forfait hebdomadaire 163 du respiratoire associant les forfaits 7 d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et OLT 2.24 (pour la prise en charge de patients répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable) PLATINUM MOBILE de la société INVACARE SAS COMMERCIAL, comprenant la mise à	12 325	12 325

	disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1149106). La prise en charge du forfait 163 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1176480 et 1149106. Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 390 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.		
1152730	**FRA-359, hyperinsuffla ou in-exsufflations + OLT 2.25 CAIRE, ECLIPSE 5** Forfait hebdomadaire 359 du respiratoire associant les forfaits 7 d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et OLT 2.25 (pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (transportable), ECLIPSE 5 de la société CAIRE Inc., comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1105416). La prise en charge du forfait 359 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1176480 et 1105416. Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 390 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.	12 325	12 325
1167601	**FRA-374, hyperinsuffla ou in-exsufflations + OLT 2.26 INOGEN, INOGEN ONE G4** Forfait hebdomadaire 374, du respiratoire associant les forfaits 7 d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et OLT 2.26 (pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (transportable), INOGEN ONE G4 de la société INOGEN, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1105528). La prise en charge du forfait 374 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1176480 et 1105528. Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 390 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.	12 325	12 325

1197200	**FRA-381, hyperinsuffla ou in-exsufflations + OLT 2.27 GCE ZEN-O LITE RS-00608** Forfait hebdomadaire 381 du respiratoire associant les forfaits 7 (d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et OLT 2.27 (pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable), ZEN-O LITE RS- 00608-G de la société GCE, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1119789). La prise en charge du forfait 381 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1176480 et 1119789. Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 390 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.	11 660	11 660
1149052	**FRA-164, trachéotomie sans ventilation + OLT 2.24 INVACARE, PLATINUM MOBILE** Forfait hebdomadaire 164 du respiratoire associant les forfaits 8 (de trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et OLT 2.24 (pour la prise en charge de patients répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable) PLATINUM MOBILE de la société INVACARE SAS, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1149106). La prise en charge du forfait 164 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1133690 et 1149106. Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 390 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.	17 179	17 179
1129204	**FRA-360, trachéotomie sans ventilation + OLT 2.25 CAIRE, ECLIPSE 5** Forfait hebdomadaire 360 du respiratoire associant les forfaits 8 (de trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et OLT 2.25 (pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (transportable), ECLIPSE 5 de la société CAIRE Inc., comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1105416).	17 179	17 179

	La prise en charge du forfait 360 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1133690 et 1105416. Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 390 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.		
1161060	**FRA-375, trachéotomie sans ventilation + OLT 2.26 INOGEN, INOGEN ONE G4** Forfait hebdomadaire 375 du respiratoire associant les forfaits 8 (de trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et OLT 2.26 INOGEN (pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (transportable), INOGEN ONE G4 de la société INOGEN comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1105528). La prise en charge du forfait 375 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1133690 et 1105528 Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 390 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.	17 179	17 179
1108290	**FRA-382, trachéotomie sans ventilation + OLT 2.27 GCE ZEN-O LITE RS-00608** Forfait hebdomadaire 382 du respiratoire associant les forfaits 8 (trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et OLT 2.27 (pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable), ZEN-O LITE RS-00608-G de la société GCE, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1119789). La prise en charge du forfait 382 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1133690 et 1119789. Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 390 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.	16 446	16 446
1133795	**FRA-356, Ventilation assist, trachéotomisés + OLT 2.25 CAIRE, ECLIPSE 5** Forfait hebdomadaire 356 du respiratoire associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et OLT 2.25 (pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par	28 117	28 117

	jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (transportable), ECLIPSE 5 de la société CAIRE Inc., comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1105416). La prise en charge du forfait 356 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1199558 et 1105416. Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 864 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.		
1157689	**FRA-371, Ventilation assist, trachéotomisés + OLT 2.26 INOGEN, INOGEN ONE G4** Forfait hebdomadaire 371 du respiratoire associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et OLT 2.26 (pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (transportable), INOGEN ONE G4 de la société INOGEN., comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1105528). La prise en charge du forfait 371 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1199558 et 1105528. Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 864 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.	28 117	28 117
1173464	**FRA-378, Ventilation assistée, trachéotomisés + OLT 2.27 GCE ZEN-O LITE RS-00608** Forfait hebdomadaire 378 du respiratoire associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et OLT 2.27 (pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable), ZEN-O LITE RS-00608-G de la société GCE, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1119789). La prise en charge du forfait 378 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1199558 et 1119789.	27 352	27 352

	Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 864 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.		
1162644	**FRA-142, Ventilation assist, trachéotomisés + OLT 2.21 PHILIPS, SIMPLYGO MINI** Forfait hebdomadaire 142 du respiratoire associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et OLT 2.21 (pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable), SIMPLYGO MINI de la société PHILIPS France Commercial, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1174133). La prise en charge du forfait 142 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1199558 et 1174133. Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 864 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.	28 117	28 117
1196821	**FRA-143, Ventilation assist, >ou= 12 heures + OLT 2.21 PHILIPS, SIMPLYGO MINI** Forfait hebdomadaire 143 du respiratoire associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et OLT 2.21 (pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable), SIMPLYGO MINI de la société PHILIPS France Commercial, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1174133). La prise en charge du forfait 143 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1174133. Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 864 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.	19 478	19 478
1168463	**FRA-149, Ventilation assist, > ou = 12 heures + OLT 2.22 RESMED, LIFECHOICE ACTIVOX 4L** Forfait hebdomadaire 149 du respiratoire associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et OLT 2.22 (pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile [portable], LIFECHOICE ACTIVOX 4L de la société RESMED SAS, comprenant la mise à	19 478	19 478

	disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1186685). La prise en charge du forfait 149 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1186685. Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 864 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.		
1165163	**FRA-155, Ventilation assist, > ou = 12 heures + OLT 2.23 GCE, ZEN-O** Forfait hebdomadaire 155 du respiratoire associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et OLT 2.23 (pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable), ZEN-O de la société GCE SAS, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1103297). La prise en charge du forfait 155 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1103297. Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 864 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.	19 478	19 478
1123510	**FRA-144, ventilation assist, <12heures + OLT 2.21 PHILIPS, SIMPLYGO MINI** Forfait hebdomadaire 144 du respiratoire associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et OLT 2.21 (pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable), SIMPLYGO MINI de la société PHILIPS France commercial, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1174133). La prise en charge du forfait 144 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1196270 et 1174133. Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 864 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.	16 887	16 887

1127553	**FRA-150, ventilation assist, < 12 heures + OLT 2.22 RESMED, LIFECHOICE ACTIVOX 4L** Forfait hebdomadaire 150 du respiratoire associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et OLT 2.22 (pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile [portable], LIFECHOICE ACTIVOX 4L de la société RESMED SAS, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1186685). La prise en charge du forfait 150 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1196270 et 1186685. Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 864 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.	16 887	16 887
1194710	**FRA-156, ventilation assist, < 12heures + OLT 2.23 GCE, ZEN-O** Forfait hebdomadaire 156 du respiratoire associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et OLT 2.23 (pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable), ZEN-O de la société GCE SAS, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1103297). La prise en charge du forfait 156 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1196270 et 1103297. Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 864 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.	16 887	16 887
1131141	**FRA-145, hyperinsuffla ou in-exsufflations + OLT 2.21 PHILIPS, SIMPLYGO MINI** Forfait hebdomadaire 145 du respiratoire associant les forfaits 7 d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et OLT 2.21 (pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable), SIMPLYGO MINI de la société PHILIPS France Commercial COMMERCIAL, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1174133).	12 325	12 325

	La prise en charge du forfait 145 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1176480 et 1174133. Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 390 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.		
1124135	**FRA-151, hyperinsuffla ou in-exsufflations + OLT 2.22 RESMED, LIFECHOICE ACTIVOX 4L** Forfait hebdomadaire 151 du respiratoire associant les forfaits 7 d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et OLT 2.22 (pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile |portable], LIFECHOICE ACTIVOX 4L de la société RESMED SAS COMMERCIAL, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1186685). La prise en charge du forfait 151 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1176480 et 1186685. Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 390 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.	12 325	12 325
1127228	**FRA-157, hyperinsuffla ou in-exsufflations + OLT 2.23 GCE, ZEN-O** Forfait hebdomadaire 157 du respiratoire associant les forfaits 7 d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et OLT 2.23 (pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable), ZEN-O de la société GCE SAS, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1103297). La prise en charge du forfait 157 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1176480 et 1103297. Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 390 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.	12 325	12 325
1182859	**FRA-146, trachéotomie sans ventilation + OLT 2.21 PHILIPS, SIMPLYGO MINI** Forfait hebdomadaire 146 du respiratoire associant les forfaits 8 (de trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et OLT 2.21 (pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de	17 179	17 179

	l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable), SIMPLYGO MINI de la société PHILIPS France Commercial, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1174133). La prise en charge du forfait 146 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1133690 et 1174133. Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 390 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.		
1122662	**FRA-152, trachéotomie sans ventilation + OLT 2.22 RESMED, LIFECHOICE ACTIVOX 4L** Forfait hebdomadaire 152 du respiratoire associant les forfaits 8 (de trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et OLT 2.22 (pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile [portable], LIFECHOICE ACTIVOX 4L de la société RESMED SAS, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1186685). La prise en charge du forfait 152 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1133690 et 1186685. Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 390 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.	17 179	17 179
1160823	**FRA-158, trachéotomie sans ventilation + OLT 2.23 GCE, ZEN-O** Forfait hebdomadaire 158 du respiratoire associant les forfaits 8 (de trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et OLT 2.23 (pour la prise en charge de patient répondant aux conditions d'attribution de l'oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, ou de l'oxygénothérapie de déambulation exclusive, à partir d'un concentrateur d'oxygène mobile (portable), ZEN-O de la société GCE SAS, comprenant la mise à disposition d'un concentrateur fixe quand il concerne des patients relevant d'une oxygénothérapie de longue durée quotidienne avec déambulation de plus d'une heure par jour, qui permet d'assurer un débit continu, nécessaire notamment pendant le sommeil, code 1103297). La prise en charge du forfait 158 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1133690 et 1103297.	17 179	17 179

	Le tarif du forfait couvre une participation à la consommation d'électricité liée à l'utilisation des concentrateurs fixe et portable à raison de 390 F.CFP minimum reversé au patient, sur demande, par le fournisseur.		
1142417	**PPC, apnée sommeil, phase initiale, forfait hebdo 9.INI-à-associer** La prise en charge par l'AMO du forfait hebdomadaire 9.INI-à-associer de prestation de pression positive continue (PPC) à associer à un autre forfait du respiratoire est assurée, après accord préalable du médecin-conseil, conformément à l'article LP 33 de la Loi du Pays 2013-1 susvisée, pour un patient bénéficiant sur la semaine considérée en plus de sa prestation de PPC : - d'un forfait hebdomadaire de prestation d'oxygénothérapie inscrit au paragraphe 1 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre 1er du titre I, ou - d'un forfait 7 d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations (1176480) inscrit au paragraphe 2 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre 1er du titre I, ou - d'un des forfaits hebdomadaires correspondant à l'association d'un forfait 7 d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations (1176480) et d'un forfait d'oxygénothérapie inscrits au paragraphe 5 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre 1er du titre I. Cette prise en charge est limitée à seize semaines. Toutefois, si le patient a été, au cours des 52 semaines qui précédent le début du traitement, pris en charge par l'AMO au titre d'un forfait 9.INI (1132608), d'un forfait 9.TL1 (1187880), d'un forfait 9.NT1 (1103446), d'un forfait 9.SRO (1106663), d'un forfait hebdo 9.4. (1188684), d'un forfait 9.INI-à-associer (1142417), d'un forfait 9.TL1-à-associer (1152686), d'un forfait 9.NT1-à-associer (1116911), d'un forfait 9.SRO-à-associer (1102470), ou d'un forfait associant un traitement par un appareil à PPC à une prestation pour un traitement d'oxygénothérapie et/ou d'une prestation d'hyper-insufflation ou d'in-exsufflation, il ne pourra pas être pris en charge par l'AMO au titre du forfait 9.INI-à-associer (1142417) que pour un nombre de semaines ne dépassant pas seize au total en comptant les semaines déjà prises en charge au cours de ces cinquante-deux semaines précédentes.	1 427	1427
1152686	**PPC, apnée sommeil, patient télésuivi, forf hebdo 9.TL1-à-associer** La prise en charge par l'AMO du forfait hebdomadaire 9.TL1-à-associer de prestation de pression positive continue (PPC) à associer à un autre forfait du respiratoire est assurée, en relais du forfait 9.INI-à-associer (1142417), pour un patient télésuivi au titre d'une prestation de PPC et bénéficiant sur la semaine considérée : - d'un forfait hebdomadaire de prestation d'oxygénothérapie inscrit au paragraphe 1 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre 1er du titre I, ou - d'un forfait 7 d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations (1176480) inscrit au paragraphe 2 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre 1er du titre I, ou	1 270	1 270

	- d'un des forfaits hebdomadaires correspondant à l'association d'un forfait 7 d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations (1176480) et d'un forfait d'oxygénothérapie inscrits au paragraphe 5 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre 1er du titre I.		
1116911	**PPC, apnée sommeil, patient non télésui, forf hebdo 9.NT1-à-associer** La prise en charge par l'AMO du forfait hebdomadaire 9.NT1-à-associer de prestation de pression positive continue (PPC) à associer à un autre forfait du respiratoire est assurée, en relais du forfait 9.INI-à-associer (1142417), pour un patient non télésuivi au titre d'une prestation de PPC, qui a accepté le relevé de ses données d'observance et bénéficiant sur la semaine considérée : - d'un forfait hebdomadaire de prestation d'oxygénothérapie inscrit au paragraphe 1 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre 1er du titre I, ou - d'un forfait 7 d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations (1176480) inscrit au paragraphe 2 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre 1er du titre I, ou - d'un des forfaits hebdomadaires correspondant à l'association d'un forfait 7 d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations (1176480) et d'un forfait d'oxygénothérapie inscrits au paragraphe 5 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre 1er du titre I.	953	953
1168569	**PPC, apnée sommeil, patient pédiatrique – 12 ans, forfait hebdo 9.PE1-à-associer** La prise en charge par l'AMO du forfait hebdomadaire 9. PE1-à-associer de prestation de pression positive continue (PPC) à associer à un autre forfait du respiratoire est assurée pour un patient de moins de 12 ans qui au titre de sa prestation de PPC bénéficie au cours de la semaine considérée : d'un forfait hebdomadaire de prestation d'oxygénothérapie inscrit au paragraphe 1 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre 1er du titre I, ou - d'un forfait 7 d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations (1176480) inscrit au paragraphe 2 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre 1er du titre I, ou - d'un des forfaits hebdomadaires correspondant à l'association d'un forfait 7 d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations (1176480) et d'un forfait d'oxygénothérapie inscrits au paragraphe 5 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre 1er du titre I. Le forfait inclut le suivi de l'oxymétrie (SpO2) à la demande du médecin prescripteur ; le prestataire assure la livraison de l'appareil d'enregistrement, la pose du capteur, l'information des parents et le retrait du capteur par un technicien formé, l'envoi de l'enregistrement au médecin prescripteur par moyen sécurisé.	1 427	1 427
1192131	**PPC, apnée sommeil, patient pédiatrique 12 à 16 ans, forf hebdo 9.PE2-à-associer** La prise en charge par l'AMO du forfait hebdomadaire 9. PE2-à-associer de prestation de pression positive continue (PPC) à associer à un autre forfait respiratoire est assurée pour un patient de 12 à 16	1 427	1 427

	ans qui au titre de sa prestation de PPC bénéficie au cours de la semaine considérée : - d'un forfait hebdomadaire de prestation d'oxygénothérapie inscrit au paragraphe 1 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre 1er du titre I, ou - d'un forfait 7 d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations (1176480) inscrit au paragraphe 2 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre 1er du titre I, ou - d'un des forfaits hebdomadaires correspondant à l'association d'un forfait 7 d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations (1176480) et d'un forfait d'oxygénothérapie inscrits au paragraphe 5 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre 1er du titre I. Le forfait inclut le suivi de l'oxymétrie (SpO2) à la demande du médecin prescripteur ; le prestataire assure la livraison de l'appareil d'enregistrement, la pose du capteur, l'information des parents et le retrait du capteur par un technicien formé, l'envoi de l'enregistrement au médecin prescripteur par moyen sécurisé.		

1.2.2.1.3. Sous-section 3: Autres dispositifs médicaux pour traitement de l'insuffisance respiratoire

1.2.2.1.3.1. Paragraphe 1: Aspirateurs trachéaux et prestation de livraison

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	La fourniture des sondes ainsi que le renouvellement des flacons et des tubulures sont compris dans la location.		
1149514	**Aspirateur trachéal, location hebdomadaire inférieure ou égale à 65 semaines.** Location hebdomadaire pendant la première période jusqu'à la 65° semaine.	2 979	
1106485	**Aspirateur trachéal, location hebdomadaire supérieure à 65 semaines.** Location hebdomadaire pendant la deuxième période au-delà de la 65° semaine.	2 261	
1102375	**Aspirateur trachéal, forfait de livraison à domicile.** Ce forfait ne peut s'ajouter à aucun autre forfait de livraison. La livraison de plusieurs appareils chez le même patient donne lieu à la prise en charge du forfait le plus élevé.	2 620	

1.2.2.1.3.2. Paragraphe 2: Chambres d'inhalation pour l'administration de médicaments par aérosol-doseur dans les affections respiratoires.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	La prise en charge comprend la chambre et l'ensemble des accessoires nécessaires à son utilisation (valves, masque, embout...).		

	Le renouvellement de la prise en charge de la chambre d'inhalation, du lot de valves de rechange ou de l'embout et du masque ne peut être assurée qu'au-delà d'un délai minimal de six mois par rapport à la prise en charge précédente.		
1134783	**Chambre d'inhalation, respiratoire, pour enfant avant le 6° anniversaire.** Elle est adaptée pour les enfants jusqu'à leur sixième anniversaire, quel qu'en soit le type.	2 689	
1128423	**Chambre d'inhalation, respiratoire, pour enfant au-delà du 6° anniversaire.** Elle est adaptée pour les patients au-delà de leur sixième anniversaire, quel qu'en soit le type.	1 310	
1179308	**Chambre d'inhalation, respiratoire, valve de rechange.** Le lot de valve inspiratoire et expiratoire de rechange pour chambre d'inhalation.	746	
1179596	**Chambre d'inhalation, respiratoire, masque avec ou sans embout.** Le masque avec ou sans embout, ou l'embout de rechange pour chambre d'inhalation.	1 017	

1.2.2.1.3.3. Paragraphe 3: Débitmètre de pointe

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1172772	**Débitmètre de pointe quelle que soit la conformation (adulte, enfant).** Pour les débitmètres de pointe conformes aux spécifications techniques décrites dans la partie spécifications techniques, la prise en charge est accordée pour les malades présentant un asthme quel que soit le stade de sévérité. Elle est assurée dans la limite d'une attribution tous les trois ans.	3 390	

1.2.2.1.3.4. Paragraphe 4: Spiromètres

Indication :
Surveillance quotidienne à domicile des patients transplantés pulmonaires ou cardio-pulmonaires.
Description d'un spiromètre :
Le spiromètre mesure les paramètres suivants :
– capacité vitale forcée (CVF) ;
– volume expiratoire forcé par seconde (VEMS) ;
– débit expiratoire maximal médian (DEM_{25-75} = débit moyen réalisé sur la moitié médiane de la CVF de 25 % à 75 % pendant une manœuvre d'expiration forcée);
– débit expiratoire de pointe (DEP) ;
– temps d'expiration forcée (TEF).
Il enregistre la courbe débit/volume et calcule le rapport de Tiffeneau.
Le tarif couvre la mise à disposition du spiromètre, sa maintenance et ses réparations. Il correspond à une location trimestrielle.
La prise en charge est assurée pour les spiromètres suivants.

Code	Référence	Sociétés	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1140039	**Spiromètre électronique portable, location trimestrielle Spirodoc**	RDSM	4 067	
1183540	**Spiromètre électronique portable, location trimestrielle Spirotel**	RDSM	4 067	
1171726	**Spiromètre électronique portable, loc. trimest., LAMIRAU, SPIROTEL V2.** Modalités d'utilisation et de prescription : Le CD-ROM Winspiro Pro PC Software doit être fourni aux professionnels de santé. Référence prise en charge : Réf 9107000 contenant 1 SPIROTEL V2, 1 pochette, 1 câble Mini USB, 1 manuel, 1 pince-nez et 1 embout.	Société LAMIRAU Technologies (LAMIRAU)	4 067	4 067

1.2.2.1.3.5. Paragraphe 5 : Dispositifs médicaux pour laryngectomisés

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1160958	**Filtre respiratoire pour laryngectomisés, la paire.** Ce filtre est constitué de seize épaisseurs de tulle polyester.	3 260	
1183267	**Protection trachéale pour laryngectomisés avec col officier**	167	

1.2.2.2. Section 2. - Dispositifs médicaux pour perfusion à domicile

1.2.2.2.1. Sous-section 1: Dispositifs médicaux et prestations associées de perfusion à domicile (hors insulinothérapie)

1.2.2.2.1.1. Paragraphe 1 -Appareils et accessoires pour perfusion à domicile

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1186923	**Perfusion, appareil stérile non réutilisable :** Il est exempt de pyrogène. Il comprend une aiguille ou un cathéter, une tubulure, une chambre compte-goutte. Il est muni d'un système d'entrée d'air, obturable.	337	
	Dispositifs médicaux pour maladies chroniques nécessitant des perfusions continues à domicile		

	Conditions générales de prise en charge La prise en charge est accordée uniquement pour la durée prescrite de la cure de traitement et non pour la durée de mise à disposition du matériel par le fournisseur. La prise en charge est effectuée après consultation ou hospitalisation auprès d'un service spécialisé dans l'accueil des patients atteints des maladies sous-citées permettant d'assurer l'éducation du malade ou de sa famille à l'utilisation de ce mode de traitement à domicile. La prise en charge de ces appareillages est assurée pour l'administration: * de chimiothérapie anticancéreuse, * d'antibiothérapie pour maladies au long cours, chroniques ou récidivantes, * de traitement antiviral et antifongique des malades immunodéprimés, * de traitement de la douleur après impossibilité de la poursuite du traitement par la voie orale, * de traitement vasodilatateur et anti-agrégant plaquettaire pour les malades atteints d'hypertension artérielle pulmonaire primitive, * de médicaments destinés au traitement des maladies du sang, congénitales ou acquises, nécessitant des transfusions répétées.		
1129434	**Perfusion, panier de perfusion rigide de 500 cc.** Le forfait hebdomadaire 1 de nutrition entérale à domicile, sans pompe, ainsi que le forfait hebdomadaire 2 de nutrition entérale à domicile, avec pompe, peuvent s'ajouter aux paniers à perfusion.	1 039	
1135305	**Perfusion, perfuseur de précision volumétrique non réutilisable, achat.**	1 192	
1196413	**Perfusion, accessoires non réutilisables de remplissage.** Accessoires à usage unique de remplissage du perfuseur et du diffuseur portable. La prise en charge est accordée par perfusion à concurrence de 8,99. Les accessoires sont fournis : - soit à l'unité, et pris en charge à partir des justificatifs des sommes dépensées à concurrence du tarif de responsabilité, - soit sous forme de set	1 494	
1182078	**Perfusion, accessoires à usage unique pour pose de la perfusion.** Ces accessoires sont destinés à la pose de la perfusion au bras du malade en l'absence de chambre à cathéter implantable. La prise en charge est accordée sur la base d'un forfait par perfusion à concurrence de 11,43. Les accessoires sont fournis: - soit à l'unité, et pris en charge à partir des justificatifs des sommes dépensées à concurrence du tarif de responsabilité, - soit sous forme de set	1 900	

1.2.2.2.1.2. Paragraphe 2-Accessoires nécessaires à l'utilisation d'une chambre à cathéter implantable ou d'un cathéter central tunnélisé

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	La prise en charge est accordée uniquement pour la durée prescrite de la cure de traitement et non pour la durée dé mise à disposition du matériel par le fournisseur. La prise en charge est effectuée après consultation ou hospitalisation auprès d'un service spécialisé dans l'accueil des, patients atteints des maladies sous-citées permettant d'assurer l'éducation du, malade ou de sa famille à l'utilisation de ce mode de traitement à domicile. Ces accessoires sont pris en charge pour l'administration : - de chimiothérapie anticancéreuse ; - d'antibiothérapie pour maladies au long cours, chroniques ou récidivantes ; - de traitement antiviral et antifongique des malades immunodéprimés, - de la nutrition parentérale ; - de traitement de la douleur après impossibilité de la poursuite du traitement par la voie orale - de traitement vasodilatateur et anti-agrégant plaquettaire pour les malades atteints d'hypertension artérielle pulmonaire primitive ; - de médicaments destinés au traitement des maladies. du sang, congénitales ou acquises, nécessitant des transfusions répétées. Les accessoires sont fournis : - soit, à l'unité et pris en charge à partir des justificatifs des sommes dépensées à concurrence du tarif de responsabilité ; - soit, sous forme de set.		
1128713	**Perfusion, aiguille de type 1 pour chambre à cathéter implantable.** Aiguilles à biseau tangentiel, type pointe de Huber droite ou courbée	215	
1145031	**Perfusion, aiguille de type 2 pour chambre à cathéter implantable.** Aiguille de type 1 montée sur un système solidaire (adhésif, agrippant...) permettant le maintien de celle-ci. La prise en charge est assurée dans la limite de trois attributions maximales par semaine.	1 124	

1185668	**Perfusion, accessoires pour chambre à cathéter implantable ou cathéter central.** Accessoires stériles non réutilisables pour pose de la perfusion, nécessaires à d'utilisation d'une chambre à cathéter implantable ou d'un cathéter central. Ils sont pris en charge dans la limite de trois attributions maximales par semaine s'ils sont délivrés avec des aiguilles de type 2, mais sans limitation d'attribution en cas de délivrance avec des aiguilles de type 1. Ces accessoires sont notamment : masque, champs, gants, calot, compresses, seringue, aiguille, adhésif transparent, prolongateur, robinet à 3 voies.	1 343	
1128328	**Perfusion, accessoires pour hépariner, chambre à cathéter ou cathéter central.** Accessoires stériles non réutilisables pour pose de la perfusion, nécessaires pour hépariner une chambre à cathéter implantable ou un cathéter central. Ils sont pris en charge dans la limite d'une attribution maximale dans le cas d'une chambre à cathéter et de trois attributions maximales dans le cas d'un cathéter central, pour 15 jours (même en dehors des cures): Ces accessoires sont notamment : masque; champs, gants, calot, compresses, seringue et aiguille.	1 091	

1.2.2.2.1.3. Paragraphe 3-Pieds et potences à sérum à roulettes

Code	Nomenclature.	Tarif en F.CFP	
1111782	**Perfusion, pied à sérum à roulettes à l'achat.** Le forfait hebdomadaire 1 de nutrition entérale à domicile, sans pompe, ainsi que le forfait hebdomadaire 2 de nutrition entérale à domicile, avec pompe, peuvent s'ajouter aux pieds à sérum à roulettes.	13 178	
1146349	**Perfusion, pied/potence à sérum, location hebdomadaire, < ou = 65 semaines.** Pied ou potence à sérum, adaptables ou non. Location hebdomadaire continue, calculée de date à date, première période jusqu'à la 65e semaine. La prise en charge de cette référence est assurée exclusivement pour les patients ne nécessitant pas de lits médicaux. Pour les patients pour lesquels la prise en charge d'un lit médical est assurée, la prise en charge de cette référence est assurée dans le tarif des références 1241763 et 1270316.	203	
1126128	**Perfusion, pied/potence à sérum, location hebdomadaire, > 65 semaines.** Location hebdomadaire au-delà de la 65e semaine. La prise en charge de cette référence est assurée exclusivement pour les patients ne nécessitant pas de lits médicaux. Pour les patients pour lesquels la prise, en charge d'un lit médical est assurée, la prise en charge de cette référence est assurée dans le tarif des références 1241763 et 1270316.	126	
1101312	**Perfusion, pied à sérum, forfait de livraison à domicile.** Ce forfait ne peut s'ajouter à aucun autre forfait de livraison. Sa prise en charge est associée aux références 1146349 et 1126128.	2 155	

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

1.2.2.2.2. Sous-section 2: Diffuseurs portables

Il est livré avec une seringue stérile de 50 ml à embout Luer Lock.

Un diffuseur portable stérile est un dispositif médical externe non implantable, à usage unique, non programmable qui permet la diffusion parentérale à débit continu en ambulatoire de produits médicamenteux par un mécanisme utilisant une énergie autre que la gravité et le corps humain.

Un diffuseur portable stérile doit répondre aux exigences suivantes :

- une tolérance de variation de débit de ± 15 % par rapport au débit nominal ;
- un filtre antiparticulaire dont la porosité est inférieure ou égale à 7 µm ;
- un système antireflux pour le remplissage ;
- une protection du réservoir ;
- les solutions administrées doivent avoir fait l'objet d'études de stabilité et de compatibilité avec les matériaux du diffuseur portable. (Se référer à la liste des médicaments, citée dans la notice, avec lesquels le dispositif est compatible ou incompatible.) En aucun cas le diffuseur portable ne doit contenir de latex en contact direct avec le patient ou la solution médicamenteuse.

La prise en charge d'un diffuseur portable stérile est assurée pour l'administration :

- de chimiothérapie(s) anticancéreuse(s) ;
- d'antibiothérapie(s) au long cours ou itérative(s) ;
- de traitement(s) antiviral(aux) et/ou antifongique(s) chez les malades immunodéprimés ;
- de traitement(s) de la douleur ;
- de traitement(s) vasodilatateur(s) chez les malades atteints d'hypertension artérielle pulmonaire primitive ;
- de médicament(s) destiné(s) au traitement des maladies du sang congénitales ou acquises ;
- de médicament(s) pour l'analgésie post-opératoire ;
- de traitement(s) immunosuppresseur(s) ;
- de traitement(s) anticoagulant(s) et fibrinolytique(s) ;
- de médicament(s) destiné(s) au traitement des maladies de surcharge du lysosome.

1.2.2.2.2.1. Paragraphe 1-Diffuseurs portables stériles de durée inférieure à 6 heures (< 6 h) ou égale ou supérieure à 6 heures et inférieure à 72 heures (= ou > 6 h et < 72 h) ou égale ou supérieure à 72 heures (> 72 h).

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1188431	**Perfusion, diffuseur, < 6 h, seringue 50 ml** Diffuseur portable stérile pour perfusion d'une durée inférieure à 6 heures, livré avec une seringue stérile de 50 ml à embout Luer Lock. La prise en charge est assurée pour un seul diffuseur par médicament et par séance de perfusion.	4 821	4 821
1116584	**Perfusion, diffuseur, = ou > 6 h et < 72 h, seringue 50 ml** Diffuseur portable stérile pour perfusion d'une durée égale ou supérieure à 6 heures et inférieure à 72 heures, livré avec une seringue stérile de 50 ml à embout Luer Lock. La prise en charge est assurée pour un seul diffuseur par médicament et pour la durée totale de perfusion.	5 320	5 320

1132560	**Perfusion, diffuseur, = ou > 72 h, seringue 50 ml** Diffuseur portable stérile pour perfusion d'une durée égale ou supérieure à 72 heures, livré avec une seringue stérile de 50 ml à embout Luer Lock. La prise en charge est assurée pour un seul diffuseur par médicament pour une période de perfusion comprise entre 72 heures au minimum et 5 jours au maximum.	5 819	5819

1.2.2.2.2. Paragraphe 2-Prestation de livraison des diffuseurs portables

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1161024	**Perfusion, diffuseur, forfait de mise à disposition à domicile pour quatre semaines.** La prise en charge de ce forfait est assurée sur prescription médicale. Ce forfait comprend au minimum : - la livraison ; - la fourniture de la notice d'utilisation du matériel et un livret patient comprenant les coordonnées du prestataire. La prise en charge est assurée dans la limite d'un forfait couvrant quatre semaines à compter du premier jour de la cure, quelle que soit la durée de la cure. Ce forfait est éventuellement renouvelable dans les mêmes conditions. La prise en charge de ce forfait de livraison est subordonnée au caractère remboursable du diffuseur lui-même.	5 069	

1.2.2.2.3. Sous-section 3 : Systèmes actifs pour perfusion à domicile

Seuls sont pris en charge les appareils ayant une source d'alimentation sur secteur et sur batterie ou sur batterie seule.

La prise en charge est assurée après consultation ou hospitalisation auprès d'un service spécialisé dans l'accueil des malades permettant d'assurer l'éducation du patient ou de sa famille à l'utilisation de ce mode de traitement à domicile.

La prise en charge est assurée pour l'administration :

- de chimiothérapie anticancéreuse ;
- d'antibiothérapie pour maladies au long cours, chroniques ou récidivantes ;
- de traitement antiviral et antifongique (des malades immunodéprimés) ;
- de traitement de la douleur après impossibilité de la poursuite du traitement par la voie orale ;
- de traitement vasodilatateur et antiagrégant plaquettaire pour les malades atteints d'hypertension artérielle pulmonaire primitive ;
- de médicaments destinés au traitement des maladies du sang, congénitales ou acquises, nécessitant des transfusions répétées ;
- d'insuline ;
- d'apomorphine dans le traitement de certaines formes graves de la maladie de Parkinson par pompe programmable.

La prise en charge est assurée selon la pathologie et la durée de traitement escomptée, soit à l'achat pour des durées escomptées supérieures à un an, soit à la location. La prise en charge à la location de tous les systèmes actifs pour perfusion, à l'exception des pompes à insuline visées au paragraphe 4, est assurée pour une durée maximale d'un an.
À l'issue de cette période, le renouvellement de la prise en charge à la location est subordonné à une évaluation de l'efficacité du traitement et de l'état du patient par le service à l'origine de la prescription initiale et à la justification médicale du maintien de la location en fonction de la durée de traitement escomptée.
La prise en charge couvre l'achat ou la location de l'appareil et l'achat des accessoires spécifiques et de remplissage à usage unique décrit dans les spécifications techniques.
Dans le cadre de la location de l'appareil, elle est accordée uniquement pour la durée prescrite de la cure de médicament et non pour la durée de mise à disposition du matériel par le fournisseur.

1.2.2.2.3.1. Paragraphe 1: Système actif en poste fixe

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	
1185094	**Perfusion, système actif en poste fixe, achat du pousse-seringue à 1 voie.**	135 384	
1109288	**Perfusion, système actif en poste fixe, achat du pousse-seringue à 2 voies et plus.**	250 580	
1138309	**Perfusion, système actif en poste fixe, location du pousse-seringue à 1 voie.** Forfait journalier ; le tarif comprend la maintenance de l'appareil.	327	
1122509	**Perfusion, système actif en poste fixe, location du pousse-seringue à 2 voies et plus.** Forfait journalier ; le tarif comprend la maintenance de l'appareil.	606	
1140973	**Perfusion, système actif en poste fixe, achat de la pompe programmable**. Quel que soit le nombre de voies.	295 707	
1171471	**Perfusion, système actif en poste fixe, location de la pompe programmable.** Forfait journalier ; le tarif comprend la maintenance de l'appareil.	712	

1.2.2.2.3.2. Paragraphe 2: Système actif ambulatoire

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1130377	**Perfusion, système actif ambulatoire, achat du pousse-seringue.** Quel que soit le nombre de voies	212 577	
1144681	**Perfusion, système actif ambulatoire, location du pousse-seringue**. Forfait journalier quel que soit le nombre de voies ; le tarif comprend la maintenance de l'appareil.	642	
1187472	**Perfusion, système actif ambulatoire, achat de la pompe programmable hors insuline.** Quel que soit le nombre de voies.	464 343	464 343
1183333	**Perfusion, système actif ambulatoire, location pompe programmable, hors insuline.** Forfait journalier quel que soit le nombre de voies ; le tarif comprend la maintenance de l'appareil. La prise en charge de cette référence n'est pas assurée pour l'administration d'insuline.	1 426	1 426

1.2.2.2.3.3. Paragraphe 3: Accessoires à usage unique

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	
	Ce sont tous les accessoires : les accessoires de remplissage du système ainsi que tous les accessoires spécifiques. Les accessoires spécifiques sont: seringues pour le pousse-seringue, réservoir spécial avec tubulure(s) pour pompe ambulatoire, perfuseur et tubulure(s) pour pompe en poste fixe. Les accessoires sont fournis : - soit à l'unité et pris en charge à partir des justificatifs des sommes dépensées à concurrence du tarif de responsabilité ; - soit sous forme de set.		
1130420	**Perfusion, système actif, accessoires à usage unique pour pousse-seringue.** Accessoires à usage unique pour système actif adaptés au pousse-seringue, par voie et par perfusion.	2 374	
1154739	**Perfusion, système actif, accessoires à usage unique pour pompes fixes.** Accessoires à usage unique pour système actif adaptés aux pompes fixes, par voie et par perfusion.	1 721	
1199506	**Perfusion, système actif, accessoires à usage unique pour pompes ambulatoires, hors insuline.** Accessoires à usage unique pour système actif pour pompes ambulatoires, par voie et par perfusion, hors administration d'insuline. La prise en charge de cette référence n'est pas assurée pour l'administration d'insuline.	5 463	

1185020	**Perfusion, système actif, forfait de mise à disposition, hors insuline.** Forfait de mise à disposition du système actif pour le traitement à domicile du patient. Ce forfait comprend au minimum : - la livraison du matériel et des consommables ; - la fourniture de la notice d'utilisation du matériel et d'un livret patient comprenant les coordonnées du prestataire ; - la démonstration de l'utilisation du matériel ; - l'organisation d'une astreinte 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 ; - l'intervention, si nécessaire à domicile, dans les 12 heures suivant la demande, pour la maintenance et la réparation du matériel ; - en cas d'impossibilité de réparation dans les 24 heures, la fourniture d'un système actif de remplacement disposant des mêmes fonctions que le matériel initial ; - la récupération du matériel en fin de cure, son nettoyage, sa désinfection et sa révision technique. La prise en charge est assurée dans la limite d'un forfait couvrant 4 semaines à compter du premier jour de la cure, quelle que soit la durée de la cure. Ce forfait est éventuellement renouvelable dans les mêmes conditions. La prise en charge de ce forfait de livraison est subordonnée au caractère remboursable du système actif de perfusion à domicile.	13 063	

1.2.2.2.4. Sous-section 4 : Dispositifs médicaux pour insulinothérapie

1.2.2.2.4.1. Paragraphe 1 : Pompes à insuline externes, portables et programmables

La prise en charge est assurée pour le diabète de type 1 ou de type 2 ne pouvant être équilibré par une insulinothérapie par multi-injections sous-cutanées d'insuline.
La prescription initiale d'une pompe à insuline externe, portable et programmable doit être réalisée dans un centre initiateur adulte ou pédiatrique, pour l'enfant, répondant aux cahiers des charges définis ci-dessous. Cette prescription est faite pour un maximum de 6 mois.
Le renouvellement de la prescription, également réalisé pour au maximum 6 mois, est effectué par un médecin spécialiste en endocrinologie et métabolisme ou titulaire de la compétence ordinale en endocrinologie et métabolisme ou un médecin titulaire de la compétence ordinale en diabétologie et nutrition travaillant en concertation avec le centre initiateur. Chez les enfants, ce renouvellement sera effectué par un pédiatre expérimenté en diabétologie du centre initiateur pédiatrique ou d'une structure pédiatrique travaillant en concertation avec le centre initiateur pédiatrique.
La prescription doit préciser :
- la marque et le modèle de la pompe ;
- la marque et le modèle de consommable et le nombre nécessaire par mois.
Le prescripteur doit s'assurer de la compatibilité des consommables avec la pompe prescrite telle qu'attestée par le marquage CE.
Une réévaluation de l'opportunité de la poursuite du traitement doit être faite tous les ans dans un centre initiateur.

Toute prescription pour un changement de pompe, à l'achat ou à la location, doit être faite dans un centre initiateur. Ce changement ne peut pas intervenir avant 4 ans sans préjudice des des dispositions de l'article LP 36 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée.
Un centre initiateur pour adultes doit s'appuyer sur une équipe multiprofessionnelle formée, à la prise en charge intensive du diabète, notamment à l'éducation thérapeutique, et au traitement par pompe à insuline.
Cette équipe est composée notamment de deux médecins spécialistes en endocrinologie et métabolismes, d'une infirmière et d'une diététicienne. L'équipe doit participer au moins une fois par an à une formation continue sur les pompes.
L'équipe confirme l'indication du traitement par pompe conformément aux données relatives à la prise en charge et aux recommandations professionnelles de bonne pratique.
Au moins 10 débuts de traitement par pompe par an et au moins 25 patients suivis régulièrement après trois ans de fonctionnement sont nécessaires pour un niveau d'implication et decompétence suffisant du centre.
Les patients sont adressés au centre initiateur pour débuter le traitement après une période d'évaluation de la prise en charge et de discussion de l'indication par le diabétologue de suivi (document écrit).
Une astreinte médicale 24 heures sur 24 est assurée par l'équipe diabétologique du centre initiateur. Le centre doit disposer, en interne ou à proximité, d'une structure d'accueil des urgences diabétologiques.
Un programme structuré d'éducation concernant les pompes est élaboré et écrit, ainsi que des documents d'évaluation et de synthèse. Des documents écrits concernant les différents aspects de l'éducation au traitement sont remis au patient, notamment en ce qui concerne la conduite à tenir en cas d'incident et le schéma de remplacement, ainsi que la conduite à tenir lors des astreintes de son centre.
L'initiation au traitement requiert une formation intensive du patient en hospitalisation.
La structure multiprofessionnelle réalise une réévaluation annuelle de l'opportunité de la poursuite du traitement par pompe à insuline chez un patient donné.
Un centre initiateur pour adultes a 3 grandes missions qui sont l'initiation du traitement, la réévaluation annuelle et la formation des soignants.
L'équipe du centre initiateur pédiatrique doit être composée d'un pédiatre expérimenté en diabétologie, d'une infirmière ou puéricultrice formée à la prise en charge intensive du diabète, notamment à l'éducation thérapeutique, et au traitement par pompe à insuline et d'une diététicienne ayant une compétence dans le diabète de l'enfant.
L'équipe doit participer au moins une fois par an à une formation continue sur les pompes.
La structure pédiatrique d'initiation du traitement ambulatoire par pompe doit assurer le suivi simultané d'au moins 50 enfants diabétiques et le suivi d'au moins 5 enfants sous pompe au terme de deux ans de fonctionnement.
L'indication du traitement par pompe est posée par le centre initiateur pédiatrique après une période d'évaluation de la prise en charge.
L'initiation au traitement requiert une formation intensive en hospitalisation. Cette formation s'adresse à l'enfant mais également aux parents. Un programme structuré d'éducation concernant les pompes est élaboré et écrit, ainsi que des documents d'évaluation et de synthèse. Des documents écrits concernant les différents aspects de l'éducation au traitement sont remis au patient comme aux parents, notamment en ce qui concerne la conduite à tenir en cas d'incident et le schéma de remplacement, ainsi que la conduite à tenir lors des astreintes.
La structure travaille en coordination avec un secteur d'hospitalisation à proximité équipé pour l'accueil des urgences. Une astreinte médicale téléphonique est assurée 24 heures sur 24.
Le suivi de l'enfant est assuré par un pédiatre expérimenté en diabétologie du centre initiateur pédiatrique ou d'une structure pédiatrique travaillant en concertation avec le centre initiateur pédiatrique selon l'organisation régionale. Le centre initiateur assure l'évaluation annuelle de ce traitement.
Dans les rares cas où il n'y aurait pas de centre initiateur pédiatrique dans une région, un centre initiateur pour adultes (tel que défini précédemment) pourrait être amené à prendre en charge un enfant, en collaboration avec une équipe pédiatrique régionale qui suit des enfants diabétiques (expertise diabète de l'enfant). Cette

équipe doit néanmoins respecter les spécificités pédiatriques pour les indications, la phase préalable à l'indication, les contre-indications, les critères d'arrêt et d'évaluation annuelle.

Les prestataires doivent :

- être en mesure de présenter et assurer la formation technique du patient, à la demande du centre initiateur, de toutes les pompes prescrites par celui-ci ;
- respecter les règles de matériovigilance ;
- établir des procédures internes écrites.

La formation technique (initiale et continue) du patient ainsi que l'astreinte doivent être réalisées par un intervenant infirmier.

L'intervenant doit être formé à l'insulinothérapie ou "environnement médical" (formation validée par des experts cliniciens) et formé techniquement aux pompes à insuline par les fabricants.

Il doit également participer au moins une fois par an à une formation continue sur les pompes.

Tous les six mois, dans le cadre du compte rendu de visite du prestataire, un récapitulatif complet de la consommation mensuelle de cathéters par le patient est transmis au médecin prescripteur et au patient.

Si, lors de ces visites à six mois ou à toute autre occasion, le prestataire constate une consommation inférieure à six cathéters par mois, après consultation du médecin prescripteur, un accompagnement spécifique est proposé au patient par le prestataire afin de déterminer avec lui les causes de cette sous-consommation, de vérifier le bon usage du dispositif médical et notamment sur les points d'insertion et le changement régulier des cathéters en conformité avec les recommandations de la société savante et/ou de son prescripteur. Dans ce cas, le médecin prescripteur est tenu informé régulièrement, par le prestataire de l'évolution des utilisations de cathéters par le patient.

Code	**Nomenclature**	**Tarif en F.CFP**	**PLV en F.CFP TTC**
1131170	**Perfusion, pompe externe à insuline, location et prestation, forfait journalier.** La prise en charge de cette référence est assurée pour l'administration de l'insuline. Ce forfait comprend la location et la maintenance de la pompe ainsi que la prestation définie ci-dessous. Cette prestation comprend au minimum : - la fourniture de la notice d'utilisation du matériel et d'un livret patient comprenant les coordonnées du prestataire (comprenant entre autres le numéro d'astreinte technique) ainsi que le contenu de la prestation ; - l'organisation d'une astreinte 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 ; - l'intervention, si nécessaire à domicile, dans les 12 heures suivant la demande, pour la maintenance et la réparation du matériel ; - en cas d'impossibilité de réparation dans les 24 heures, la fourniture d'une pompe de remplacement de même modèle, si nécessaire ; - la récupération, le nettoyage, la décontamination et la révision technique de la pompe selon les recommandations du fabricant ; - le retour d'information écrit au prescripteur sur le suivi des patients et les incidents ainsi que le compte rendu de toutes les interventions ;	1 137	1 137

	- un rappel régulier de la formation technique initiale du patient ainsi que la vérification du bon fonctionnement de la pompe. Ce rappel et cette vérification de la pompe seront réalisés par le prestataire au bout de 3 mois puis tous les 6 mois soit chez le prestataire, soit au domicile du patient. Cette intervention est justifiée au domicile pour les personnes ayant des difficultés à se déplacer et pour permettre la formation technique continue des personnes de l'entourage (dont l'intervention est nécessaire dans le traitement) et ayant également des difficultés à se déplacer. La formation est suivie d'une évaluation par le prestataire et d'un retour de l'information au prescripteur. Cette formation technique continue, réalisée par le prestataire, doit comprendre : 1. L'évaluation des connaissances du patient au début de la formation ainsi qu'à la fin. 2. La reprise point par point de la formation technique initiale, en faisant refaire les manipulations par le patient, ainsi que les règles de sécurité. 3. La reprise de ce qui n'a pas été compris. 4. La vérification de la pompe, son bon entretien et la bonne connaissance par le patient de la technique de reprogrammation. 5. La vérification que le patient a toujours son schéma de remplacement, ainsi que la date de péremption de l'insuline, du stylo et du kit d'urgence.		
1146183	**Perfusion, système actif ambulatoire, forfait de formation technique initiale**. Ce forfait comprend la formation technique individuelle d'initiation à l'utilisation de la pompe qui peut être faite par le prestataire, sur prescription du centre initiateur, si cette formation n'est pas réalisée par le centre initiateur. Elle a pour objectif d'assurer la maîtrise technique de l'utilisation de la pompe en toute sécurité et est réalisée en plusieurs temps. La prise en charge est assurée dans la limite d'un forfait par pompe. La formation technique initiale du patient doit contenir : 1. L'apprentissage du fonctionnement de la pompe avec l'apprentissage de réglages simples (piles, date, débit de base et bolus) et de réglages avancés (débits temporaires, bolus particuliers, utilisations d'alarmes de rappel, reprogrammation...) ; 2. L'utilisation des consommables (réservoir et cathéter) et la connaissance des règles de sécurité ; 3. L'attitude face aux alarmes et aux pannes du matériel ; 4. L'entretien courant du matériel ; 5. Les précautions d'utilisation ; 6. Les possibilités de port de pompe ; 7. Les connaissances de la procédure d'astreinte : différents numéros de téléphone, schéma de remplacement et kit d'urgence, rôle du prestataire ; 8. L'évaluation des connaissances à l'issue de la mise sous pompe. Cette formation technique initiale peut avoir lieu : - chez le prestataire ; - au domicile du patient ; - au centre initiateur.	60 904	60 904

1120663	**Perfusion, pompe externe à insuline, cathet. Et consom. Associés, forf. Journalier.** Forfait journalier pour cathéter et consommables associés pour pompe externe à insuline. Ce forfait, facturé par journée de prise en charge, comprend la fourniture par le prestataire des cathéters et consommables, conformément à la prescription médicale établie en référence aux recommandations professionnelles de bonne pratique.	1 075	1 075

1.2.2.2.4.2. Paragraphe 2 : Pompes à insuline externes sans tubulure extérieure dites « pompes patchs »

OMNIPOD

1. DESCRIPTION

OMNIPOD est une pompe externe pour administration d'insuline par voie sous cutanée, sans tubulure extérieure qui se compose :
- d'une pompe non réutilisable, le POD

Cette pompe est adhésive, elle est destinée à stocker et à administrer l'insuline par voie sous-cutanée. Elle est à usage unique et sa durée normale d'utilisation est de 3 jours et correspond à la durée maximale préconisée par le fabricant. La pompe ne permet pas de remplissages itératifs.
Le POD est placé sur l'abdomen du patient. Il est composé des éléments suivants :
- un réservoir à insuline (capacité minimale de 85 unités d'insuline (UI), capacité maximale de 200 UI (2 ml)) avec de l'insuline U 100 à action rapide Novorapid, Humalog, Apidra),
- un système d'insertion automatique de la canule (longueur de la canule de 9 mm insérée à une profondeur sous-cutanée d'environ 6,5 mm),
- des piles permettant son fonctionnement (4 piles bouton intégrées qui ne doivent pas être éliminées avec les déchets ménagers).
- une motorisation du piston (entrainée par un fil métallique à mémoire de forme),
- un système électronique avec mémorisation des réglages permettant la délivrance de l'insuline basale même en l'absence de la télécommande,
- un système de communication par radiofréquence avec le programmateur.
- d'un programmateur sans fil, le PDM (Personal Diabetes Manager) intégrant un lecteur de glycémie

Le PDM est un dispositif de contrôle qui regroupe les fonctions de réglage, de programmation du POD et un lecteur de glycémie. Il est destiné à un patient unique.
Les deux éléments constitutifs du système communiquent par radiofréquence (433 Mhz), selon un protocole de communication propriétaire défini comme limitant les risques d'interférences. Le PDM doit se trouver au maximum à 61 cm du POD. Le PDM refuse toute connexion s'il se trouve en présence de plusieurs POD dans son champ de détection.

2. INDICATION

Diabète de type 1 ou de type 2 ne pouvant être équilibré par une insulinothérapie par multi-injections sous cutanées d'insuline.
La prescription de OMNIPOD, sauf situation médicale particulière du patient, ne s'adresse qu'à des patients dont la consommation est inférieure ou égale à 60 U par jour.
La pompe OMNIPOD n'est pas adaptée aux enfants pour lesquels un débit de base inférieur à 0,05 U/h est nécessaire.

3. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION

3.1 La prescription
- La prescription initiale de OMNIPOD doit être réalisée dans un centre initiateur de pompe à insuline portable programmable, adulte ou pédiatrique, pour l'enfant, répondant au cahier des charges définis ci-dessous. Cette prescription est faite pour une durée maximum de 6 mois.

La prescription doit préciser :
- le nombre de PODs nécessaire par mois.

Une réévaluation de l'opportunité de la poursuite du traitement doit être faite tous les ans dans un centre initiateur
- Le renouvellement du PDM de OMNIPOD ne peut intervenir avant l'expiration de la garantie de 4 ans
- si une formation technique à l'utilisation de la pompe par le prestataire est nécessaire.
- Le renouvellement de la prescription, également réalisé pour une durée maximum de 6 mois, est effectué par un médecin spécialiste en endocrinologie et métabolisme ou titulaire de la compétence ordinale en endocrinologie et métabolisme ou un médecin titulaire de la compétence ordinale en diabétologie et nutrition travaillant en concertation avec le centre initiateur.
Chez les enfants, ce renouvellement sera effectué par un pédiatre expérimenté en diabétologie du centre initiateur pédiatrique ou d'une structure pédiatrique travaillant en concertation avec le centre initiateur pédiatrique.
- Si la prescription est faite pour un patient actuellement sous pompe à insuline avec cathéter, elle ne peut intervenir qu'à l'issue des quatre années prévues pour un changement de pompe, sauf situation médicale du patient réellement justifiée.
3.2 Centre initiateur
- centre initiateur pour adultes
Un centre initiateur pour adultes doit s'appuyer sur une équipe multi professionnelle formée à la prise en charge intensive du diabète, notamment à l'éducation thérapeutique, et au traitement par pompe à insuline.
Cette équipe est composée notamment de deux médecins spécialistes en endocrinologie et métabolisme, d'une infirmière et d'une diététicienne. L'équipe doit participer au moins une fois par an à une formation continue sur les pompes.
L'équipe confirme l'indication du traitement par pompe conformément aux données relatives à la prise en charge et aux recommandations professionnelles de bonne pratique.
Au moins 10 débuts de traitements par pompe par an et au moins 25 patients suivis régulièrement après trois ans de fonctionnement sont nécessaires pour un niveau d'implication et de compétence suffisant du centre.
Les patients sont adressés au centre initiateur pour débuter le traitement après une période d'évaluation de la prise en charge et de discussion de l'indication par le diabétologue de suivi (document écrit).
Une astreinte médicale 24h/24 est assurée par l'équipe diabétologique du centre initiateur. Le centre doit disposer, en interne ou à proximité, d'une structure d'accueil des urgences diabétologiques.
Un programme structuré d'éducation concernant les pompes est élaboré et écrit, ainsi que des documents d'évaluation et de synthèse. Des documents écrits concernant les différents aspects de l'éducation au traitement sont remis au patient notamment en ce qui concerne la conduite à tenir en cas d'incident et le schéma de remplacement, ainsi que la conduite à tenir lors des astreintes de son centre.
L'initiation au traitement requiert une formation intensive du patient en hospitalisation.
La structure multi professionnelle réalise une réévaluation annuelle de l'opportunité de la poursuite du traitement par pompe à insuline chez un patient donné.
Un centre initiateur a trois grandes missions qui sont l'initiation du traitement, la réévaluation annuelle et la formation des soignants.
- centre initiateur pédiatrique
L'équipe du centre initiateur pédiatrique doit être composée d'un pédiatre expérimenté en diabétologie, d'une infirmière ou puéricultrice formée à la prise en charge intensive du diabète, notamment à l'éducation thérapeutique, et au traitement par pompe à insuline et d'une diététicienne ayant une compétence dans le diabète de l'enfant.
L'équipe doit participer au moins une fois par an à une formation continue sur les pompes.
La structure pédiatrique d'initiation du traitement ambulatoire par pompe doit assurer le suivi simultané d'au moins 50 enfants diabétiques et le suivi d'au moins 5 enfants sous pompe au terme de deux ans de fonctionnement.

L'indication du traitement par pompe est posée par le centre initiateur pédiatrique après une période d'évaluation de la prise en charge.
L'initiation au traitement requiert une formation intensive en hospitalisation. Cette formation s'adresse à l'enfant mais également aux parents. Un programme structuré d'éducation concernant les pompes est élaboré et écrit, ainsi que des documents d'évaluation et de synthèse. Des documents écrits concernant les différents aspects de l'éducation au traitement sont remis au patient comme aux parents, notamment en ce qui concerne la conduite à tenir en cas d'incident et le schéma de remplacement, ainsi que la conduite à tenir lors des astreintes.
La structure travaille en coordination avec un secteur d'hospitalisation à proximité équipé pour l'accueil des urgences. Une astreinte médicale téléphonique est assurée 24h/24. Le suivi de l'enfant est assuré par un pédiatre expérimenté en diabétologie du centre initiateur pédiatrique ou d'une structure pédiatrique travaillant en concertation avec le centre initiateur pédiatrique. Le centre initiateur assure l'évaluation annuelle de ce traitement.
Dans les rares cas où il n'y aurait pas de centre initiateur pédiatrique dans une région, un centre initiateur pour adultes (tel que défini précédemment) pourrait être amené à prendre en charge un enfant, en collaboration avec une équipe pédiatrique qui suit des enfants diabétiques (expertise diabète de l'enfant). Cette équipe doit néanmoins respecter les spécificités pédiatriques pour les indications, la phase préalable à l'indication, les contre-indications, les critères d'arrêt et d'évaluation annuelle.
Les prestataires doivent :
- Être en mesure de présenter et assurer la formation technique du patient, à la demande du centre initiateur, des pompes patch à insuline OMNIPOD prescrites par celui-ci.
- Respecter les règles de matériovigilance.
- Établir des procédures internes écrites.
La formation technique (initiale et continue) du patient ainsi que l'astreinte doivent être réalisées par un intervenant infirmier.
L'intervenant doit être formé à l'insulinothérapie ou « environnement médical » (formation validée par des experts cliniciens) et formé techniquement aux pompes à insuline par le fabricant.
Il doit également participer au moins une fois par an à une formation continue sur les pompes.
Tous les six mois, dans le cadre du compte rendu de visite du prestataire, un récapitulatif complet de la consommation mensuelle de POD par le patient est transmis au médecin prescripteur et au patient.
Si, lors de ces visites à six mois ou à toute autre occasion, le prestataire constate une consommation inférieure à six POD par mois, après consultation du médecin prescripteur, un accompagnement spécifique est proposé au patient par le prestataire , afin de déterminer avec lui les causes de cette sous-consommation, de vérifier le bon usage du dispositif médical et notamment sur les points d'insertion et le changement régulier ses POD en conformité avec les recommandations de la société savante et/ou de son prescripteur. Dans ce cas, le médecin prescripteur est tenu informé régulièrement, par le prestataire de l'évolution des utilisations des POD par le patient.
3.3 Garantie
La garantie du programmateur (PDM) est de 4 ans.
En cas de panne du programmateur (PDM), le patient devra contacter le prestataire afin de permettre le remplacement du PDM dans les 24 heures au titre de la garantie.
3.4 Recyclage
Le patient doit avoir à sa disposition lors de la délivrance du POD et des PDM, un nombre suffisant de boites de recyclage (1 boite de retour des PODs usagés pour 3 boites de PODs
fournies, selon les recommandations du distributeur). La gestion du retour des boites de recyclage, des PDM en fin d'usage et leur enlèvement par les organismes de traitement mandatés par le distributeur devra être mis en place.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1158476	**Perfusion, insuline, INSULET, OMNIPOD, forfait formation tech initiale** Perfusion, système actif ambulatoire, forfait de formation technique initiale à l'utilisation de la pompe OMNIPOD de la société INSULET FRANCE. La formation technique initiale à l'utilisation de la pompe peut être faite par le prestataire, sur prescription du centre initiateur, si cette formation n'est pas réalisée par le centre initiateur. Elle a pour objectif d'assurer la maîtrise technique de l'utilisation de la pompe en toute sécurité et est réalisée en plusieurs temps. La formation technique initiale du patient doit contenir : 1. L'apprentissage du fonctionnement du PDM et des PODs avec l'apprentissage de réglages simples (piles, date, débit de base et bolus) et de réglages avancés (débits temporaires, bolus particuliers, utilisations d'alarmes de rappel, reprogrammation …); 2. L'utilisation du PDM et des PODs et la connaissance des règles de sécurité ; 3. L'attitude face aux alarmes et aux pannes du matériel ; 4. L'entretien courant du matériel ; 5. Les précautions d'utilisation ; 6. Les modalités de port du POD ; 7. Les connaissances de la procédure d'astreinte : numéros de téléphone de l'astreinte médicale du centre initiateur et du service après-vente du distributeur, schéma de remplacement et kit d'urgence ; 8. La gestion du retour des PODs usagés ainsi que des PDM en fin d'usage via les boîtes de recyclage pour lesquelles une procédure de réexpédition spécifique est mise en place. La formation est suivie d'une évaluation par le formateur et d'un retour de l'information au prescripteur. Le cas échéant, à l'issue de l'évaluation, la formation technique sera reprise. Puis, le formateur doit ré-évaluer les connaissances du patient. La formation technique du patient doit être réalisée par un intervenant infirmier. L'intervenant doit être formé à l'insulinothérapie (formation validée par des experts cliniciens) et formé techniquement aux pompes à insuline par les fabricants. Il doit également participer au moins une fois par an à une formation continue sur les pompes. REFERENCES PRISES EN CHARGE ZXY-425 (POD) et FRT400 (PDM) La prise en charge est assurée dans la limite d'un forfait par pompe.	60 904	60 904
1115047	**Perfusion, insuline, INSULET, OMNIPOD, forfait journalier POD** Forfait journalier de fourniture des POD, dispositif d'infusion comprenant une pompe, un réservoir d'insuline, un cathéter et une canule plastique à l'insertion automatique.	1 590	1 590

	Ce forfait facturé par journée de prise en charge comprend la fourniture et la livraison des PODS par le prestataire conformément à la prescription médicale établie en référence aux recommandations professionnelles de bonne pratique ainsi que la fourniture, la livraison et la réexpédition des boîtes de recyclage des PODs usagés selon la procédure spécifique mise en place.		
1117201	**Perfusion, insuline, INSULET, OMNIPOD, mise à dispo du PDM et prestation** Ce forfait comprend la mise à disposition d'un PDM actif ainsi que la prestation définie ci-dessous. Cette prestation comprend au minimum : - la fourniture de la notice d'utilisation du matériel et d'un livret patient comprenant les coordonnées du prestataire (comprenant entre autres le numéro d'astreinte technique) ainsi que le contenu de la prestation ; - l'organisation d'une astreinte 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 ; - l'intervention, si nécessaire à domicile, pour la maintenance ou la réparation du PDM, dans les 12 heures suivant la demande, et son remplacement, dans les 24 heures suivant la demande, s'il s'avère défaillant ; - la récupération, le nettoyage, la désinfection et la révision technique du PDM suivant les recommandations du fabricant ; - le retour d'information écrit au prescripteur sur le suivi des patients et les incidents ainsi que le compte rendu de toutes les interventions ; - un rappel régulier de la formation technique initiale du patient ainsi que la vérification du bon fonctionnement du système OmniPod. Ce rappel et cette vérification seront réalisés par le prestataire au bout de 3 mois puis tous les 6 mois soit chez le prestataire soit au domicile du patient. Cette intervention est justifiée au domicile pour les personnes ayant des difficultés à se déplacer et pour permettre la formation technique continue des personnes de l'entourage (dont l'intervention est nécessaire dans le traitement) et ayant également des difficultés à se déplacer. La formation est suivie d'une évaluation par le prestataire et d'un retour de l'information au prescripteur. Cette formation technique continue, réalisée par le prestataire, doit comprendre : 1. L'évaluation des connaissances du patient au début de la formation ainsi qu'à la fin. 2. La reprise point par point de la formation technique initiale, en faisant refaire les manipulations par le patient, ainsi que les règles de sécurité, 3. La reprise de ce qui n'a pas été compris, 4. La bonne connaissance du fonctionnement de la pompe, des modalités d'entretien et de la technique de reprogrammation par le patient. 5. La vérification que le patient a toujours son schéma de remplacement, ainsi que la date de péremption de l'insuline, du stylo et du kit d'urgence.	621	621

OMNIPOD DASH INSULIN MANAGEMENT SYSTEM

1. DESCRIPTION

OMNIPOD DASH INSULIN MANAGEMENT SYSTEM est une pompe externe pour administration d'insuline par voie sous cutanée, sans tubulure extérieure qui se compose de :

- une pompe non réutilisable, le POD

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Cette pompe est adhésive, elle est destinée à stocker et à administrer l'insuline par voie sous-cutanée. Elle est à usage unique et sa durée normale d'utilisation est de 3 jours et correspond à la durée maximale préconisée par le fabricant. La pompe ne permet pas de remplissages itératifs.
Le POD est placé sur une couche de tissu adipeux (notamment, abdomen, hanche, bas du dos, fesse, cuisse, haut du bras du patient).
Il est composé des éléments suivants :
- un réservoir à insuline (capacité minimale de 85 unités d'insuline (UI), capacité maximale de 200 UI (2 ml)) avec de l'insuline U 100 à action rapide Novorapid, Humalog, Apidra et iasp),
- un système d'insertion automatique de la canule (longueur de la canule de 9 mm insérée à une profondeur sous-cutanée d'environ 6,5 mm),
- des piles permettant son fonctionnement (3 piles bouton intégrées qui ne doivent pas être éliminées avec les déchets ménagers),
- une motorisation du piston (entrainée par un fil métallique à mémoire de forme),
- un système électronique avec mémorisation des réglages permettant la délivrance de l'insuline basale,
- un programmateur sans fil, le PDM (Personal Diabetes Manager).

Le PDM est un dispositif de contrôle qui regroupe les fonctions de réglage et de programmation du POD. Il est destiné à un patient unique. Le mode de communication entre le POD et le PDM est la technologie sans fil Bluetooth Low Energy.
Le PDM doit se trouver au maximum à 1,5 m du POD. Le PDM refuse toute connexion s'il se trouve en présence de plusieurs POD dans son champ de détection.

2. INDICATIONS

Diabète de type 1 ou de type 2 ne pouvant être équilibré par une insulinothérapie par multi-injections sous-cutanées d'insuline.
La prescription de OMNIPOD DASH INSULIN MANAGEMENT SYSTEM, sauf situation médicale particulière du patient, ne s'adresse qu'à des patients dont la consommation est inférieure ou égale à 60 U par jour.
La pompe OMNIPOD DASH INSULIN MANAGEMENT SYSTEM n'est pas adaptée aux enfants pour lesquels un débit de base inférieur à 0,05 U/h est nécessaire.

3. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION

3.1 Prescription :
La prescription initiale de OMNIPOD DASH INSULIN MANAGEMENT SYSTEM doit être réalisée dans un centre initiateur de pompe à insuline portable programmable, adulte ou pédiatrique, pour l'enfant, répondant au cahier des charges définis ci-dessous. Cette prescription est faite pour une durée maximum de 6 mois.
Le renouvellement de la prescription, également réalisé pour une durée maximum de 6 mois, est effectué par un médecin spécialiste en endocrinologie et métabolisme ou titulaire de la compétence ordinale en endocrinologie et métabolisme ou un médecin titulaire de la compétence ordinale en diabétologie et nutrition travaillant en concertation avec le centre initiateur. Chez les enfants, ce renouvellement sera effectué par un pédiatre expérimenté en diabétologie du centre initiateur pédiatrique ou d'une structure pédiatrique travaillant en concertation avec le centre initiateur pédiatrique**.**
Le renouvellement du PDM ne peut intervenir avant l'expiration de la garantie de 4 ans.
Si la prescription est faite pour un patient actuellement sous pompe à insuline avec cathéter, elle ne peut intervenir qu'à l'issue des quatre années prévues pour un changement de pompe, sauf situation médicale du patient réellement justifiée.
La prescription doit préciser :
- Le nombre de PODs nécessaire par mois.

Une réévaluation de l'opportunité de la poursuite du traitement doit être faite tous les ans dans un centre initiateur.
- Si une formation technique à l'utilisation de la pompe par le prestataire est nécessaire.

3.2 Centres initiateurs :

- Centre initiateur pour adulte

Un centre initiateur pour adultes doit s'appuyer sur une équipe multi professionnelle formée à la prise en charge intensive du diabète, notamment à l'éducation thérapeutique, et au traitement par pompe à insuline.

Cette équipe est composée notamment de deux médecins spécialistes en endocrinologie et métabolisme, d'une infirmière et d'une diététicienne. L'équipe doit participer au moins une fois par an à une formation continue sur les pompes.

L'équipe confirme l'indication du traitement par pompe conformément aux données relatives à la prise en charge et aux recommandations professionnelles de bonne pratique.

Au moins 10 débuts de traitements par pompe par an et au moins 25 patients suivis régulièrement après trois ans de fonctionnement sont nécessaires pour un niveau d'implication et de compétence suffisant du centre.

Les patients sont adressés au centre initiateur pour débuter le traitement après une période d'évaluation de la prise en charge et de discussion de l'indication par le diabétologue de suivi (document écrit).

Une astreinte médicale 24 h/24 est assurée par l'équipe diabétologique du centre initiateur. Le centre doit disposer, en interne ou à proximité, d'une structure d'accueil des urgences diabétologiques.

Un programme structuré d'éducation concernant les pompes est élaboré et écrit, ainsi que des documents d'évaluation et de synthèse. Des documents écrits concernant les différents aspects de l'éducation au traitement sont remis au patient notamment en ce qui concerne la conduite à tenir en cas d'incident et le schéma de remplacement, ainsi que la conduite à tenir lors des astreintes de son centre.

L'initiation au traitement requiert une formation intensive du patient en hospitalisation. La structure multi professionnelle réalise une réévaluation annuelle de l'opportunité de la poursuite du traitement par pompe à insuline chez un patient donné.

Un centre initiateur a trois grandes missions qui sont l'initiation du traitement, la réévaluation annuelle et la formation des soignants.

- Centre initiateur pédiatrique

L'équipe du centre initiateur pédiatrique doit être composée d'un pédiatre expérimenté en diabétologie, d'une infirmière ou puéricultrice formée à la prise en charge intensive du diabète, notamment à l'éducation thérapeutique, et au traitement par pompe à insuline et d'une diététicienne ayant une compétence dans le diabète de l'enfant.

L'équipe doit participer au moins une fois par an à une formation continue sur les pompes. La structure pédiatrique d'initiation du traitement ambulatoire par pompe doit assurer le suivi simultané d'au moins 50 enfants diabétiques et le suivi d'au moins 5 enfants sous pompe au terme de deux ans de fonctionnement.

L'indication du traitement par pompe est posée par le centre initiateur pédiatrique après une période d'évaluation de la prise en charge.

L'initiation au traitement requiert une formation intensive en hospitalisation. Cette formation s'adresse à l'enfant mais également aux parents. Un programme structuré d'éducation concernant les pompes est élaboré et écrit, ainsi que des documents d'évaluation et de synthèse. Des documents écrits concernant les différents aspects de l'éducation au traitement sont remis au patient comme aux parents, notamment en ce qui concerne la conduite à tenir en cas d'incident et le schéma de remplacement, ainsi que la conduite à tenir lors des astreintes.

La structure travaille en coordination avec un secteur d'hospitalisation à proximité équipé pour l'accueil des urgences. Une astreinte médicale téléphonique est assurée 24 h/24.

Le suivi de l'enfant est assuré par un pédiatre expérimenté en diabétologie du centre initiateur pédiatrique ou d'une structure pédiatrique travaillant en concertation avec le centre initiateur pédiatrique. Le centre initiateur assure l'évaluation annuelle de ce traitement.

Dans les rares cas où il n'y aurait pas de centre initiateur pédiatrique dans une région, un centre initiateur pour adultes (tel que défini précédemment) pourrait être amené à prendre en charge un enfant, en collaboration avec une équipe pédiatrique qui suit des enfants diabétiques (expertise diabète de l'enfant). Cette équipe

doit néanmoins respecter les spécificités pédiatriques pour les indications, la phase préalable à l'indication, les contre-indications, les critères d'arrêt et d'évaluation annuelle.
Les prestataires doivent :
- Etre en mesure de présenter et assurer la formation technique du patient, à la demande du centre initiateur, des pompes patch à insuline OMNIPOD DASH INSULIN MANAGEMENT SYSTEM prescrites par celui-ci.
- Respecter les règles de matériovigilance.
- Etablir des procédures internes écrites.
La formation technique (initiale et continue) du patient ainsi que l'astreinte doivent être réalisées par un intervenant infirmier. L'intervenant doit être formé à l'insulinothérapie ou « environnement médical » (formation validée par des experts cliniciens) et formé techniquement aux pompes à insuline par le fabricant. Il doit également participer au moins une fois par an à une formation continue sur les pompes.
Tous les six mois, dans le cadre du compte rendu de visite du prestataire, un récapitulatif complet de la consommation mensuelle de POD par le patient est transmis au médecin prescripteur et au patient. Si, lors de ces visites à six mois ou à toute autre occasion, le prestataire constate une consommation inférieure à six POD par mois, après consultation du médecin prescripteur, un accompagnement spécifique est proposé au patient par le prestataire , afin de déterminer avec lui les causes de cette sous-consommation, de vérifier le bon usage du dispositif médical et notamment sur les points d'insertion et le changement régulier ses POD en conformité avec les recommandations de la société savante et/ou de son prescripteur. Dans ce cas, le médecin prescripteur est tenu informé régulièrement, par le prestataire de l'évolution des utilisations des POD par le patient.
3.3 Garantie :
La garantie du programmateur (PDM) est de 4 ans.
En cas de panne du programmateur (PDM), le patient devra contacter le prestataire afin de permettre le remplacement du PDM dans les 24 heures au titre de la garantie.
3.4 Recyclage :
Le patient doit avoir à sa disposition lors de la délivrance du POD et des PDM, un nombre suffisant de boîtes de recyclage (1 boîte de retour des PODs usagés pour 3 boîtes de PODs fournies, selon les recommandations du distributeur). La gestion du retour des boîtes de recyclage, des PDM en fin d'usage et leur enlèvement par les organismes de traitement mandatés par le distributeur devra être mis en place.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1139616	**Perfusion, insuline, INSULET, OMNIPOD DASH, forfait formation tech initiale** Perfusion, système actif ambulatoire, forfait de formation technique initiale à l'utilisation de la pompe OMNIPOD de la société INSULET FRANCE. La formation technique initiale à l'utilisation de la pompe doit être faite par le prestataire, sur prescription du centre initiateur, uniquement si cette formation n'est pas réalisée par le centre initiateur. Elle a pour objectif d'assurer la maîtrise technique de l'utilisation de la pompe en toute sécurité et est réalisée en plusieurs temps. La formation technique initiale du patient doit contenir :	60 904	60 904

	1. L'apprentissage du fonctionnement du PDM et des PODs avec l'apprentissage de réglages simples (piles, date, débit de base et bolus) et de réglages avancés (débits temporaires, bolus particuliers, utilisations d'alarmes de rappel, reprogrammation …); 2. L'utilisation du PDM et des PODs et la connaissance des règles de sécurité ; 3. L'attitude face aux alarmes et aux pannes du matériel ; 4. L'entretien courant du matériel ; 5. Les précautions d'utilisation ; 6. Les modalités de port du POD ; 7. Les connaissances de la procédure d'astreinte : numéros de téléphone de l'astreinte médicale du centre initiateur et du service après-vente du distributeur, schéma de remplacement et kit d'urgence ; 8. La gestion du retour des PODs usagés ainsi que des PDM en fin d'usage via les boîtes de recyclage pour lesquelles une procédure de réexpédition spécifique est mise en place. La formation est suivie d'une évaluation par le formateur et d'un retour de l'information au prescripteur. Le cas échéant, à l'issue de l'évaluation, la formation technique sera reprise. Puis, le formateur doit ré-évaluer les connaissances du patient. L'intervenant doit être formé à l'insulinothérapie (formation validée par des experts cliniciens) et formé techniquement aux pompes à insuline par les fabricants. Il doit également participer au moins une fois par an à une formation continue sur les pompes. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE BLE-I1-529 (POD) et INT1-D001-MG (PDM) La prise en charge est assurée dans la limite d'un forfait par pompe		
1102330	**Perfusion, insuline, INSULET, OMNIPOD DASH, forfait journalier POD** Forfait journalier de fourniture des POD, dispositif d'infusion comprenant une pompe, un réservoir d'insuline, un cathéter et une canule plastique à l'insertion automatique. Ce forfait facturé par journée de prise en charge comprend la fourniture et la livraison des PODS par le prestataire conformément à la prescription médicale établie en référence aux recommandations professionnelles de bonne pratique ainsi que la fourniture, la livraison et la réexpédition des boîtes de recyclage des PODs usagés selon la procédure spécifique mise en place.	1 590	1 590
1171181	**Perfusion, insuline, INSULET, OMNIPOD DASH, mise à dispo du PDM et prestation** Ce forfait comprend la mise à disposition d'un PDM actif ainsi que la prestation définie ci-dessous. Cette prestation comprend au minimum : - la fourniture de la notice d'utilisation du matériel et d'un livret patient comprenant les coordonnées du pharmacien ou du prestataire (comprenant entre autres le numéro d'astreinte technique) ainsi que le contenu de la prestation ; - l'organisation d'une astreinte 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 ; - l'intervention, si nécessaire à domicile, pour la maintenance ou la réparation du PDM, dans les 12 heures suivant la demande, et son remplacement, dans les 24 heures suivant la demande, s'il s'avère défaillant ; - la récupération, le nettoyage, la désinfection et la révision technique du PDM suivant les recommandations du fabricant ;	621	621

	- le retour d'information écrit au prescripteur sur le suivi des patients et les incidents ainsi que le compte rendu de toutes les interventions ; - un rappel régulier de la formation technique initiale du patient ainsi que la vérification du bon fonctionnement du système OMNIPOD DASH. Ce rappel et cette vérification seront réalisés par le prestataire au bout de 3 mois puis tous les 6 mois soit chez le prestataire soit au domicile du patient. Cette intervention est justifiée au domicile pour les personnes ayant des difficultés à se déplacer et pour permettre la formation technique continue des personnes de l'entourage (dont l'intervention est nécessaire dans le traitement) et ayant également des difficultés à se déplacer. La formation est suivie d'une évaluation par le prestataire et d'un retour de l'information au prescripteur. Cette formation technique continue, réalisée par le prestataire, doit comprendre : 1. L'évaluation des connaissances du patient au début de la formation ainsi qu'à la fin. 2. La reprise point par point de la formation technique initiale, en faisant refaire les manipulations par le patient, ainsi que les règles de sécurité, 3. La reprise de ce qui n'a pas été compris, 4. La bonne connaissance du fonctionnement de la pompe, des modalités d'entretien et de la technique de reprogrammation par le patient. 5. La vérification que le patient a toujours son schéma de remplacement, ainsi que la date de péremption de l'insuline, du stylo et du kit d'urgence.		

1.2.2.2.4.3. Paragraphe 3 : Système de boucle semi-fermée pour gestion automatisée

Société YPSOMED (YPSOMED)

MYLIFE CAMAPS FX

DESCRIPTION :

Le système MYLIFE CAMAPS FX est composé de 3 éléments connectés entre eux par Bluetooth Low Energy (BLE) :

– une pompe à insuline externe avec tubulure extérieure MYLIFE YPSOPUMP ;

– un système de mesure en continu du glucose interstitiel G6 (DEXCOM) ou FREESTYLE LIBRE 3 (ABBOTT) ;

– une application Android pour smartphone MYLIFE CAMAPS FX. La distance maximale entre le smartphone et les différents composants du système est, selon la notice d'utilisation, de 6 mètres avec système de mesure en continu du glucose interstitiel et entre 5 et 10 mètres avec la pompe à insuline.

Pompe à insuline externe avec tubulure extérieure MYLIFE YPSOPUMP, YPSOMED

Le dispositif de perfusion se fixe sur le corps à l'aide de patchs au niveau de l'abdomen, les fessiers ou le bras. La pompe s'utilise avec les insulines à action rapide et ultra-rapide.

Les données et l'état de la pompe à insuline (niveau de batterie, niveau du réservoir à insuline, débit de base et bolus en cours, date d'expiration de la cartouche) sont affichés et pilotés par l'application MYLIFE CAMAPS FX (en mode « closed loop » aussi appelée « auto-mode » ou « auto- mode on ») et restent visibles sur la pompe. Ces données sont communiquées toutes les 10 secondes à l'application mobile.

Système de mesure en continu du glucose interstitiel G6, DEXCOM

Ce système est composé de deux éléments :

– le capteur qui s'insère dans le tissu sous-cutané au niveau de l'abdomen, à une distance minimale de 7,5 cm de la pompe. Ce capteur est composé d'un inserteur (partie jetable permettant l'introduction de l'électrode) et d'une électrode électrochimique couplée à une enzyme glucose oxydase générant un courant électrique lié à la concentration du glucose dans le liquide interstitiel autour du capteur. La durée d'utilisation du capteur est de 10 jour.
– le transmetteur qui s'enclenche sur le capteur et transfère le signal électrique généré et la valeur de glucose interstitiel correspondante toutes les 5 minutes. La durée d'utilisation du transmetteur est de 3 mois.
Un code propre à chaque capteur et transmetteur est à saisir dans le smartphone hébergeant l'application MYLIFE CAMAPS FX ; aucune calibration n'est nécessaire. Pendant les 2 premières heures après la pose du capteur (phase d'initialisation), aucune valeur de glucose interstitiel n'est visualisée dans le smartphone ; un lecteur de glycémie capillaire est nécessaire sur cette période pour l'autosurveillance glycémique. Après chaque utilisation, il est nécessaire de changer le site d'insertion.
Système de mesure en continu du glucose interstitiel FREESTYLE LIBRE 3, ABBOTT
Ce système est composé d'un capteur de glucose, à usage unique :
– le capteur est inséré en sous-cutané par le patient à l'aide de l'applicateur de capteur sur la face postérieure du bras (uniquement). Il mesure et enregistre les résultats de glucose interstitiel.
Il comporte un filament stérile souple (0,4 mm d'épaisseur), qui est inséré sous la peau (à environ 5 mm), dans le liquide interstitiel. Le filament est relié à un petit disque (dimensions 21 mm x 2,9 mm) et un adhésif médical est utilisé pour maintenir le capteur sur la peau une fois inséré. Son poids est d'un gramme.
– le capteur est à usage unique et peut être porté pendant un maximum de 14 jours. Il est résistant à l'eau, pendant au maximum 30 minutes jusqu'à un mètre de profondeur (indice de protection IP27). Aucune calibration n'est préconisée par le fabricant pendant les 14 jours de port. Le fabricant précise également que le capteur peut être utilisé pour vérifier le taux de glucose au bout de 60 minutes après la pose.
– le capteur permet de collecter et d'enregistrer les données de mesure du glucose générées automatiquement via un réseau Bluetooth Low Energy (BLE) avec une mémoire tampon de 14 jours. La température de fonctionnement du capteur est située entre 10 et 45 degrés. Sa portée est de 6 mètres, en l'absence d'obstacle.
Application Android pour smartphone MYLIFE CAMAPS FX, CamDiab
L'application Android MYLIFE CAMAPS FX (Cambridge Artificial Pancreas System) est téléchargée sur le smartphone du patient qui fait office d'interface patient. Elle permet de :
– visualiser les informations de glucose interstitiel, l'insuline et l'état du système ;
– contrôler la pompe à insuline ;
– centraliser les alarmes ;
– indiquer les repas ou activités physiques.
En cas de coupure d'alimentation des éléments du système sur une période donnée, l'historique inclut les données manquantes de la pompe à insuline MYLIFE YPSOPUMP sur cette période et les données du système de mesure en continu du glucose interstitiel :
– DEXCOM G6 sur les 3 dernières heures ;
– FREESTYLE LIBRE 3 sur les 14 derniers jours.
L'objectif glycémique du patient est paramétré par défaut à 104 mg/dL. Il peut être personnalisé (valeurs extrêmes non précisées dans la notice d'utilisation). Les produits compatibles avec l'application sont les suivants :
– smartphone Android 7.0 ou supérieur ;
– système de mesure en continu du glucose interstitiel G6 (DEXCOM) ;
– système de mesure en continu du glucose interstitiel FREESTYLE LIBRE 3 (ABBOTT) ;
– pompes à insuline Dana Diabecare RS (SOOIL, South Korea) et Dana-i (SOOIL, South Korea) ;

– pompe à insuline MYLIFE YPSOPUMP (YPSOMED).
L'ajustement automatique du débit d'insuline est réalisé par un algorithme de contrôle qui vise à calculer la dose d'insuline basale à administrer au patient à partir des données générées par le patient.
Cet algorithme a une structure et des équations définies et est fondé sur le contrôle prédictif des données enregistrées (filtre de Kalman et stratégie à modèles multiples en interaction). Ce système n'intègre pas d'algorithme génétique ayant la capacité à s'adapter à partir des données du patient.
INDICATIONS PRISES EN CHARGE :
MYLIFE CAMAPS FX associé à l'utilisation d'un système de mesure en continu du glucose interstitiel DEXCOM G6 (DEXCOM) :
– patients diabétiques de type 1, adultes et enfants à partir de 2 ans dont l'objectif glycémique n'est pas atteint en dépit d'une insulinothérapie intensive bien conduite (dose quotidienne totale d'insuline ≥ 8 unités par jour) par perfusion sous-cutanée continue d'insuline (pompe externe) et d'une autosurveillance glycémique pluriquotidienne (≥ 4/j).
MYLIFE CAMAPS FX associé à l'utilisation d'un système de mesure en continu du glucose interstitiel FREESTYLE LIBRE 3 (ABBOTT) :
– patients diabétiques de type 1, adultes et enfants âgés d'au moins 4 ans, dont l'objectif glycémique n'est pas atteint en dépit d'une insulinothérapie intensive bien conduite (dose quotidienne totale d'insuline ≥ 8 unités par jour) par perfusion sous-cutanée continue d'insuline (pompe externe) et d'une autosurveillance glycémique pluriquotidienne (≥ 4/j).
MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION :
Le système MYLIFE CAMAPS FX est destiné aux patients ayant reçu une éducation thérapeutique adaptée à leur pathologie et une formation initiale spécifique à l'emploi de ce système.
La formation technique (initiale et continue) du patient ainsi que l'astreinte doivent être réalisées par un intervenant infirmier ou un pharmacien d'officine.
L'intervenant doit être formé à l'insulinothérapie ou « environnement médical » (formation validée par des experts cliniciens) et formé techniquement aux pompes à insuline par les fabricants. Il doit également participer au moins une fois par an à une formation continue sur les pompes. L'intervenant doit également avoir été préalablement formé et habilité par le fabricant au fonctionnement du système MYLIFE CAMAPS.
Prescription :
La prescription du système MYLIFE CAMAPS FX ainsi que la formation spécifique des patients et/ou de leur entourage à l'utilisation de ce dispositif doivent être assurés par un centre initiateur de pompes à insuline.
L'équipe du centre initiateur doit avoir reçu la formation adéquate à l'utilisation du dispositif.
La prise en charge est assurée après demande d'entente préalable remplie par le médecin prescripteur lors de la prescription initiale. Chez l'adulte, le renouvellement est assuré par un diabétologue d'un centre initiateur de pompes à insuline. Chez l'enfant, le renouvellement peut être effectué par un pédiatre expérimenté en diabétologie.
Formation initiale du patient :
Avant prescription, la formation initiale spécifique du patient et/ou de son entourage à l'emploi de ce dispositif doit lui permettre d'acquérir la maîtrise de :
– l'insertion des capteurs DEXCOM G6 ou des capteurs FREESTYLE LIBRE 3 ;
– l'apprentissage du fonctionnement des capteurs selon les recommandations en vigueur ;
– l'apprentissage du fonctionnement de la pompe et son utilisation ;
– l'utilisation et la gestion de la technologie MYLIFE CAMAPS FX, ainsi que l'interprétation des informations fournies par le système MYLIFE CAMAPS FX pour optimiser leur traitement ;
– l'utilisation du système de suivi et d'analyse des données GLOOKO, le cas échéant.
Éducation spécifique :

Avant prescription, les patients doivent avoir reçu une éducation spécifique leur permettant d'interpréter et d'utiliser les informations fournies par le système MYLIFE CAMAPS FX pour optimiser leur traitement. Cette éducation spécifique doit notamment concerner l'insulinothérapie fonctionnelle nécessaire au comptage des glucides lors des repas ainsi que l'utilisation de la Technologie MYLIFE CAMAPS du système.

Modalités de prise en charge :

Les modalités de prise en charge du système MYLIFE CAMAPS FX devront permettre la mise à disposition dans le cadre d'une prescription de longue durée du système, après une période initiale de 3 mois.

Période initiale :

Avant prescription à long terme, les modalités de prise en charge devront permettre la mise à disposition du système MYLIFE CAMAPS FX pour une période d'essai, d'un mois maximum, pour tout patient candidat au système MYLIFE CAMAPS FX. Cette période doit permettre de sélectionner les patients motivés, capables de porter et d'utiliser le système MYLIFE CAMAPS FX selon :

* Les critères de poursuite suivants :

– adhésion du patient à la technologie ;

– temps de port du capteur DEXCOM G6 ou FREESTYLE LIBRE 3 suffisant (au minimum 75 % du temps) ;

– utilisation suffisante du système MYLIFE CAMAPS FX (temps d'utilisation minimal en boucle semi-fermée de 75 %).

* Les critères d'arrêts suivants :

– choix du patient et/ou de son entourage ;

– mauvaise tolérance ;

– non-respect des consignes demandées par le système MYLIFE CAMAPS FX ;

– temps de port du capteur DEXCOM G6 ou FREESTYLE LIBRE 3 inférieur à 75 % du temps ;

– temps d'utilisation du système en mode boucle fermé inférieur à 75 % ;

– non-respect des consignes de consultation de suivi ;

– non-respect du matériel.

Pour les patients poursuivant l'utilisation du système MYLIFE CAMAPS FX après la période d'essai, une évaluation à 3 mois doit être effectuée afin d'envisager ou non la poursuite du système. Cette évaluation se fonde sur les critères précédemment cités auxquels s'ajoute une évaluation clinique au regard des objectifs fixés a priori (hypoglycémies sévères, décompensation acidocétosique, temps passé au-dessus ou en-dessous des valeurs seuils fixées) et/ou biologique (HbA1c).

Poursuite du traitement :

Pour les patients poursuivant l'utilisation du système MYLIFE CAMAPS FX à l'issue de cette période initiale, une réévaluation, selon les mêmes critères qu'à trois mois et au moins annuelle chez l'adulte (plus fréquemment chez l'enfant, idéalement tous les 3 mois), devra être effectuée en vue du renouvellement de la prescription du système MYLIFE CAMAPS FX. La dégradation de l'équilibre métabolique ou de la qualité de vie peuvent conduire à l'arrêt de l'utilisation du système.

Modalités d'utilisation :

Le système MYLIFE CAMAPS FX n'est pas destiné à se substituer totalement à la mesure de la glycémie capillaire.

L'autosurveillance glycémique est recommandée dans les situations suivantes mentionnées dans le manuel d'utilisation pour le système DEXCOM G6 :

– indisponibilité du capteur : lorsque le « code capteur » n'est pas renseigné après insertion de chaque nouveau capteur DEXCOM G6, lors de la période de démarrage du capteur DEXCOM G6 (période de 2 heures dite « d'échauffement » du capteur), en cas de déconnexion (distance Bluetooth) ;

– indisponibilité ou défaillance d'un des composants du système, notamment en cas de dysfonctionnement de l'application MYLIFE CAMAPS FX (écran figé, perte de connexion entre le smartphone et les composants) ;

– alerte générée par le système demandant une mesure de glycémie capillaire (échec d'envoi de la calibration au transmetteur, erreur du capteur, code propre à chaque capteur non enseigné) ;
– si les valeurs de glucose interstitiel affichées sur le smartphone ne reflètent pas les symptômes d'une glycémie basse/élevée.
L'autosurveillance glycémique est recommandée dans les situations suivantes définies pour le système FREESTYLE LIBRE 3 :
– si les valeurs de glucose interstitiel affichées sur le smartphone ne reflètent pas les symptômes d'une glycémie basse/élevée :
- lorsque les symptômes ne correspondent pas à la valeur de glucose du capteur ;
- lorsque le système n'est pas en mesure de fournir des lectures de glucose interstitiel, notamment lors du démarrage du capteur 1 heure suivant la pose du capteur.

– en cas de dysfonctionnement de l'application CAMAPS FX (écran figé, perte de connexion entre le smartphone et les composants).
En cas de défaillance du capteur de glucose interstitiel en continu, le relais est assuré par l'autosurveillance glycémique capillaire en attendant le remplacement du matériel ; pour ces dispositifs, aucune astreinte 24h/24h n'est nécessaire. Aucune maintenance préventive n'est nécessaire pour le capteur de mesure du taux de glucose interstitiel.
Concernant la pompe à insuline, les modalités suivantes s'appliquent :
– une astreinte médicale est assurée 24 heures sur 24. Pour les patients adultes, cette astreinte est assurée par l'équipe diabétologique du centre initiateur. Pour les enfants, le suivi est assuré par un pédiatre expérimenté en diabétologie. La structure travaille en coordination avec un secteur d'hospitalisation à proximité équipé pour l'accueil des urgences.
– un programme structuré d'éducation concernant les pompes est élaboré et écrit, ainsi que des documents d'évaluation et de synthèse. Des documents écrits concernant les différents aspects de l'éducation au traitement sont remis au patient, notamment en ce qui concerne la conduite à tenir en cas d'incident et le schéma de remplacement, ainsi que la conduite à tenir lors des astreintes de son centre.
– l'initiation au traitement requiert une formation intensive du patient en hospitalisation.
Un centre initiateur pour adultes à 3 grandes missions qui sont l'initiation du traitement, la réévaluation annuelle et la formation des soignants.

Code	Nomenclature	Tarif en F CFP	PLV en F CFP TTC
1152150	**Boucle semi-fermée, YPSOMED, MYLIFE CAMAPS FX, forfait jour licence algorithme.** Forfait journalier pour l'accès au logiciel version 1.4 (173 ou ultérieure) et la prestation de suivi pour le système MYLIFE CAMAPS FX de la société YPSOMED.	583	583
1105920	**Boucle semi-fermée, YPSOMED, MYLIFE CAMAPS FX, forfait jour pompe.** Forfait journalier pour les consommables associés pour le système de boucle semi-fermée MYLIFE CAMAPS FX de la société YPSOMED. Comprend la pompe à insuline externe MYLIFE YPSOPUMP et les consommables associés. Ce forfait, facturé par jour de prise en charge, comprend la fourniture par le prestataire ou le pharmacien d'officine des consommables, conformément à la prescription médicale établie en référence aux recommandations professionnelles de bonne pratique. Le prestataire ou le pharmacien d'officine doit communiquer au patient les numéros spécifiques à contacter pour l'assistance technique (24h/24 et 7j/7).	1 199	1 199

1113427	**Boucle semi-fermée, YPSOMED, MYLIFE CAMAPS FX, forfait jour prestation.** Forfait journalier pour le prestataire ou le pharmacien d'officine pour la mise à disposition des consommables et algorithme associé au dispositif MYLIFE CAMAPS FX. Pour la pompe à insuline en utilisation de base spécifiquement : – un rappel périodique de la formation technique des patients dédiée à la pompe à insuline ; – la vérification du bon fonctionnement de la pompe ; – les interventions de réparation ; – la récupération, le nettoyage, la décontamination et la révision technique de la pompe selon les recommandations du fabricant. Pour le système MYLIFE CAMAPS FX : – l'organisation d'une astreinte téléphonique 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 ; – l'intervention, si nécessaire à domicile, dans les 12 heures suivant la demande, pour la maintenance et la réparation du matériel ; – en cas d'impossibilité de réparation dans les 24 heures, la fourniture d'une pompe de remplacement de même modèle, si nécessaire ; – la fourniture de la notice d'utilisation du matériel et d'un livret patient comprenant les coordonnées du prestataire ou le pharmacien d'officine et décrivant le contenu de la prestation ; – la vérification de la pose, de l'initialisation, du bon fonctionnement et des bonnes pratiques du capteur et du transmetteur ; – la vérification du bon fonctionnement et de la bonne maîtrise par le patient des différentes fonctionnalités MYLIFE CAMAPS FX sur la base de la formation initiale assurée par le Centre Prescripteur ; – la vérification de la capacité (technique et matérielle) du patient à télécharger ses données +/- assistance au téléchargement ; – la transmission de toute difficulté de prise en charge au centre initiateur ; – la vérification que le patient a toujours son schéma de remplacement, ainsi que la date de péremption de l'insuline, du stylo et du kit d'urgence ; – le suivi régulier de la formation technique du patient initialement assurée par le centre prescripteur ainsi que la vérification du bon fonctionnement de la pompe, du capteur et du transmetteur. La formation est suivie d'une évaluation par le prestataire ou le pharmacien d'officine et d'un retour de l'information au prescripteur. Ce suivi continu a pour but de renforcer et reprendre l'éducation et la formation technique initialement assurée par le Centre Prescripteur, de vérifier les bonnes pratiques et de déceler les mésusages. Le prestataire ou le pharmacien d'officine aura préalablement reçue une formation habilitante dispensée par le fabricant et portant sur le bon usage du dispositif afin d'assurer le suivi continu du patient. Le prestataire ou le pharmacien d'officine consulte les données du patient sur la plateforme afin de détecter tout problème technique. Il vérifie la bonne transmission des données techniques sur la période. Le rappel aura lieu à 3 mois suivant la date d'installation, puis tous les 6 mois, soit chez le prestataire ou pharmacien d'officine, soit au domicile du patient, ou selon toute autre modalité de télésanté autorisée, le cas échéant, pour les volets du	821	821

	suivi pour lesquels le suivi à distance est possible. Cette intervention est justifiée au domicile pour les personnes ayant des difficultés à se déplacer et pour permettre la formation technique continue des personnes de l'entourage (dont l'intervention est nécessaire dans le traitement) et ayant également des difficultés à se déplacer. Tous les 6 mois, dans le cadre du compte rendu de visite de l'infirmier du prestataire ou du pharmacien d'officine, un récapitulatif complet de la consommation mensuelle des dispositifs de perfusion et des capteurs par le patient est transmis au médecin prescripteur et au patient. La facturation de ce code n'est pas cumulable avec les codes 1155302, 1186202, 1145999, 1126737, 1117201, 1115047, 1158476, 1131170, 1120663, 1146183.		
1179260	**Boucle semi-fermée, YPSOMED, MYLIFE CAMAPS FX, forfait de format tech initiale.** La formation technique initiale du patient peut être faite par l'intervenant infirmier du prestataire ou un pharmacien d'officine, sur prescription du centre initiateur, si cette formation n'est pas réalisée par le centre initiateur. L'intervenant doit être formé à l'insulinothérapie ou « environnement médical » (formation validée par des experts cliniciens) et formé techniquement aux pompes à insuline par les fabricants. Il doit également participer au moins une fois par an à une formation continue sur les pompes. La formation technique initiale a pour objectif d'assurer la maîtrise technique de l'utilisation du système en toute sécurité et est réalisée en plusieurs temps. La prise en charge est assurée dans la limite d'un forfait par système MYLIFE CAMAPS FX. La formation technique initiale du patient doit contenir : 1. l'apprentissage du fonctionnement du système dans sa globalité avec ses fonctions simples et avancées incluant le fonctionnement de chacun de ses composants ; 2. l'évaluation des connaissances à l'issue de la mise sous système MYLIFE CAMAPS FX ; 3. l'utilisation des consommables et la connaissance des règles de sécurité ; 4. l'attitude face aux alarmes et aux pannes du matériel ; 5. l'entretien courant du matériel ; 6. les précautions d'utilisation ; 7. les possibilités de port de la pompe et du capteur ; 8. les connaissances de la procédure d'astreinte médicale avec notamment les différents numéros de téléphone, le schéma de remplacement et le kit d'urgence. Cette formation technique initiale peut avoir lieu : – chez le prestataire ou le pharmacien d'officine ; – au domicile du patient ; – au centre initiateur. Cette formation technique initiale est suivie d'une évaluation des connaissances. Si cette évaluation est réalisée par le prestataire ou le pharmacien d'officine, un retour de l'information au prescripteur est nécessaire. La facturation de ce code n'est pas cumulable avec les codes 11558476 et 1146183.	68 409	68 409
1183899	**Boucle semi-fermée, YPSOMED, MYLIFE CAMAPS FX, visite de suivi trimestrielle.**	1 846	1 846

	Forfait de visite de suivi trimestrielle lorsque cette intervention est justifiée au domicile pour les personnes ayant des difficultés à se déplacer et pour permettre la formation technique continue des personnes de l'entourage (dont l'intervention est nécessaire dans le traitement) et ayant également des difficultés à se déplacer. Ce forfait est en complément de l'utilisation du code 1113427 pour la prestation associée au système MYLIFE CAMAPS FX de la société YPSOMED. Le code de facturation 1183899 est limité à 4 par an pour un patient.		
1140364	**Boucle semi-fermée, YPSOMED, MYLIFE CAMAPS FX, livraison mensuelle.** Forfait de livraison mensuelle des consommables nécessaires à l'utilisation du système MYLIFE CAMAPS FX lorsque cette intervention est justifiée pour les personnes ayant des difficultés à se déplacer. Ce forfait est en complément de l'utilisation du code 1113427 pour la prestation associée au système MYLIFE CAMAPS FX de la société YPSOMED. Le code de facturation 1140364 est limité à 12 par an pour un patient.	924	924

Société DIABELOOP

DBLG1

DESCRIPTION :

Le système DBLG1 est composé de 3 éléments connectés entre eux par Bluetooth Low Energy :

▪ Un système de mesure en continu du glucose interstitiel composé d'un capteur et d'un transmetteur :

Ce système est composé de deux éléments :

– le capteur qui s'insère dans le tissu sous-cutané au niveau de l'abdomen, à une distance minimale de 7,5 cm de la pompe. Ce capteur est composé d'un inserteur (partie jetable permettant l'introduction de l'électrode) et d'une électrode électrochimique couplée à une enzyme glucose oxydase générant un courant électrique lié à la concentration du glucose dans le liquide interstitiel autour du capteur.

– le transmetteur qui s'enclenche sur le capteur et transfère le signal électrique généré et la valeur de glucose interstitiel correspondante toutes les 5 minutes Un code propre à chaque capteur et transmetteur est à saisir dans le terminal mobile ; aucune calibration n'est nécessaire. Une durée jusqu'à 30 minutes peut être nécessaire pour permettre au terminal mobile de reconnaitre le capteur. Pendant les 2 premières heures après la pose du capteur (phase d'initialisation), aucune valeur de glucose interstitiel n'est visualisée dans le terminal mobile ; un lecteur de glycémie capillaire est nécessaire sur cette période pour l'autosurveillance glycémique. Après chaque utilisation, il est nécessaire de changer le site d'insertion.

▪ Une pompe à insuline avec tubulure externe :

Il s'agit d'une pompe à insuline réutilisable, avec tubulure extérieure, qui se colle sur le corps à l'aide de patchs au niveau de l'abdomen, les fessiers ou l'avant-bras. Elle s'utilise avec les insulines à action rapide Humalog et Novorapid U100. Le bolus maximal de cette pompe est limité à 20 UI. Les données et l'état de la pompe à insuline (niveau de batterie, niveau du réservoir à insuline, débit de base et bolus en cours, date d'expiration de la cartouche) sont affichés et pilotés par le terminal mobile. Ces données sont communiquées toutes les 10 secondes au terminal mobile. Après chaque utilisation de la pompe, il est nécessaire de changer le site de perfusion.

▪ Un terminal mobile qui héberge notamment le logiciel DBLG1.

Le terminal mobile fait office d'interface patient. Il permet de :

– visualiser les informations de glucose interstitiel, l'insuline et l'état du système ;

– contrôler la pompe à insuline ;
– centraliser les alarmes ou toute demande éventuelle de resucrage que le système proposera en cas de risque d'hypoglycémie significatif (selon le système) ;
– indiquer les repas ou activités physiques.
En cas de coupure d'alimentation du terminal mobile sur une période donnée, l'historique n'inclut pas les données manquantes sur cette période Une distance maximale de 2 mètres entre chaque composant du système (capteur/transmetteur, pompe à insuline et terminal mobile) est nécessaire.
INDICATION PRISE EN CHARGE :
Patients diabétiques de type 1 adultes dont l'équilibre glycémique préalable est insuffisant (taux d'HbA1c ≥ 8 %) en dépit d'une insulinothérapie intensive bien conduite par perfusion sous-cutanée continue d'insuline (pompe externe) pendant plus de 6 mois et d'une autosurveillance glycémique pluriquotidienne (≥ 4/j).
MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION :
Le système DBLG1 est destiné aux patients ayant reçu une éducation thérapeutique adaptée à leur pathologie et une formation initiale spécifique à l'emploi de ce système.
Prescription par l'équipe du centre initiateur :
La prescription du système DBLG1 ainsi que la formation spécifique des patients et/ou de leur entourage à l'utilisation de ce dispositif doivent être assurés par un centre initiateur de pompes à insuline.
L'équipe du centre initiateur doit avoir reçu la formation adéquate à l'utilisation du dispositif. La prise en charge est assurée après demande d'entente préalable remplie par le médecin prescripteur lors de la prescription initiale. Chez l'adulte, le renouvellement est assuré par un diabétologue d'un centre initiateur de pompes à insuline.
Formation initiale du patient par l'équipe du centre initiateur :
Avant prescription, la formation initiale spécifique du patient et/ou de son entourage à l'emploi de ce dispositif doit lui permettre d'acquérir la maîtrise de :
– l'insertion des capteurs ;
– l'apprentissage du fonctionnement de la pompe et son utilisation ;
– l'utilisation et la programmation du terminal mobile (en particulier réglage des alarmes) ;
– l'interprétation et l'utilisation des informations fournies par le système DBLG1 pour optimiser leur traitement.
Éducation spécifique par l'équipe du centre initiateur :
Avant prescription, les patients doivent avoir reçu une éducation spécifique leur permettant d'interpréter et d'utiliser les informations fournies par le système DBLG1 pour optimiser leur traitement.
Modalités de prise en charge par l'équipe du centre initiateur :
Les modalités de prise en charge du système DBLG1 devront permettre la mise à disposition dans le cadre d'une prescription de longue durée du système, après une période initiale de 3 mois.
Période initiale :
Avant prescription à long terme, les modalités de prise en charge devront permettre la mise à disposition du système DBLG1 pour une période d'essai, d'un mois maximum, pour tout patient candidat au système DBLG1. Cette période doit permettre de sélectionner les patients motivés, capables de porter et d'utiliser le système DBLG1 selon :
* Les critères de poursuite suivants :
– adhésion du patient à la technique ;
– utilisation suffisante du système DBLG1 (temps d'utilisation minimal en boucle semi-fermée de 75 %) et observation régulière en temps réel des résultats ;
* Les critères d'arrêts suivants :

– choix du patient et/ou de son entourage ;
– mauvaise tolérance ;
– temps d'utilisation du système en mode boucle fermé inférieur à 75 % ;
– non-respect des consignes de consultation de suivi ;
– non-respect du matériel.
Pour les patients poursuivant l'utilisation du système DBLG1 après la période d'essai, une évaluation à 3 mois doit être effectuée afin d'envisager ou non la poursuite du système.
Cette évaluation se fonde sur les critères précédemment cités auxquels s'ajoute une évaluation clinique au regard des objectifs fixés a priori (hypoglycémies sévères, décompensation acido-cétosique, temps passé au-dessus ou en-dessous des valeurs seuils fixées) et/ou biologique (HbA1c).
Poursuite du traitement :
Pour les patients poursuivant l'utilisation du système DBLG1 à l'issue de cette période initiale, une réévaluation, selon les mêmes critères qu'à trois mois et au moins annuelle, devra être effectuée en vue du renouvellement de la prescription du système DBLG1. La dégradation de l'équilibre métabolique ou de la qualité de vie peuvent conduire à l'arrêt de l'utilisation du système.
Modalités d'utilisation :
En cas de défaillance du capteur de glucose interstitiel en continu, le relais est assuré par l'autosurveillance glycémique capillaire en attendant le remplacement du matériel. Un capteur et un transmetteur supplémentaires doivent systématiquement être délivrés au patient. Ce système n'est pas destiné à se substituer totalement à la mesure de la glycémie capillaire.
L'autosurveillance glycémique est recommandée dans les situations suivantes :
– indisponibilité du capteur : déconnexion (distance Bluetooth), lors de la phase d'initiation dans les 2 heures après tout changement de capteur, problème technique ;
– si les valeurs de glucose interstitiel affichées sur le terminal mobile ne reflètent pas les symptômes d'une glycémie basse/élevée ;
– quand une alarme indique la nécessité d'effectuer une calibration (échec d'envoi de la calibration au transmetteur, erreur du capteur, code propre à chaque capteur non enseigné) ;
– en cas de dysfonctionnement du terminal mobile (écran figé, perte de connexion entre le terminal et les composants).
Aucune maintenance préventive n'est nécessaire pour le capteur de mesure du taux de glucose interstitiel en continu. Concernant la pompe à insuline associée au terminal mobile, les modalités suivantes s'appliquent :
– une astreinte médicale 24 heures sur 24 est assurée par l'équipe diabétologique du centre initiateur ;
– un programme structuré d'éducation concernant les pompes est élaboré et écrit, ainsi que des documents d'évaluation et de synthèse. Des documents écrits concernant les différents aspects de l'éducation au traitement sont remis au patient, notamment en ce qui concerne la conduite à tenir en cas d'incident et le schéma de remplacement, ainsi que la conduite à tenir lors des astreintes de son centre ;
– l'initiation au traitement requiert une formation intensive du patient en hospitalisation.
Un centre initiateur pour adultes a trois grandes missions qui sont l'initiation du traitement, la réévaluation annuelle et la formation des soignants.

Code	Nomenclature	Tarif en F CFP	PLV en F CFP TTC
1177410	**Boucle semi-fermée, DIABELOOP, DBLG1, mise à disposition terminal pour algo.** Terminal mobile destiné à héberger l'algorithme DBLG1 avec une carte SIM intégrée, 1 chargeur terminal, 1 câble USB terminal.	35 079	35 079

	Le terminal a une durée de vie de 4 ans. Cette prise en charge d'un terminal ne peut être renouvelée avant une période de 4 ans suivant la date de la prise en charge du terminal.		
1102872	**Boucle semi-fermée, DIABELOOP, DBLG1, forfait jour licence algorithme Version 1.5.1 du 9 avril 2020.** Abonnement pour l'accès au logiciel et la prestation de suivi pour DBLG1 de la société DIABELOOP.	583	583
1151178	**Boucle semi-fermée, DIABELOOP, DBLG1, forfait jour pompe.** Forfait journalier pour les consommables associés pour le système de boucle semi-fermée DBLG1 de la société DIABELOOP, comprenant la pompe KALEIDO (VICENTRA) et les consommables associés. Ce forfait, facturé par jour de prise en charge, comprend la fourniture par le prestataire ou le pharmacien d'officine des consommables, conformément à la prescription médicale établie en référence aux recommandations professionnelles de bonne pratique. Le prestataire ou le pharmacien d'officine doit communiquer au patient les numéros spécifiques à contacter pour l'assistance technique (24h/24 et 7j/7).	1 199	1 199
1186811	**Boucle semi-fermée, DIABELOOP, DBLG1, forfait jour prestation.** Forfait journalier pour le prestataire ou le pharmacien d'officine pour la mise à disposition du terminal des consommables et algorithme associé au dispositif DBLG1. Cette prestation comprend : – la fourniture de la notice d'utilisation du matériel et d'un livret patient comprenant les coordonnées du prestataire ou le pharmacien d'officine et décrivant le contenu de la prestation ; – la récupération, le nettoyage, la décontamination et la révision technique de la pompe selon les recommandations du fabricant ; – l'organisation d'une astreinte téléphonique 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 ; – le retour d'informations écrit au prescripteur sur le suivi des patients et les incidents ainsi que le compte rendu de toutes les interventions ; – un rappel régulier de la formation technique initiale du patient ainsi que la vérification du bon fonctionnement de la pompe, du capteur et du terminal. La formation est suivie d'une évaluation par le prestataire ou le pharmacien d'officine et d'un retour de l'information au prescripteur. Ce suivi continu, réalisé par l'intervenant infirmier du prestataire ou le pharmacien d'officine, doit comprendre : 1. l'évaluation des connaissances issues de la formation technique initiale du patient au début de la formation ainsi qu'à la fin ; 2. la reprise point par point de la formation technique initiale, en faisant refaire les manipulations par le patient ; 3. le rappel des règles de sécurité ; 4. la reprise de ce qui n'a pas été compris ; 5. la vérification du terminal, de son bon entretien et la bonne connaissance par le patient de son fonctionnement ; 6. la vérification de la pompe, son bon entretien ; 7. la vérification du système de mesure du glucose interstitiel, de son bon entretien ; 8. la vérification que le patient a toujours son schéma de remplacement, ainsi que la date de péremption de l'insuline, du stylo et du kit d'urgence.	821	821

	Le prestataire ou le pharmacien d'officine doit être préalablement formé au bon usage du dispositif afin d'assurer le suivi continu du patient. Le prestataire ou le pharmacien d'officine consulte les données du patient sur la plateforme afin de détecter tout problème technique. Il vérifie la bonne transmission des données techniques sur la période. Le rappel aura lieu à 3 mois suivant la date d'installation, puis tous les 6 mois, soit chez le prestataire ou pharmacien d'officine, soit au domicile du patient, ou selon toute autre modalité de télésanté autorisée, le cas échéant, pour les volets du suivi pour lesquels le suivi à distance est possible. Cette intervention est justifiée au domicile pour les personnes ayant des difficultés à se déplacer et pour permettre la formation technique continue des personnes de l'entourage (dont l'intervention est nécessaire dans le traitement) et ayant également des difficultés à se déplacer. Tous les 6 mois, dans le cadre du compte rendu de visite de l'infirmier du prestataire ou du pharmacien d'officine, un récapitulatif complet de la consommation mensuelle des dispositifs de perfusion et des capteurs par le patient est transmis au médecin prescripteur et au patient. La facturation de ce code n'est pas cumulable avec les codes 1155302, 1186202, 1117201, 1115047, 1158476, 1131170, 1120663, 1146183.		
1198777	**Boucle semi-fermée, DIABELOOP, DBLG1, forfait de formation technique initiale.** La formation technique initiale du patient peut être faite par l'intervenant infirmier du prestataire ou un pharmacien d'officine, sur prescription du centre initiateur, si cette formation n'est pas réalisée par le centre initiateur. L'intervenant doit être formé à l'insulinothérapie ou « environnement médical » (formation validée par des experts cliniciens) et formé techniquement aux pompes à insuline par les fabricants. Il doit également participer au moins une fois par an à une formation continue sur les pompes. La formation technique initiale a pour objectif d'assurer la maîtrise technique de l'utilisation du système en toute sécurité et est réalisée en plusieurs temps. La prise en charge est assurée dans la limite d'un forfait par système DBLG1. La formation technique initiale du patient doit contenir : 1. l'apprentissage du fonctionnement du système dans sa globalité avec ses fonctions simples et avancées incluant le fonctionnement de chacun de ses composants (système de mesure en continu du glucose interstitiel, pompe à insuline, terminal mobile intégrant le logiciel DBLG1), ainsi que de l'utilisation de la plateforme YourLoops ; 2. l'évaluation des connaissances à l'issue de la mise sous DBLG1 ; 3. l'utilisation des consommables et la connaissance des règles de sécurité ; 4. l'attitude face aux alarmes et aux pannes du matériel ; 5. l'entretien courant du matériel ; 6. les précautions d'utilisation ; 7. les possibilités de port de la pompe et du capteur ; 8. les connaissances de la procédure d'astreinte médicale avec notamment les différents numéros de téléphone, le schéma de remplacement et le kit d'urgence. Cette formation technique initiale peut avoir lieu :	68 409	68 409

	– chez le prestataire ou le pharmacien d'officine ; – au domicile du patient ; – au centre initiateur. Cette formation technique initiale est suivie d'une évaluation des connaissances. Si cette évaluation est réalisée par le prestataire ou le pharmacien d'officine, un retour de l'information au prescripteur est nécessaire. La facturation de ce code n'est pas cumulable avec les codes 1158476, 1146183.		
1150718	**Boucle semi-fermée, DIABELOOP, DBLG1, visite de suivi trimestrielle.** Forfait de visite de suivi trimestrielle lorsque cette intervention est justifiée au domicile pour les personnes ayant des difficultés à se déplacer et pour permettre la formation technique continue des personnes de l'entourage (dont l'intervention est nécessaire dans le traitement) et ayant également des difficultés à se déplacer. Ce forfait est en complément de l'utilisation du code 1186811 pour la prestation associée au système DBLG1 de la société DIABELOOP. Le code de facturation 1186811 est limité à 4 par an pour un patient.	1 846	1 846
11337920	**Boucle semi-fermée, DIABELOOP, DBLG1, livraison mensuelle.** Forfait de livraison mensuelle des consommables nécessaires à l'utilisation du système DBLG1 lorsque cette intervention est justifiée pour les personnes ayant des difficultés à se déplacer. 5,28 5,28 01-10-2024 Ce forfait est en complément de l'utilisation du code 1186811 pour la prestation associée au système DBLG1 de la société DIABELOOP. Le code de facturation 1186811 est limité à 12 par an pour un patient.	924	924

Société MEDTRONIC France (MEDTRONIC)

Système MINIMED 780G

associé au système de mesure en continu du glucose interstitiel GUARDIAN 3

DESCRIPTION :
Le système MINIMED 780G est composé de 2 éléments connectés entre eux par Bluetooth Low Energy (BLE) :
– une pompe à insuline externe avec tubulure extérieure MINIMED 780G qui intègre la technologie SMARTGUARD hébergeant notamment l'algorithme PID-IFB (Proportional Integral Derivative - Insulin FeedBack - version 4.2A) ;
– un système de mesure en continu du glucose interstitiel composé d'un capteur (GUARDIAN SENSOR 3) et d'un transmetteur (GUARDIAN 3 LINK BLE). Une distance maximale de 1,8 mètres entre le capteur/transmetteur et la pompe à insuline est nécessaire.
Ce système nécessite des mesures de glycémie capillaire pour permettre son fonctionnement et intègre un lecteur de glycémie Accu-Check Guide Link, qui assure l'envoi automatique à distance des mesures de glycémie capillaire à la pompe à insuline MINIMED 780G.
Le système n'est compatible avec aucun autre lecteur de glycémie pour ces fonctions de partage de données.
Des applications optionnelles gratuites peuvent être mises à disposition :
– l'application mobile « MINIMED Mobile App » qui permet au patient de visualiser les données de la pompe à insuline, via une connexion Bluetooth avec celle-ci et de les transférer automatiquement à la plateforme CARELINK PERSONNAL ;
– l'application « CARELINK Connect » qui permet à une tierce personne de recevoir les données de la pompe à insuline du patient utilisant le logiciel CARELINK PERSONNAL (5 personnes peuvent être liées à un compte) ;

– le logiciel « CARELINK PERSONNAL » qui est une interface de visualisation des données du patient stockées dans un serveur à distance pouvant être consultées par le patient ou le médecin.

1- Le Système de mesure en continu du glucose interstitiel

Il est composé de 2 éléments :

– un capteur (GUARDIAN SENSOR 3) ;

– et d'un transmetteur (GUARDIAN LINK 3 BLE).

Le capteur s'insère dans le tissu sous-cutané au niveau de l'abdomen. Il est composé d'un inserteur (partie jetable permettant l'introduction de la microélectrode) et d'une microélectrode de platine recouverte d'une enzyme glucose oxydase générant un courant électrique lié à la concentration du glucose dans le liquide interstitiel autour du capteur.

Le transmetteur transmet à la pompe toutes les 5 minutes les informations issues du capteur.

Une calibration est nécessaire afin de permettre le fonctionnement du système. Cette calibration doit être réalisée en vérifiant la glycémie capillaire 2 heures après l'insertion du capteur, puis dans les 6 heures suivant la première calibration et enfin au minimum toutes les 12 heures tout au long de sa durée de vie.

2- La Pompe à insuline MINIMED 780G

Elle intègre la technologie SMARTGUARD hébergeant notamment l'algorithme PID-IFB (Proportional Integral Derivative - Insulin FeedBack - version 4.2A).

La pompe à insuline peut s'utiliser selon 2 modes :

– un mode dit manuel, qui permet d'utiliser la pompe à insuline avec ou sans système de mesure du glucose interstitiel et avec ou sans les fonctions arrêt hypo / arrêt avant hypo ;

– un mode dit automatique ou « mode Auto SMARTGUARD », qui, lorsqu'il est activé par le patient, permet l'ajustement automatique de l'insuline basale, à partir des données du patient.

La technologie SMARTGUARD fait partie intégrante de la pompe à insuline MINIMED 780G, quel que soit son mode de fonctionnent (manuel ou automatique).

La pompe à insuline MINIMED 780G est constituée de 20 modules algorithmiques dont 7 modules de sécurité. L'ensemble des modules algorithmiques constitutifs du système ont une structure et des équations définies.

L'ajustement automatique du débit d'insuline basale est réalisé par l'algorithme contrôle « Proportional Integral Derivative-Insulin FeedBack » (PID- IFB) qui est un algorithme d'adaptation incrémentale permettant de calculer la dose d'insuline basale à administrer au patient toutes les 5 minutes à partir des données du patient.

Les paramètres qui permettent de calculer la prévision glycémique et qui correspondent aux données d'entrée de l'algorithme contrôle PID-IFB sont les suivants :

– les valeurs de glucose interstitiel ;

– la dose totale d'insuline délivrée ;

– l'objectif glycémique du patient (100, 110 ou 120 mg/dL ou temporairement 150 mg/dL selon les activités du patient pendant un maximum de 24 heures) ;

– le débit basal de sécurité ;

– les besoins quotidiens en insuline ;

– le taux de variation de la valeur du glucose interstitiel.

Le paramètre de sortie de l'algorithme contrôle PID-IFB est le débit basal d'insuline à administrer.

Le mode automatique de la technologie SMARTGUARD nécessite une période d'initialisation de 2 jours avant son activation afin de permettre le réglage des paramètres suivants :

– besoins quotidiens en insuline ;

– gain d'insuline ;

– facteur de sensibilité à l'insuline ;
– glycémie à jeun et débit basal estimé pour amener le patient à une valeur de glycémie à jeun ;
– débits de base de sûreté ;
– limites d'insuline.
Ces paramètres de sortie sont estimés à partir des valeurs de glycémie capillaire et de glucose interstitiel, des glucides ingérés lors des repas, de l'historique des doses d'insuline et des doses d'insuline quotidiennes. Une fois le mode automatique déclenché, le système met à jour les paramètres toutes les 24 heures en fonction des données actualisées de la pompe, à partir d'un historique sur 6 jours.
Lorsque le mode automatique est activé, 7 modules de sécurité permettent notamment de contrôler le fonctionnement du système et vérifier si la quantité d'insuline à administrer correspond à des valeurs limites maximales ou minimales préalablement paramétrées.
Le cas échéant, les modules de sécurité vont activer le mode « débit basal de sécurité » pendant une période maximale de 4 heures :
– si le problème identifié par les modules de sécurité est résolu avant ces 4 heures, le mode automatique sera réactivé ;
– dans le cas contraire, le système basculera en mode manuel.
Les 7 modules de sécurité sont les suivants :
– module « Insulin Delivery Timeout », dont l'objectif est de surveiller en continu les quantités d'insuline délivrées. Ce module bascule en mode basal de sécurité :
– si le patient reçoit de l'insuline pendant 3 à 6 heures au niveau de la limite basse préalablement paramétrée ;
– si le patient reçoit de l'insuline pendant 7 heures au niveau de la limite haute préalablement paramétrée.
Une mesure de glycémie capillaire sera nécessaire pour permettre le rebasculement vers le mode automatique. Si aucune mesure de glycémie capillaire est réalisée, le système restera en mode basal de sécurité pendant au maximum 4 heures puis basculera en mode manuel.
- Module « Model Supervisor », dont l'objectif est d'identifier un défaut de lecture des valeurs de glucose interstitiel. Ce module bascule en mode basal de sécurité si un défaut de lecture est identifié pendant 2 heures. Un avertissement est transmis à l'utilisateur.
- Module « Sensor Integrity Check » qui permet de comparer la valeur de la glycémie capillaire mesurée par le patient à la valeur de glucose interstitiel mesuré par le capteur/transmetteur. Ce module bascule en mode basal de sécurité si la valeur de glycémie capillaire renseignée par le patient diffère de 40 % ou plus de la valeur issue du capteur de glucose interstitiel.
- Module « Missed Transmission » qui permet de vérifier la bonne transmission des données issues du capteur/transmetteur ou d'une erreur de capteur. Ce module bascule en mode basal de sécurité pour toute erreur de transmission des données.
- Modules « Low/High Sensor Glucose Alert », dont l'objectif est de surveiller en continu les valeurs de glucose interstitiel.
- Si la valeur issue du capteur de glucose interstitiel est ≤ 54 mg/dL, une alerte « Low alert » est générée par le système demandant une mesure de glycémie capillaire.
- Si la valeur de glucose interstitiel est ≥ 250 mg/dL pendant 3 heures, une alerte « High alert » est générée par le système demandant une mesure de glycémie capillaire.
Avertissements d'ordre général
- Le mode automatique du système « mode Auto SMARTGUARD » ne peut pas être utilisé pour les patients qui nécessitent une dose quotidienne totale d'insuline < 8 unités ou > 250 unités d'insuline.
- La prise de médicaments contenant du paracétamol, y compris, mais sans s'y limiter, des médicaments contre la fièvre et le rhume, pendant que vous portez le capteur peut provoquer une fausse élévation des mesures de glucose du capteur et entrainer une administration excessive d'insuline. Le niveau d'inexactitude dépend de la quantité de paracétamol active dans le corps et peut différer pour chaque personne. En cas de prise de paracétamol, arrêtez de prendre le médicament

avant d'utiliser les mesures de glucose du capteur pour prendre des décisions thérapeutiques. Utilisez des mesures du lecteur de glycémie supplémentaires pour vérifier les niveaux de glucose et envisagez de désactiver la fonction SMARTGUARD.

- Le système (pompe, capteur, transmetteur) doit être retiré avant d'entrer dans une pièce dans laquelle se trouve des équipements de radiographie, IRM, diathermie ou de scanner TDM.

Durée de garantie de conformité :

– du capteur : 7 jours ;

– du transmetteur : 12 mois ;

– de la pompe : 4 ans.

INDICATIONS PRISES EN CHARGE :

Patients diabétiques de type 1, adultes et enfants âgés d'au moins 7 ans, dont l'objectif glycémique n'est pas atteint en dépit d'une insulinothérapie intensive bien conduite (dose quotidienne totale d'insuline ≥ 8 unités par jour) par perfusion sous-cutanée continue d'insuline (pompe externe) depuis au moins 6 mois et d'une autosurveillance glycémique pluriquotidienne (≥ 4/j).

MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION :

Le système MINIMED 780G est destiné aux patients ayant reçu une éducation thérapeutique adaptée à leur pathologie et une formation initiale spécifique à l'emploi de ce système. La formation technique (initiale et continue) du patient ainsi que l'astreinte doivent être réalisées par un intervenant infirmier ou un pharmacien d'officine. L'intervenant doit être formé à l'insulinothérapie ou "environnement médical" (formation validée par des experts cliniciens) et formé techniquement aux pompes à insuline par les fabricants. Il doit également participer au moins une fois par an à une formation continue sur les pompes. L'intervenant doit également avoir été préalablement formé et habilité par le fabricant au fonctionnement du système MINIMED 780G.

Prescription :

La prescription du système MINIMED 780G ainsi que la formation spécifique des patients et/ou de leur entourage à l'utilisation de ce dispositif doivent être assurés par un centre initiateur de pompes à insuline.

L'équipe du centre initiateur doit avoir reçu la formation adéquate à l'utilisation du dispositif. La prise en charge est assurée après demande d'entente préalable remplie par le médecin prescripteur lors de la prescription initiale.

Chez l'adulte, le renouvellement est assuré par un diabétologue d'un centre initiateur de pompes à insuline. Chez l'enfant, le renouvellement peut être effectué par un pédiatre expérimenté en diabétologie.

Formation initiale du patient :

Avant prescription, la formation initiale spécifique du patient et/ou de son entourage à l'emploi de ce dispositif doit lui permettre d'acquérir la maîtrise de :

– l'insertion des capteurs GUARDIAN SENSOR 3 ;

– l'apprentissage du fonctionnement de la pompe et son utilisation ;

– la réalisation des calibrations ;

– l'utilisation et la gestion de la technologie SMARTGUARD, ainsi que l'interprétation des informations fournies par le système MINIMED 780G pour optimiser leur traitement ;

– l'utilisation du système de suivi et d'analyse des données CARELINK PERSONAL.

Éducation spécifique :

Avant prescription, les patients doivent avoir reçu une éducation spécifique leur permettant d'interpréter et d'utiliser les informations fournies par le système MINIMED 780G pour optimiser leur traitement. Cette éducation spécifique doit notamment concerner l'insulinothérapie fonctionnelle nécessaire au comptage des glucides lors des repas ainsi que l'utilisation de l'Auto Mode de la Technologie SMARTGUARD du système MINIMED 780G.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Modalités de prise en charge Les modalités de prise en charge du système MINIMED 780G devront permettre la mise à disposition dans le cadre d'une prescription de longue durée du système, après une période initiale de 3 mois.

Période initiale :

Avant prescription à long terme, les modalités de prise en charge devront permettre la mise à disposition du système MINIMED 780G pour une période d'essai, d'un mois maximum, pour tout patient candidat au système MINIMED 780G. Cette période doit permettre de sélectionner les patients motivés, capables de porter et d'utiliser le système MINIMED 780G selon :

* Les critères de poursuite suivants :

– adhésion du patient à la technologie ;

– temps de port du capteur GUARDIAN SENSOR 3 suffisant (au minimum 80 % du temps) ;

– utilisation suffisante de l'Auto Mode du système MINIMED 780G (temps d'utilisation minimal en boucle semi-fermée de 75 %).

* Les critères d'arrêts suivants :

– choix du patient et/ou de son entourage ;

– mauvaise tolérance ;

– non-respect des consignes demandées par l'Auto Mode ;

– temps de port du capteur GUARDIAN SENSOR 3 inférieur à 80 % du temps ;

– temps d'utilisation du système en mode boucle fermé inférieur à 75 % ;

– non-respect des consignes de consultation de suivi ;

– non-respect du matériel.

Pour les patients poursuivant l'utilisation du système MINIMED 780G après la période d'essai, une évaluation à 3 mois doit être effectuée afin d'envisager ou non la poursuite du système. Cette évaluation se fonde sur les critères précédemment cités auxquels s'ajoute une évaluation clinique au regard des objectifs fixés a priori (hypoglycémies sévères, décompensation acido-cétosique, temps passé au-dessus ou en-dessous des valeurs seuils fixées) et/ou biologique (HbA1c).

Poursuite du traitement :

Pour les patients poursuivant l'utilisation du système MINIMED 780G à l'issue de cette période initiale, une réévaluation, selon les mêmes critères qu'à trois mois et au moins annuelle chez l'adulte (plus fréquemment chez l'enfant, idéalement tous les 3 mois), devra être effectuée en vue du renouvellement de la prescription du système MINIMED 780G. La dégradation de l'équilibre métabolique ou de la qualité de vie peuvent conduire à l'arrêt de l'utilisation du système.

Modalités d'utilisation :

Le système MINIMED 780G nécessite des mesures de glycémie capillaire pour permettre son fonctionnement, et ce quel que soit le mode d'utilisation de la pompe (mode manuel ou mode automatique). Les situations nécessitant une auto-surveillance glycémique mentionnées dans le manuel d'utilisation sont les suivantes :

– calibration du capteur GUARDIAN SENSOR 3 ;

– administration de bolus ;

– alerte générée par le système demandant une mesure de glycémie capillaire ;

– suspicion ou symptômes d'hypoglycémie, hyperglycémie, acidocétose diabétique.

La calibration du système doit être réalisée en vérifiant la glycémie capillaire 2 heures après l'insertion du capteur, puis dans les 6 heures suivant la première calibration et enfin au minimum toutes les 12 heures tout au long de sa durée de vie.

En cas de défaillance du capteur de glucose interstitiel en continu, le relais est assuré par l'auto-surveillance glycémique capillaire en attendant le remplacement du matériel ; pour ces dispositifs, aucune astreinte 24h/24h n'est nécessaire.

Aucune maintenance préventive n'est nécessaire pour le capteur de mesure du taux de glucose interstitiel.

Concernant la pompe à insuline du système, les modalités d'utilisation suivantes s'appliquent :
– une astreinte médicale est assurée 24 heures sur 24. Pour les patients adultes, cette astreinte est assurée par l'équipe diabétologique du centre initiateur.
Pour les enfants, le suivi est assuré par un pédiatre expérimenté en diabétologie du centre initiateur pédiatrique ou d'une structure pédiatrique travaillant en concertation avec le centre initiateur pédiatrique selon l'organisation régionale. La structure travaille en coordination avec un secteur d'hospitalisation à proximité équipé pour l'accueil des urgences ;
– un programme structuré d'éducation concernant les pompes est élaboré et écrit, ainsi que des documents d'évaluation et de synthèse. Des documents écrits concernant les différents aspects de l'éducation au traitement sont remis au patient, notamment en ce qui concerne la conduite à tenir en cas d'incident et le schéma de remplacement, ainsi que la conduite à tenir lors des astreintes de son centre.
L'initiation au traitement requiert une formation intensive du patient en hospitalisation.

Code	Nomenclature	Tarif en F CFP	PLV en F CFP TTC
1197447	**Boucle semi-fermée, MEDTRONIC, MINIMED 780G, forfait jour licence algo, capt/trans** Forfait journalier pour l'utilisation du capteur de glucose interstitiel en continu GUARDIAN SENSOR 3 et du kit transmetteur GUARDIAN 3 LINK BLE et l'accès au logiciel et la prestation de suivi pour le système MINIMED 780G intégrant la technologie SMARTGUARD de la société MEDTRONIC. L'utilisation du code de facturation 1197447 est non cumulable avec les codes de facturation 1164991 et 1121705. L'utilisation du code de facturation 1197447 est en association avec le code 1182470.	1 517	1 517

Système MINIMED 780G

associé au système de mesure en continu du glucose interstitiel GUARDIAN 4

DESCRIPTION :
Le système MINIMED 780G est composé de 2 éléments connectés entre eux par Bluetooth Low Energy (BLE) :
– une pompe à insuline externe avec tubulure extérieure MINIMED 780G qui intègre la technologie SmartGuard hébergeant notamment l'algorithme PID-IFB (Proportional Integral Derivative – Insulin FeedBack – version 4.3A ;
– un système de mesure en continu du glucose interstitiel composé d'un capteur (GUARDIAN 4 SENSOR) et d'un transmetteur (GUARDIAN 4 TRANSMITTER).
Une distance maximale de 1,8 mètres entre le capteur/transmetteur et la pompe à insuline est nécessaire.
Ce système nécessite des mesures de glycémie capillaire pour permettre son fonctionnement et intègre un lecteur de glycémie Accu-Check Guide Link, qui assure l'envoi automatique à distance des mesures de glycémie capillaire à la pompe à insuline MINIMED 780G. Le système n'est compatible avec aucun autre lecteur de glycémie pour ces fonctions de partage de données.
Des applications optionnelles gratuites peuvent être mises à disposition :
– l'application mobile « MINIMED Mobile App » qui permet au patient de visualiser les données de la pompe à insuline, via une connexion Bluetooth avec celle-ci et de les transférer automatiquement à la plateforme CARELINK PERSONNAL ;
– l'application « CARELINK Connect » qui permet à une tierce personne de recevoir les données de la pompe à insuline du patient utilisant le logiciel CARELINK PERSONNAL (5 personnes peuvent être liées à un compte) ;

– le logiciel « CARELINK PERSONNAL » qui est une interface de visualisation des données du patient stockées dans un serveur à distance pouvant être consultées par le patient ou le médecin.

1- Le Système de mesure en continu du glucose interstitiel GUARDIAN 4

Il est composé de 2 éléments :

– un capteur de glucose (GUARDIAN 4 SENSOR), à usage unique ;

– un transmetteur (GUARDIAN 4 TRANSMITTER), réutilisable.

Le capteur s'insère dans le tissu sous-cutané. Il est composé d'un inserteur (partie jetable permettant l'introduction de la microélectrode) et d'une microélectrode recouverte d'une enzyme (glucose oxydase) qui mesure les taux de glucose dans le tissu interstitiel et génère un courant électrique. Les signaux électriques correspondant aux valeurs de glucose sont obtenus par réactions enzymatique et électrochimique entre le glucose du liquide interstitiel et la glucose oxydase de l'électrode. Le transmetteur se fixe sur capteur. Il transmet à la pompe à insuline les valeurs des mesures du glucose toutes les 5 minutes via un réseau Bluetooth Low Energy (BLE).

Les zones d'insertion sont différentes selon l'âge du patient :

– sur la partie haute des fesses ou à l'arrière de la partie supérieure du bras, pour les patients âgés de 7 à 17 ans ;

– à l'arrière de la partie supérieure du bras ou au niveau de l'abdomen, pour les patients âgés de 18 ans et plus.

La durée d'utilisation d'un capteur est de 7 jours.

Le nombre de calibrations est réduit à une calibration lors de l'activation du système en mode automatique ; néanmoins une demande de calibration peut être demandée ou réalisée par le patient dans certaines situations, notamment lorsque les symptômes ne correspondent pas à la valeur de glucose du capteur, lorsqu'une valeur de glucose du capteur n'est pas disponible, suite à la prise de médicament contenant de l'acétaminophène (comme le paracétamol) ou de l'hydroxyurée.

2- La pompe à insuline MINIMED 780G

Elle intègre la technologie SMARTGUARD hébergeant notamment l'algorithme PID-IFB (Proportional Integral Derivative - Insulin FeedBack - version 4.3A).

La pompe à insuline peut s'utiliser selon 2 modes :

– un mode dit manuel, qui permet d'utiliser la pompe à insuline avec ou sans système de mesure du glucose interstitiel et avec ou sans les fonctions arrêt hypo / arrêt avant hypo ;

– un mode dit automatique ou « mode Auto SMARTGUARD », qui, lorsqu'il est activé par le patient, permet l'ajustement automatique de l'insuline basale, à partir des données du patient.

La technologie SMARTGUARD fait partie intégrante de la pompe à insuline MINIMED 780G, quel que soit son mode de fonctionnent (manuel ou automatique).

La pompe à insuline MINIMED 780G est constituée de 20 modules algorithmiques dont 7 modules de sécurité. L'ensemble des modules algorithmiques constitutifs du système ont une structure et des équations définies.

L'ajustement automatique du débit d'insuline basale est réalisé par l'algorithme contrôle « Proportional Integral Derivative-Insulin FeedBack » (PID- IFB) qui est un algorithme d'adaptation incrémentale permettant de calculer la dose d'insuline basale à administrer au patient toutes les 5 minutes à partir des données du patient.

Les paramètres qui permettent de calculer la prévision glycémique et qui correspondent aux données d'entrée de l'algorithme contrôle PID-IFB sont les suivants :

– les valeurs de glucose interstitiel ;

– la dose totale d'insuline délivrée ;

– l'objectif glycémique du patient (100, 110 ou 120 mg/dL ou temporairement 150 mg/dL selon les activités du patient pendant un maximum de 24 heures) ;

– le débit basal de sécurité ;

– les besoins quotidiens en insuline ;

– le taux de variation de la valeur du glucose interstitiel ;
– le paramètre de sortie de l'algorithme contrôle PID-IFB est le débit basal d'insuline à administrer.
Le mode automatique de la technologie SMARTGUARD nécessite une période d'initialisation de 2 jours avant son activation afin de permettre le réglage des paramètres suivants :
– besoins quotidiens en insuline ;
– gain d'insuline ;
– facteur de sensibilité à l'insuline ;
– glycémie à jeun et débit basal estimé pour amener le patient à une valeur de glycémie à jeun ;
– débits de base de sûreté ;
– limites d'insuline.
Ces paramètres de sortie sont estimés à partir des valeurs de glycémie capillaire et de glucose interstitiel, des glucides ingérés lors des repas, de l'historique des doses d'insuline et des doses d'insuline quotidiennes.
Une fois le mode automatique déclenché, le système met à jour les paramètres toutes les 24 heures en fonction des données actualisées de la pompe, à partir d'un historique sur 6 jours.
Lorsque le mode automatique est activé, 7 modules de sécurité permettent notamment de contrôler le fonctionnement du système et vérifier si la quantité d'insuline à administrer correspond à des valeurs limites maximales ou minimales préalablement paramétrées. Le cas échéant, les modules de sécurité vont activer le mode « débit basal de sécurité » pendant une période maximale de 4 heures :
– si le problème identifié par les modules de sécurité est résolu avant ces 4 heures, le mode automatique sera réactivé ;
– dans le cas contraire, le système basculera en mode manuel.
Les 7 modules de sécurité sont les suivants :
- Module « Insulin Delivery Timeout », dont l'objectif est de surveiller en continu les quantités d'insuline délivrées.
Ce module bascule en mode basal de sécurité :
– si le patient reçoit de l'insuline pendant 3 à 6 heures au niveau de la limite basse préalablement paramétrée ;
– si le patient reçoit de l'insuline pendant 7 heures au niveau de la limite haute préalablement paramétrée.
Une mesure de glycémie capillaire sera nécessaire pour permettre le rebasculement vers le mode automatique. Si aucune mesure de glycémie capillaire est réalisée, le système restera en mode basal de sécurité pendant au maximum 4 heures puis basculera en mode manuel.
- Module « Model Supervisor », dont l'objectif est d'identifier un défaut de lecture des valeurs de glucose interstitiel.
Ce module bascule en mode basal de sécurité si un défaut de lecture est identifié pendant 2 heures. Un avertissement est transmis à l'utilisateur.
- Module « Sensor Integrity Check » qui permet de comparer la valeur de la glycémie capillaire mesurée par le patient à la valeur de glucose interstitiel mesuré par le capteur/transmetteur.
Ce module bascule en mode basal de sécurité si la valeur de glycémie capillaire renseignée par le patient diffère de 40 % ou plus de la valeur issue du capteur de glucose interstitiel.
- Module « Missed Transmission » qui permet de vérifier la bonne transmission des données issues du capteur/transmetteur ou d'une erreur de capteur.
Ce module bascule en mode basal de sécurité pour toute erreur de transmission des données.
- Modules « Low/High Sensor Glucose Alert », dont l'objectif est de surveiller en continu les valeurs de glucose interstitiel.
- Si la valeur issue du capteur de glucose interstitiel est ≤ 54 mg/dL, une alerte « Low alert » est générée par le système demandant une mesure de glycémie capillaire.

- Si la valeur de glucose interstitiel est ≥ 250 mg/dL pendant 3 heures, une alerte « High alert » est générée par le système demandant une mesure de glycémie capillaire.

Avertissements d'ordre général :

– le mode automatique du système « mode Auto SMARTGUARD » ne peut pas être utilisé pour les patients qui nécessitent une dose quotidienne totale d'insuline < 8 unités ou > 250 unités d'insuline ;

– la prise de médicaments contenant du paracétamol, y compris, mais sans s'y limiter, des médicaments contre la fièvre et le rhume, pendant que vous portez le capteur peut provoquer une fausse élévation des mesures de glucose du capteur et entrainer une administration excessive d'insuline. Le niveau d'inexactitude dépend de la quantité de paracétamol active dans le corps et peut différer pour chaque personne. En cas de prise de paracétamol, arrêtez de prendre le médicament avant d'utiliser les mesures de glucose du capteur pour prendre des décisions thérapeutiques. Utilisez des mesures du lecteur de glycémie supplémentaires pour vérifier les niveaux de glucose et envisagez de désactiver la fonction SMARTGUARD ;

– le système (pompe, capteur, transmetteur) doit être retiré avant d'entrer dans une pièce dans laquelle se trouve des équipements de radiographie, IRM, diathermie ou de scanner TDM.

Durée de garantie de conformité :

– du capteur : 7 jours ;

– du transmetteur : 12 mois ;

– de la pompe : 4 ans.

INDICATIONS PRISES EN CHARGE :

Patients diabétiques de type 1, adultes et enfants âgés d'au moins 7 ans, dont l'objectif glycémique n'est pas atteint en dépit d'une insulinothérapie intensive bien conduite (dose quotidienne totale d'insuline ≥ 8 unités par perfusion sous-cutanée continue d'insuline (pompe externe) et d'une autosurveillance glycémique pluriquotidienne (≥ 4/j).

MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION :

Le système MINIMED 780G est destiné aux patients ayant reçu une éducation thérapeutique adaptée à leur pathologie et une formation initiale spécifique à l'emploi de ce système. Prescription La prescription du système MINIMED 780G ainsi que la formation spécifique des patients et/ou de leur entourage à l'utilisation de ce dispositif doivent être assurés par un centre initiateur de pompes à insuline.

L'équipe du centre initiateur doit avoir reçu la formation adéquate à l'utilisation du dispositif.

La prise en charge est assurée après demande d'entente préalable remplie par le médecin prescripteur lors de la prescription initiale.

Chez l'adulte, le renouvellement est assuré par un diabétologue d'un centre initiateur de pompes à insuline.

Chez l'enfant, le renouvellement peut être effectué par un pédiatre expérimenté en diabétologie.

Formation initiale du patient :

Avant prescription, la formation initiale spécifique du patient et/ou de son entourage à l'emploi de ce dispositif doit lui permettre d'acquérir la maîtrise de :

– l'insertion des capteurs GUARDIAN 4 SENSOR ;

– l'apprentissage du fonctionnement de la pompe et son utilisation ;

– la réalisation des calibrations ;

– l'utilisation et la gestion de la technologie SMARTGUARD, ainsi que l'interprétation des informations fournies par le système MINIMED 780G pour optimiser leur traitement ;

– l'utilisation du système de suivi et d'analyse des données CARELINK PERSONAL.

Éducation spécifique :

Avant prescription, les patients doivent avoir reçu une éducation spécifique leur permettant d'interpréter et d'utiliser les informations fournies par le système MINIMED 780G pour optimiser leur traitement. Cette éducation spécifique doit notamment concerner l'insulinothérapie fonctionnelle nécessaire au comptage des glucides lors des repas ainsi que l'utilisation de l'Auto Mode de la Technologie SMARTGUARD du système MINIMED 780G.

Modalités de prise en charge :

Les modalités de prise en charge du système MINIMED 780G devront permettre la mise à disposition dans le cadre d'une prescription de longue durée du système, après une période initiale de 3 mois.

Période initiale :

Avant prescription à long terme, les modalités de prise en charge devront permettre la mise à disposition du système MINIMED 780G pour une période d'essai, d'un mois maximum, pour tout patient candidat au système MINIMED 780G. Cette période doit permettre de sélectionner les patients motivés, capables de porter et d'utiliser le système MINIMED 780G selon :

* Les critères de poursuite suivants :
– adhésion du patient à la technologie ;
– temps de port du capteur GUARDIAN 4 SENSOR suffisant (au minimum 80 % du temps) ;
– utilisation suffisante de l'Auto Mode du système MINIMED 780G (temps d'utilisation minimal en boucle semi-fermée de 75 %) ;
* Les critères d'arrêts suivants :
– choix du patient et/ou de son entourage ;
– mauvaise tolérance ;
– non-respect des consignes demandées par l'Auto Mode ;
– temps de port du capteur GUARDIAN 4 SENSOR inférieur à 80 % du temps ;
– temps d'utilisation du système en mode boucle fermé inférieur à 75 % ;
– non-respect des consignes de consultation de suivi ;
– non-respect du matériel.

Pour les patients poursuivant l'utilisation du système MINIMED 780G après la période d'essai, une évaluation à 3 mois doit être effectuée afin d'envisager ou non la poursuite du système. Cette évaluation se fonde sur les critères précédemment cités auxquels s'ajoute une évaluation clinique au regard des objectifs fixés a priori (hypoglycémies sévères, décompensation acido-cétosique, temps passé au-dessus ou en-dessous des valeurs seuils fixées) et/ou biologique (HbA1c).

Poursuite du traitement :

Pour les patients poursuivant l'utilisation du système MINIMED 780G à l'issue de cette période initiale, une réévaluation, selon les mêmes critères qu'à trois mois et au moins annuelle chez l'adulte (plus fréquemment chez l'enfant, idéalement tous les 3 mois), devra être effectuée en vue du renouvellement de la prescription du système MINIMED 780G. La dégradation de l'équilibre métabolique ou de la qualité de vie peuvent conduire à l'arrêt de l'utilisation du système.

Modalités d'utilisation Le système MINIMED 780G nécessite des mesures de glycémie capillaire pour permettre son fonctionnement, et ce quel que soit le mode d'utilisation de la pompe (mode manuel ou mode automatique). Les situations nécessitant une auto-surveillance glycémique mentionnées dans le manuel d'utilisation sont les suivantes :

– lorsque les symptômes ne correspondent pas à la valeur de glucose du capteur ;
– lorsqu'une valeur de glucose du capteur n'est pas disponible ;
– lors d'une alerte générée par le système demandant une mesure de glycémie capillaire ;
– lorsque les patients ont pris des médicaments contenant de l'acétaminophène (comme le paracétamol) ou hydroxyurée car ils peuvent provoquer une fausse augmentation des lectures de glucose du capteur ;

– lorsqu'après une calibration volontaire et facultative initiée par le patient, une erreur d'étalonnage apparait (par exemple, le rapport d'étalonnage est hors plage). Pour rappel, les patients peuvent choisir de calibrer le capteur GUARDIAN 4, bien que les étalonnages ne soient pas nécessaires.
En cas de défaillance du capteur de glucose interstitiel en continu, le relais est assuré par l'auto-surveillance glycémique capillaire en attendant le remplacement du matériel ; pour ces dispositifs, aucune astreinte 24h/24h n'est nécessaire.
Aucune maintenance préventive n'est nécessaire pour le capteur de mesure du taux de glucose interstitiel.
Concernant la pompe à insuline du système, les modalités d'utilisation suivantes s'appliquent :
– une astreinte médicale est assurée 24 heures sur 24. Pour les patients adultes, cette astreinte est assurée par l'équipe diabétologique du centre initiateur. Pour les enfants, le suivi est assuré par un pédiatre expérimenté en diabétologie. La structure travaille en coordination avec un secteur d'hospitalisation à proximité équipé pour l'accueil des urgences.
– un programme structuré d'éducation concernant les pompes est élaboré et écrit, ainsi que des documents d'évaluation et de synthèse. Des documents écrits concernant les différents aspects de l'éducation au traitement sont remis au patient, notamment en ce qui concerne la conduite à tenir en cas d'incident et le schéma de remplacement, ainsi que la conduite à tenir lors des astreintes de son centre.
L'initiation au traitement requiert une formation intensive du patient en hospitalisation.

Code	Nomenclature	Tarif en F CFP	PLV en F CFP TTC
1111990	**Boucle semi-fermée, MEDTRONIC, MINIMED 780G/GUARDIAN 4, forf. jour algo, capt/trans** Forfait journalier pour l'utilisation du capteur de glucose interstitiel en continu GUARDIAN 4 SENSOR et du kit transmetteur GUARDIAN 4 TRANSMITTER et l'accès au logiciel et la prestation de suivi pour le système MINIMED 780G intégrant la technologie SMARTGUARD de la société MEDTRONIC. L'utilisation du code de facturation 1111990 est non cumulable avec les codes de facturation 1116928 et 1192964. L'utilisation du code de facturation 1111990 est en association avec le code 1182470.	1 444	1 444

Forfaits pour systèmes MINIMED 780G associés à GUARDIAN 3 et GUARDIAN 4

Code	Nomenclature	Tarif en F CFP	PLV en F CFP TTC
1182470	**Boucle semi-fermée, MEDTRONIC, MINIMED 780G, forfait jour pompe** Forfait journalier pour les consommables associés pour le système de boucle semi-fermée MINIMED 780G intégrant la technologie SMARTGUARD de la société MEDTRONIC. 5,90 6,85 6,85 15-04-2027 Comprend la pompe MINIMED 780G et les consommables associés. Ce forfait, facturé par jour de prise en charge, comprend la fourniture par le prestataire ou le pharmacien d'officine des consommables, conformément à la prescription médicale établie en référence aux recommandations professionnelles de bonne pratique. Le prestataire ou le pharmacien d'officine doit communiquer au patient les numéros spécifiques à contacter pour l'assistance technique (24 h/24 et 7j/7). La facturation de ce code n'est pas cumulable avec les codes 1155302, 1186202, 1117201, 1115047, 1158476, 1131170, 1120663, 1146183, 1151178, 1163856, 1121705, 1170862, 1164991.	1 199	1 199
1197789	**Boucle semi-fermée, MEDTRONIC, MINIMED 780G, forfait jour prestation**	821	821

	Forfait journalier pour le prestataire ou le pharmacien d'officine pour la mise à disposition de l'ensemble des consommables associés au système MINIMED 780G intégrant la technologie SMARTGUARD. Cette prestation comprend : Pour la pompe à insuline en utilisation de base spécifiquement : – un rappel périodique de la formation technique des patients dédiée à la pompe à insuline ; – la vérification du bon fonctionnement de la pompe ; – les interventions de réparation ; – la récupération, le nettoyage, la décontamination et la révision technique de la pompe selon les recommandations du fabricant. Pour le système MINIMED 780G au global avec fonction Smart Guard activée : – l'organisation d'une astreinte téléphonique 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 ; – la fourniture de la notice d'utilisation du matériel et d'un livret patient comprenant les coordonnées du prestataire ou le pharmacien d'officine et décrivant le contenu de la prestation ; – la vérification de la pose, de l'initialisation, du bon fonctionnement et des bonnes pratiques du capteur et du transmetteur ; – la vérification du bon fonctionnement et de la bonne maîtrise par le patient des différentes fonctionnalités SmartGuard sur la base de la formation initiale assurée par le Centre Prescripteur ; – la vérification de la capacité (technique et matérielle) du patient à télécharger ses données (via Carelink ou applications) +/- assistance au téléchargement ; – la transmission de toute difficulté de prise en charge au centre initiateur ; – la vérification que le patient a toujours son schéma de remplacement, ainsi que la date de péremption de l'insuline, du stylo et du kit d'urgence ; – le suivi régulier de la formation technique du patient initialement assurée par le centre prescripteur ainsi que la vérification du bon fonctionnement de la pompe, du capteur et du transmetteur. La formation est suivie d'une évaluation par l'intervenant infirmier du prestataire ou le pharmacien d'officine et d'un retour d'information au prescripteur. Ce suivi continu a pour but de renforcer et reprendre l'éducation et la formation technique initialement assurée par le Centre Prescripteur, de vérifier les bonnes pratiques et de déceler les mésusages. Le prestataire ou le pharmacien d'officine aura préalablement reçue une formation habilitante dispensée par le fabricant et portant sur le bon usage du dispositif afin d'assurer le suivi continu du patient. Lors des visites de rappel, le prestataire ou le pharmacien d'officine consulte les données du patient sur la plateforme afin de détecter tout problème technique. Il vérifie la bonne transmission des données techniques sur la période. Le rappel aura lieu à 3 mois suivant la date d'installation, puis tous les 6 mois, soit chez le prestataire ou pharmacien d'officine, soit au domicile du patient, ou selon toute autre modalité de télésanté autorisée, le cas échéant, pour les volets du suivi pour lesquels le suivi à distance est possible. Cette intervention est justifiée au domicile pour les personnes ayant des difficultés à se déplacer et pour permettre la formation technique continue des personnes de l'entourage (dont l'intervention est nécessaire dans le traitement) et ayant également des difficultés à se déplacer.		

	Tous les 6 mois, dans le cadre du compte rendu de visite de l'infirmier du prestataire ou du pharmacien d'officine, un récapitulatif complet de la consommation mensuelle des dispositifs de perfusion et des capteurs par le patient est transmis au médecin prescripteur et au patient. La facturation de ce code n'est pas cumulable avec les codes 1155302, 1186202, 1117201, 1115047, 1158476, 1131170, 1120663, 1146183, 1151178, 1163856, 1121705, 1170862, 1164991, 1186811.		
1169758	**Boucle semi-fermée, MEDTRONIC, MINIMED 780G, forfait de formation technique initiale** La formation technique initiale sera effectuée par le centre initiateur de pompes à insuline. Sur prescription du centre initiateur, cette formation peut également être faite en collaboration avec l'intervenant infirmier du prestataire ou un pharmacien d'officine. L'intervenant doit être formé à l'insulinothérapie ou « environnement médical » (formation validée par des experts cliniciens) et formé techniquement aux pompes à insuline par les fabricants. Il doit également participer au moins une fois par an à une formation continue sur les pompes. L'intervenant doit également avoir été préalablement formé et habilité par le fabricant au fonctionnement du système MINIMED 780G. La formation technique initiale a pour objectif d'assurer la maîtrise technique de l'utilisation du système en toute sécurité et est réalisée en plusieurs temps. La prise en charge est assurée dans la limite d'un forfait par système MINIMED 780G intégrant la technologie SMARTGUARD. La formation technique initiale du patient doit contenir : 1. l'apprentissage du fonctionnement du système dans sa globalité avec ses fonctions simples et avancées incluant le fonctionnement de chacun de ses composants ; 2. l'évaluation des connaissances à l'issue de la mise sous système MINIMED 780G intégrant la technologie SMARTGUARD ; 3. l'utilisation des consommables et la connaissance des règles de sécurité ; 4. l'attitude face aux alarmes et aux pannes du matériel ; 5. L'entretien courant du matériel ; 6. les précautions d'utilisation ; 7. les possibilités de port de la pompe et du capteur ; 8. les connaissances de la procédure d'astreinte médicale avec notamment les différents numéros de téléphone, le schéma de remplacement et le kit d'urgence. Cette formation technique initiale peut avoir lieu : – chez le prestataire ou le pharmacien d'officine ; – au domicile du patient ; – au centre initiateur. Cette formation technique initiale est suivie d'une évaluation des connaissances. Si cette évaluation est réalisée par le prestataire ou le pharmacien d'officine, un retour de l'information au prescripteur est nécessaire. La facturation de ce code n'est pas cumulable avec les codes 1155302, 1186202, 1146183, 1158476, 1139616, 1198777, 1170862, 1164991, 1198777, 1186811.	68 409	68409
1139817	**Boucle semi-fermée, MEDTRONIC, MINIMED 780G, visite de suivi trimestrielle**	1 846	1 846

	Forfait de visite de suivi trimestrielle lorsque cette intervention est justifiée au domicile pour les personnes ayant des difficultés à se déplacer et pour permettre la formation technique continue des personnes de l'entourage (dont l'intervention est nécessaire dans le traitement) et ayant également des difficultés à se déplacer. Ce forfait est en complément de l'utilisation du code 1197789 pour la prestation associée au système MINIMED 780G intégrant la technologie SMARTGUARD de la société MEDTRONIC. Le code de facturation 1139817 est limité à 4 par an pour un patient.		
1185125	**Boucle semi-fermée, MEDTRONIC, MINIMED 780G, livraison mensuelle** Forfait de livraison mensuelle des consommables nécessaires à l'utilisation du système MINIMED 780G intégrant la technologie SMARTGUARD lorsque cette intervention est justifiée pour les personnes ayant des difficultés à se déplacer. Ce forfait est en complément de l'utilisation du code 1197789 pour la prestation associée au système MINIMED 780G intégrant la technologie SMARTGUARD de la société MEDTRONIC. Le code de facturation 1185125 est limité à 12 par an pour un patient.	924	924

Société TANDEM DIABETES CARE (TANDEM)

Système de boucle semi-fermée dédié à la gestion automatisée du diabète de type I

CONTROL IQ

DESCRIPTION :
Le système CONTROL-IQ est composé de deux éléments connectés entre eux par Bluetooth Low Energy (BLE) :
– une pompe à insuline externe avec tubulure extérieure t : slim X2 hébergeant notamment l'algorithme CONTROL-IQ (version 7.6) ;
– un système de mesure en continu du glucose interstitiel (G6, Dexcom) composé d'un capteur et d'un transmetteur.

L'industriel met à disposition des applications optionnelles gratuites :
– la plateforme « GLOOKO » qui est une interface de visualisation des données du patient stockées dans un serveur à distance pouvant être consultées par le patient ou le médecin. Les données du patient sont téléchargées sur le serveur via un câble USB.
Cette interface permet le recueil, à la fréquence souhaitée par le patient, des données administratives et des catégories de données suivantes : identification et paramétrages du produit dont les objectifs glycémiques, mesures de glycémies capillaires et de glucose interstitiel, quantité d'insuline injectée (basale et bolus), données d'utilisation du système (notamment période où la technologie CONTROL-IQ du système est activée/désactivée).
– l'application mobile « GLOOKO mobile app » qui permet au patient de visualiser les données de la pompe à insuline. Selon le demandeur, l'accès à cette application n'est possible qu'après le téléchargement des données de la pompe par un câble USB via un ordinateur et enregistrement des patients sur la plateforme GLOOKO.
Pompe à insuline externe avec tubulure extérieure t : slim X2 hébergeant notamment l'algorithme CONTROL-IQ (version 7.6).
L'algorithme CONTROL-IQ (version 7.6) peut être hébergé de deux façons distinctes dans les pompes à insuline t : slim X2 :
– soit par la mise à jour de la pompe t : slim X2 BASAL-IQ, en transformant le logiciel BASAL-IQ par le logiciel CONTROL-IQ ;
– soit directement intégré dans la pompe t : slim X2 CONTROL-IQ.
La mise à jour permettant la transformation d'une pompe t : slim X2 BASAL-IQ en une pompe t : slim X2 CONTROL-IQ se fait par l'intermédiaire d'un logiciel « Tandem Device Updater » installé sur un ordinateur avec un code de mise à jour unique et lié au numéro de série d'une pompe t : slim X2 BASAL-IQ. Ce code

est généré par le distributeur de Tandem (société Dinno Santé) et la mise à jour est réalisée par le centre initiateur de pompe à insuline ou par le prestataire de service et distributeur de matériels (PSDM) ou le pharmacien d'officine. Elle se fait en un temps et est définitive. Le manuel d'utilisation précise que la mise à jour ne prend pas plus de 30 minutes.
La technologie CONTROL-IQ fait partie intégrante de de la pompe à insuline t : slim X2 et peut être activée ou non par le patient.
La pompe à insuline t : slim X2 intégrant la technologie CONTROL-IQ peut s'utiliser selon 2 modes :
– un mode dit manuel (sans la technologie CONTROL-IQ activée), qui permet d'utiliser la pompe à insuline avec ou sans système de mesure du glucose interstitiel ;
– un mode avec la technologie CONTROL-IQ activée qui permet l'ajustement automatique de l'insuline basale, à partir des données du patient.
L'ajustement automatique du débit d'insuline est réalisé par l'algorithme CONTROL-IQ qui vise à prédire l'évolution de la glycémie et calculer la dose d'insuline basale à administrer au patient toutes les 5 minutes à partir des données du patient.
Cet algorithme a une structure et des équations définies et est fondé à partir du modèle mathématique linéarisé SOGMM Subcutaneous Oral Glucose Minimal Model. Ce système n'intègre pas d'algorithme génétique ayant la capacité à s'adapter à partir des données du patient.
L'objectif glycémique du patient est fixé à 110 mg/dL.
Système de mesure en continu du glucose interstitiel G6, DEXCOM :
Ce système est composé de deux éléments :
– le capteur qui s'insère dans le tissu sous-cutané au niveau de l'abdomen, à une distance minimale de 7,5 cm de la pompe. Ce capteur est composé d'un inserteur (partie jetable permettant l'introduction de l'électrode) et d'une électrode électrochimique couplée à une enzyme glucose oxydase générant un courant électrique lié à la concentration du glucose dans le liquide interstitiel autour du capteur ;
– le transmetteur qui s'enclenche sur le capteur et transfère le signal électrique généré et la valeur de glucose interstitiel correspondante toutes les 5 minutes.
Un code propre à chaque capteur et transmetteur est à saisir dans la pompe t : slim X2 intégrant la technologie CONTROL-IQ ; aucune calibration n'est nécessaire.
Pendant les deux premières heures après la pose du capteur (phase d'initialisation), aucune valeur de glucose interstitiel n'est visualisée dans la pompe ; un lecteur de glycémie capillaire est nécessaire sur cette période pour l'autosurveillance glycémique. Après chaque utilisation, il est nécessaire de changer le site d'insertion.
INDICATIONS PRISES EN CHARGE :
Patients diabétiques de type 1, adultes et enfants âgés d'au moins 6 ans (avec une dose quotidienne totale d'insuline ≥ 10 unités par jour), dont l'équilibre glycémique préalable est insuffisant (taux d'HbA1c ≥ à 8 %) en dépit d'une insulinothérapie intensifiée bien conduite par pompe externe depuis plus de 6 mois et d'une autosurveillance glycémique pluriquotidienne (≥ 4/j).

MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION :
Le système CONTROL-IQ est destiné aux patients ayant reçu une éducation thérapeutique adaptée à leur pathologie et une formation initiale spécifique à l'emploi de ce système.
La formation technique (initiale et continue) du patient ainsi que l'astreinte doivent être réalisées par un intervenant infirmier ou un pharmacien d'officine.
L'intervenant doit être formé à l'insulinothérapie ou « environnement médical » (formation validée par des experts cliniciens) et formé techniquement aux pompes à insuline par les fabricants. Il doit également participer au moins une fois par an à une formation continue sur les pompes. L'intervenant doit également avoir été préalablement formé et habilité par le fabricant au fonctionnement du système CONTROL-IQ.
Prescription :
La prescription du système CONTROL-IQ ainsi que la formation spécifique des patients et/ou de leur entourage à l'utilisation de ce dispositif doivent être assurés par un centre initiateur de pompes à insuline.

L'équipe du centre initiateur doit avoir reçu la formation adéquate à l'utilisation du dispositif. La prise en charge est assurée après demande d'entente préalable remplie par le médecin prescripteur lors de la prescription initiale.
Chez l'adulte, le renouvellement est assuré par un diabétologue d'un centre initiateur de pompes à insuline.
Chez l'enfant, le renouvellement peut être effectué par un pédiatre expérimenté en diabétologie.
Formation initiale du patient
Avant prescription, la formation initiale spécifique du patient et/ou de son entourage à l'emploi de ce dispositif doit lui permettre d'acquérir la maîtrise de :
– l'insertion des capteurs DEXCOM G6 ;
– l'apprentissage du fonctionnement de la pompe et son utilisation ;
– l'utilisation et la gestion de la technologie CONTROL-IQ, ainsi que l'interprétation des informations fournies par le système CONTROL-IQ pour optimiser leur traitement ;
– l'utilisation du système de suivi et d'analyse des données GLOOKO, le cas échéant.
Éducation spécifique :
Avant prescription, les patients doivent avoir reçu une éducation spécifique leur permettant d'interpréter et d'utiliser les informations fournies par le système CONTROL-IQ pour optimiser leur traitement. Cette éducation spécifique doit notamment concerner l'insulinothérapie fonctionnelle nécessaire au comptage des glucides lors des repas ainsi que l'utilisation de la Technologie CONTROL-IQ du système.
Modalités de prise en charge :
Les modalités de prise en charge du système CONTROL-IQ devront permettre la mise à disposition dans le cadre d'une prescription de longue durée du système, après une période initiale de 3 mois.
Période initiale :
Avant prescription à long terme, les modalités de prise en charge devront permettre la mise à disposition du système CONTROL-IQ pour une période d'essai, d'un mois maximum, pour tout patient candidat au système CONTROL-IQ.
Cette période doit permettre de sélectionner les patients motivés, capables de porter et d'utiliser le système CONTROL-IQ selon :
* Les critères de poursuite suivants :
– adhésion du patient à la technologie ;
– temps de port du capteur DEXCOM G6 suffisant (au minimum 75 % du temps) ;
– utilisation suffisante de la technologie CONTROL-IQ du système (temps d'utilisation minimal en boucle semi-fermée de 75 %) ;
* Les critères d'arrêts suivants :
– choix du patient et/ou de son entourage ;
– mauvaise tolérance ;
– non-respect des consignes demandées par la technologie CONTROL-IQ ;
– temps de port du capteur DEXCOM G6 inférieur à 75 % du temps ;
– temps d'utilisation du système en mode boucle fermé inférieur à 75 % ;
– non-respect des consignes de consultation de suivi ;
– non-respect du matériel.
Pour les patients poursuivant l'utilisation du système CONTROL-IQ après la période d'essai, une évaluation à 3 mois doit être effectuée afin d'envisager ou non la poursuite du système.

Cette évaluation se fonde sur les critères précédemment cités auxquels s'ajoute une évaluation clinique au regard des objectifs fixés a priori (hypoglycémies sévères, décompensation acido-cétosique, temps passé au-dessus ou en-dessous des valeurs seuils fixées) et/ou biologique (HbA1c).

Poursuite du traitement :

Pour les patients poursuivant l'utilisation du système CONTROL-IQ à l'issue de cette période initiale, une réévaluation, selon les mêmes critères qu'à trois mois et au moins annuelle chez l'adulte (plus fréquemment chez l'enfant, idéalement tous les 3 mois), devra être effectuée en vue du renouvellement de la prescription du système CONTROL-IQ. La dégradation de l'équilibre métabolique ou de la qualité de vie peuvent conduire à l'arrêt de l'utilisation du système.

Modalités d'utilisation :

Le système CONTROL-IQ ne nécessite pas de calibration pour permettre son fonctionnement. Néanmoins, ce système n'est pas destiné à se substituer totalement à la mesure de la glycémie capillaire. L'autosurveillance glycémique est recommandée dans les situations suivantes mentionnées dans le manuel d'utilisation :

– lorsque le « code capteur » n'est pas renseigné après insertion de chaque nouveau capteur DEXCOM G6 ;

– lors de la période de démarrage du capteur DEXCOM G6 (période de 2 heures dite « d'échauffement » du capteur) ;

– indisponibilité ou défaillance d'un des composants (capteur, transmetteur) ;

– alerte générée par le système demandant une mesure de glycémie capillaire ;

– suspicion ou symptômes d'hypoglycémie, hyperglycémie, acidocétose diabétique ;

– après un changement d'altitude progressif jusqu'à 305 mètres (la précision peut varier jusqu'à 15 % jusqu'à ce que 3 unités d'insuline au total aient été administrées ou jusqu'à ce que l'altitude ait changé de plus de 305 mètres).

En cas de défaillance du capteur de glucose interstitiel en continu, le relais est assuré par l'autosurveillance glycémique capillaire en attendant le remplacement du matériel ; pour ces dispositifs, aucune astreinte 24h/24h n'est nécessaire.

Aucune maintenance préventive n'est nécessaire pour le capteur de mesure du taux de glucose interstitiel.

Concernant la pompe à insuline du système, les modalités d'utilisation suivantes s'appliquent :

Une astreinte médicale est assurée 24 heures sur 24. Pour les patients adultes, cette astreinte est assurée par l'équipe diabétologique du centre initiateur. Pour les enfants, le suivi est assuré par un pédiatre expérimenté en diabétologie. La structure travaille en coordination avec un secteur d'hospitalisation à proximité équipé pour l'accueil des urgences.

Un programme structuré d'éducation concernant les pompes est élaboré et écrit, ainsi que des documents d'évaluation et de synthèse. Des documents écrits concernant les différents aspects de l'éducation au traitement sont remis au patient, notamment en ce qui concerne la conduite à tenir en cas d'incident et le schéma de remplacement, ainsi que la conduite à tenir lors des astreintes de son centre.

L'initiation au traitement requiert une formation intensive du patient en hospitalisation.

Code	Nomenclature	Tarif en F CFP	PLV en F CFP TTC
1139823	**Boucle semi-fermée, TANDEM, CONTROL-IQ, forfait jour licence algorithme.** Forfait journalier pour l'accès au logiciel Version 7.6 et la prestation de suivi pour le système CONTROL-IQ de la société TANDEM.	625	625
11668115	**Boucle semi-fermée, TANDEM, CONTROL-IQ, forfait jour pompe.** Forfait journalier pour les consommables associés pour le système de boucle semi-fermée CONTROL IQ de la société TANDEM.	1 199	1 199

	Il comprend la pompe t : slim X2 CONTROL-IQ et les consommables associés. Ce forfait, facturé par jour de prise en charge, comprend la fourniture par le prestataire ou le pharmacien d'officine des consommables, conformément à la prescription médicale établie en référence aux recommandations professionnelles de bonne pratique. Le prestataire ou le pharmacien d'officine doit communiquer au patient les numéros spécifiques à contacter pour l'assistance technique (24h/24 et 7j/7). La facturation de ce code n'est pas cumulable avec le code 1131170.		
1122060	**Boucle semi-fermée, TANDEM, CONTROL-IQ, forfait jour prestation.** Forfait journalier pour le prestataire ou le pharmacien d'officine pour la mise à disposition du terminal des consommables et algorithme associé au dispositif CONTROL-IQ. Pour la pompe à insuline en utilisation de base spécifiquement : – un rappel périodique de la formation technique des patients dédiée à la pompe à insuline ; – la vérification du bon fonctionnement de la pompe ; – les interventions de réparation ; – la récupération, le nettoyage, la décontamination et la révision technique de la pompe selon les recommandations du fabricant. Pour le système CONTROL-IQ : – l'organisation d'une astreinte téléphonique 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 ; – l'intervention, si nécessaire à domicile, dans les 12 heures suivant la demande, pour la maintenance et la réparation du matériel ; – en cas d'impossibilité de réparation dans les 24 heures, la fourniture d'une pompe de remplacement de même modèle, si nécessaire ; – la fourniture de la notice d'utilisation du matériel et d'un livret patient comprenant les coordonnées du prestataire ou le pharmacien d'officine et décrivant le contenu de la prestation ; – la vérification de la pose, de l'initialisation, du bon fonctionnement et des bonnes pratiques du capteur et du transmetteur ; – la vérification du bon fonctionnement et de la bonne maîtrise par le patient des différentes fonctionnalités CONTROL-IQ sur la base de la formation initiale assurée par le Centre Prescripteur ; – la vérification de la capacité (technique et matérielle) du patient à télécharger ses données +/- assistance au téléchargement ; – la transmission de toute difficulté de prise en charge au centre initiateur ; – la vérification que le patient a toujours son schéma de remplacement, ainsi que la date de péremption de l'insuline, du stylo et du kit d'urgence ; – le suivi régulier de la formation technique du patient initialement assurée par le centre prescripteur ainsi que la vérification du bon fonctionnement de la pompe, du capteur et du transmetteur. La formation est suivie d'une évaluation par le prestataire ou le pharmacien d'officine et d'un retour de l'information au prescripteur.	821	821

	Ce suivi continu a pour but de renforcer et reprendre l'éducation et la formation technique initialement assurée par le Centre Prescripteur, de vérifier les bonnes pratiques et de déceler les mésusages. Le prestataire ou le pharmacien d'officine aura préalablement reçue une formation habilitante dispensée par le fabricant et portant sur le bon usage du dispositif afin d'assurer le suivi continu du patient. Lors des visites de rappel, le prestataire ou le pharmacien d'officine consulte les données du patient sur la plateforme afin de détecter tout problème technique. Il vérifie la bonne transmission des données techniques sur la période. Le rappel aura lieu à 3 mois suivant la date d'installation, puis tous les 6 mois soit chez le prestataire ou pharmacien d'officine, soit au domicile du patient, ou selon toute autre modalité de télésanté autorisée, le cas échéant, pour les volets du suivi pour lesquels le suivi à distance est possible. Cette intervention est justifiée au domicile pour les personnes ayant des difficultés à se déplacer et pour permettre la formation technique continue des personnes de l'entourage (dont l'intervention est nécessaire dans le traitement) et ayant également des difficultés à se déplacer. Tous les 6 mois, dans le cadre du compte rendu de visite de l'infirmier du prestataire ou du pharmacien d'officine, un récapitulatif complet de la consommation mensuelle des dispositifs de perfusion et des capteurs par le patient est transmis au médecin prescripteur et au patient. La facturation de ce code n'est pas cumulable avec les codes 1155302, 1186202, 1145999, 1126737, 1117201, 1115047, 1158476, 1131170, 1120663, 1146183.		
1113261	**Boucle semi-fermée, TANDEM, CONTROL-IQ, forfait de formation technique initiale.** La formation technique initiale du patient peut être faite par l'intervenant infirmier du prestataire ou un pharmacien d'officine, sur prescription du centre initiateur, si cette formation n'est pas réalisée par le centre initiateur. L'intervenant doit être formé à l'insulinothérapie ou « environnement médical » (formation validée par des experts cliniciens) et formé techniquement aux pompes à insuline par les fabricants. Il doit également participer au moins une fois par an à une formation continue sur les pompes. La formation technique initiale a pour objectif d'assurer la maîtrise technique de l'utilisation du système en toute sécurité et est réalisée en plusieurs temps. La prise en charge est assurée dans la limite d'un forfait par système CONTROL-IQ. La formation technique initiale du patient doit contenir : 1. l'apprentissage du fonctionnement du système dans sa globalité avec ses fonctions simples et avancées incluant le fonctionnement de chacun de ses composants ; 2. l'évaluation des connaissances à l'issue de la mise sous système CONTROL-IQ ; 3. l'utilisation des consommables et la connaissance des règles de sécurité ; 4. l'attitude face aux alarmes et aux pannes du matériel ; 5. l'entretien courant du matériel ; 6. les précautions d'utilisation ;	68 409	68 409

	7. les possibilités de port de la pompe et du capteur ; 8. les connaissances de la procédure d'astreinte médicale avec notamment les différents numéros de téléphone, le schéma de remplacement et le kit d'urgence. Cette formation technique initiale peut avoir lieu : – chez le prestataire ou le pharmacien d'officine ; – au domicile du patient ; – au centre initiateur. Cette formation technique initiale est suivie d'une évaluation des connaissances. Si cette évaluation est réalisée par le prestataire ou le pharmacien d'officine, un retour de l'information au prescripteur est nécessaire. La facturation de ce code n'est pas cumulable avec les codes 1158476, 1146183.		
1185728	**Boucle semi-fermée, TANDEM, CONTROL-IQ, visite de suivi trimestrielle** Forfait de visite de suivi trimestrielle lorsque cette intervention est justifiée au domicile pour les personnes ayant des difficultés à se déplacer et pour permettre la formation technique continue des personnes de l'entourage (dont l'intervention est nécessaire dans le traitement) et ayant également des difficultés à se déplacer. Ce forfait est en complément de l'utilisation du code 1122060 pour la prestation associée au système CONTROL-IQ de la société TANDEM. Le code de facturation 1185728 est limité à 4 par an pour un patient.	1 846	1 846
1146332	**Boucle semi-fermée, TANDEM, CONTROL-IQ, livraison mensuelle** Forfait de livraison mensuelle des consommables nécessaires à l'utilisation du système CONTROL-IQ lorsque cette intervention est justifiée pour les personnes ayant des difficultés à se déplacer. Ce forfait est en complément de l'utilisation du code 1122060 pour la prestation associée au système CONTROL-IQ de la société TANDEM. Le code de facturation 1146332 est limité à 12 par an pour un patient.	924	924

Société INSULET France (INSULET)

Système de boucle semi-fermée dédié à la gestion automatisée du diabète de type I

OMNIPOD 5

DESCRIPTION :
Le système OMNIPOD 5 est composé de 3 éléments connectés entre eux par Bluetooth Low Energy (BLE) :
– un POD OMNIPOD 5 sans tubulure extérieure, composé d'une pompe à insuline sans tubulure et d'un microprocesseur comprenant le logiciel SmartAdjust (version 1.0) ;
– un système de mesure en continu du glucose interstitiel DEXCOM G6 (DEXCOM) ou DEXCOM G7 associé à l'application DEXCOM G6 ou G7, composé d'un capteur (avec transmetteur séparé pour DEXCOM G6) ou un système de mesure du glucose interstitiel FREESTYLE LIBRE 2 PLUS (ABBOTT), composé d'un capteur ;
– un contrôleur verrouillé intégrant l'application OMNIPOD 5.

Pompe à insuline sans tubulure extérieure OMNIPOD 5, OMNIPOD. Cette pompe est adhésive, elle est destinée à administrer l'insuline par voie sous-cutanée. Elle est à usage unique, sa durée normale d'utilisation est de 3 jours et correspond à la durée maximale préconisée par le fabricant. La pompe ne permet pas de remplissages itératifs.
Le POD est placé sur une couche de tissu adipeux (notamment, abdomen, hanche, bas du dos, fesse, cuisse, haut du bras du patient).
Le POD comprend également un microprocesseur sur lequel est installé le logiciel de la technologie SmartAdjust (algorithme permettant l'ajustement du débit d'insuline du système OMNIPOD 5).
La technologie SmartAdjust peut être activée ou non par le patient. Le POD peut s'utiliser selon 2 modes :
– un mode dit manuel (sans la technologie SmartAdjust activée), qui permet d'utiliser la pompe à insuline avec ou sans système de mesure du glucose interstitiel ;
– un mode avec la technologie SmartAdjust activée qui permet l'ajustement de l'insuline basale, à partir des données du patient.
Le POD est compatible avec 3 systèmes de mesure du glucose interstitiel :
– le capteur FREESTYLE LIBRE 2 PLUS (ABBOTT) ;
– le système DEXCOM G6 (DEXCOM) ;
– le système DEXCOM G7 (DEXCOM).
Le POD reçoit les valeurs du capteur FREESTYLE LIBRE 2 PLUS, DEXCOM G6 ou DEXCOM G7, et communique ces valeurs à l'application OMNIPOD 5. Le POD assure ainsi l'administration continue d'insuline sous-cutanée, en permettant l'ajustement de l'administration d'insuline basale en mode automatisé.
La technologie SmartAdjust est l'algorithme du système OMNIPOD 5 intégré dans le POD.
En cas de perte de connexion avec le contrôleur, l'administration d'insuline par le POD se poursuit selon le programme en cours en mode « auto-limité » (le système compare le débit basal adaptatif automatisé et le programme basal manuel et utilise celui qui est le plus bas).
Système de mesure en continu du glucose interstitiel DEXCOM G6, DEXCOM.
Ce système est composé de deux éléments :
– le capteur qui s'insère dans le tissu sous-cutané au niveau de l'abdomen, l'arrière du bras ou le haut de la fesse (2-17 ans) à une distance minimale de 8 cm de la pompe. Ce capteur est composé d'un inserteur (partie jetable permettant l'introduction de l'électrode) et d'une électrode électrochimique couplée à une enzyme glucose oxydase générant un courant électrique lié à la concentration du glucose dans le liquide interstitiel autour du capteur ;
– le transmetteur qui s'enclenche sur le capteur et transfère le signal électrique généré et la valeur du glucose interstitiel correspondante toutes les 5 minutes. La durée d'utilisation du transmetteur est de 3 mois.
Un code propre à chaque capteur et transmetteur est à saisir dans le smartphone hébergeant l'application DEXCOM G6 ; aucune calibration n'est nécessaire. Pendant les 2 premières heures après la pose du capteur (phase d'initialisation), aucune valeur de glucose interstitiel n'est visualisée dans le smartphone ; un lecteur de glycémie capillaire est nécessaire sur cette période pour l'autosurveillance glycémique. Après chaque utilisation, il est nécessaire de changer le site d'insertion.
Système de mesure en continu du glucose interstitiel DEXCOM G7, DEXCOM :
Ce système est composé d'un capteur de glucose à usage unique, intégrant le transmetteur et le patch adhésif. Ce capteur s'insère dans le tissu sous-cutané au niveau de l'abdomen, l'arrière du bras ou le haut de la fesse (2-6 ans) à une distance minimale de 8 cm de la pompe. Ce capteur est composé d'un inséreur (partie jetable permettant l'introduction de l'électrode) et d'une électrode électrochimique couplée à une enzyme glucose oxydase générant un courant électrique lié à la concentration du glucose dans le liquide interstitiel autour du capteur.
Un code propre à chaque capteur est à saisir dans le smartphone du patient hébergeant l'application DEXCOM G7 ; aucune calibration n'est nécessaire. Si l'application n'est pas compatible avec le smartphone du patient, le récepteur DEXCOM G7 est mis à disposition. Pendant les 30 premières minutes après la pose du capteur (phase d'initialisation), aucune valeur de glucose interstitiel n'est visualisée ; un lecteur de glycémie capillaire est nécessaire sur cette période pour l'autosurveillance glycémique. Après chaque utilisation, il est nécessaire de changer le site d'insertion.

Système de mesure en continu du glucose interstitiel FREESTYLE LIBRE 2 PLUS, ABBOTT.
Le capteur s'insère en sous-cutané par le patient à l'aide de l'applicateur de capteur sur la face postérieure du bras (uniquement), à une distance minimale de 2,5 cm de la pompe (POD). Il mesure les résultats de glucose interstitiel. Il comporte un filament stérile souple (0,4 mm d'épaisseur), qui est inséré sous la peau (à environ 5 mm), dans le liquide interstitiel. Le filament est relié à un petit disque (dimension 35 mm × 5 mm) et un adhésif médical est utilisé pour maintenir le capteur sur la peau une fois inséré.
Le capteur est à usage unique et peut être porté pendant un maximum de 15 jours.
La période de démarrage du capteur (dite « période de chauffe »), pendant laquelle la mesure n'est pas utilisable, est de 1 heure ; un lecteur de glycémie capillaire est nécessaire sur cette période pour l'autosurveillance glycémique. Après chaque utilisation, il est nécessaire de changer le site d'insertion.
Le contrôleur avec l'application OMNIPOD 5 affiche toutes les données issues de la mesure du glucose interstitiel. En l'absence de POD actif, le système FREESTYLE LIBRE 2 PLUS peut envoyer les données directement au contrôleur (celui-ci peut être utilisé comme lecteur des valeurs de glucose interstitiel).
Application OMNIPOD 5 hébergée sur un contrôleur verrouillé.
L'application est installée sur un contrôleur composé d'un smartphone verrouillé utilisant un système d'exploitation Android et une carte SIM (fournie par Insulet). Elle permet de :
– définir un profil basal ;
– réaliser les réglages de glucose cible et de bolus ;
– contrôler et surveiller les opérations du POD en utilisant la technologie sans fil Bluetooth Low Energy (BLE) ;
– sélectionner le mode d'administration de l'insuline (automatisé ou manuel) ;
– ajouter/changer un capteur ;
– recevoir et afficher des informations et les alarmes directement à partir du Capteur.
Le contrôleur est uniquement compatible avec le POD OMNIPOD 5. Les applications du smartphone sont verrouillées, autorisant uniquement les fonctionnalités BLE et Wi-Fi. La carte SIM fournie avec le contrôleur, permet le transfert de données lorsqu'il n'y a pas de connexion au Wi-Fi. Les mises à jour obligatoires du logiciel s'effectuent via une connexion Wi-Fi oule réseau cellulaire de la carte SIM lorsqu'il n'y a pas de connexion au Wi-Fi.
L'intervention du patient reste nécessaire dans les cas suivants :
– déclarer les repas ou les activités physiques ;
– réaliser les bolus repas et de correction ou un resucrage quand nécessaire ;
– réaliser une mesure d'une glycémie capillaire dès que le système le demande ou si une valeur ou tendance du capteur de glucose ne correspond pas aux symptômes ou attentes du patient.
Lorsque le contrôleur est éteint ou éloigné du POD, les données que le POD communique au contrôleur OMNIPOD 5 sont stockées par le POD pendant toute sa durée de vie (3 jours). Le transfert des données reprend dès que la connexion est rétablie.
L'application OMNIPOD 5 peut conserver 90 jours d'historique. Une fois la mémoire pleine, les nouvelles entrées remplacent les plus anciennes. L'utilisateur peut consulter les informations dans ses historiques mais pas les modifier. Au-delà, l'utilisateur peut consulter ses données historiques sur la plateforme GLOOKO XT.
Les données du contrôleur sont transmises à la plateforme GLOOKO XT par connexion Wi-Fi, ou par la carte SIM en absence de connexion Wi-Fi.
INDICATION PRISE EN CHARGE :
La prescription de OMNIPOD 5, sauf situation médicale particulière du patient, ne s'adresse qu'à des patients dont la consommation est ≤ 60U/j. La pompe OMNIPOD 5 n'est pas adaptée aux enfants pour lesquels un débit de base inférieur à 0,05U/h est nécessaire.
OMNIPOD 5 associé à l'utilisation d'un système de mesure en continu du glucose interstitiel DEXCOM G6 (DEXCOM).

Patients diabétiques de type 1, adultes et enfants âgés d'au moins 2 ans dont l'objectif glycémique n'est pas atteint en dépit d'une insulinothérapie intensive bien conduite par perfusion sous-cutanée continue d'insuline (pompe externe) et d'une autosurveillance glycémique pluriquotidienne (≥ 4/j).
OMNIPOD 5 associé à l'utilisation d'un système de mesure en continu du glucose interstitiel DEXCOM G7 (DEXCOM).
Patients diabétiques de type 1, adultes et enfants âgés d'au moins 2 ans, dont l'objectif glycémique n'est pas atteint en dépit d'une insulinothérapie intensive bien conduite par perfusion sous-cutanée continue d'insuline (pompe externe) et d'une autosurveillance glycémique pluriquotidienne (≥ 4/j). OMNIPOD 5 associé à l'utilisation d'un système de mesure en continu du glucose interstitiel FREESTYLE LIBRE 2 PLUS (ABBOTT).
Patients diabétiques de type 1, adultes et enfants âgés d'au moins 2 ans, dont l'objectif glycémique n'est pas atteint en dépit d'une insulinothérapie intensive bien conduite par perfusion sous-cutanée continue d'insuline (pompe externe) et d'une autosurveillance glycémique pluriquotidienne (≥ 4/j).
MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION :
Le système est destiné aux patients ayant reçu une éducation thérapeutique adaptée à leur pathologie et une formation initiale spécifique à l'emploi de ce système.
Prescription :
La prescription du système OMNIPOD 5 ainsi que la formation spécifique des patients et/ou de leur entourage à l'utilisation de ces dispositifs doivent être assurés par un centre initiateur de pompes à insuline portables programmables. Ces systèmes sont indiqués chez les patients ayant déjà utilisé une pompe à insuline externe. L'équipe du centre initiateur doit avoir reçu la formation adéquate à l'utilisation du dispositif. La prise en charge est assurée après demande d'entente préalable remplie par le médecin prescripteur lors de la prescription initiale.
Chez l'adulte, le renouvellement est assuré par un diabétologue d'un centre initiateur de pompes à insuline portables programmables. Les renouvellements intermédiaires peuvent être assurés par le diabétologue de suivi ou par le diabétologue du centre initiateur. Pour ces renouvellements intermédiaires, des échanges entre le centre initiateur et le diabétologue de suivi sont souhaitables pour assurer au patient un suivi optimal.
Chez l'enfant, le renouvellement de la prescription peut être effectué par un pédiatre expérimenté en diabétologie.

La prescription doit préciser :
– la marque et le modèle du système ;
– la marque et le modèle des consommables et le nombre nécessaire par mois.
Toute prescription pour un changement de système doit être faite dans un centre initiateur. Ce changement ne peut pas intervenir avant 4 ans.
Centre initiateur :
Les patients sont adressés au centre initiateur pour débuter le traitement après une période d'évaluation de la prise en charge et de discussion de l'indication par le diabétologue de suivi (document écrit). Une astreinte médicale 24h/24 est assurée par l'équipe diabétologique du centre initiateur. Le centre doit disposer, en interne ou à proximité, d'une structure d'accueil des urgences. Un programme structuré d'éducation concernant les pompes est élaboré et écrit, ainsi que des documents d'évaluation et de synthèse. Des documents écrits concernant les différents aspects de l'éducation au traitement sont remis au patient notamment en ce qui concerne la conduite à tenir en cas d'incident et le schéma de remplacement, ainsi que la conduite à tenir lors des astreintes de son centre. L'initiation au traitement requiert une formation intensive du patient en hospitalisation. La structure réalise une réévaluation annuelle de l'opportunité de la poursuite du traitement par pompe à insuline chez un patient donné. Un centre initiateur a trois grandes missions qui sont l'initiation du traitement, la réévaluation annuelle et la formation des soignants.
Formation initiale du patient ou de son entourage :
Avant prescription, la formation initiale spécifique du patient et/ou de son entourage à l'emploi de ces dispositifs doit lui permettre d'acquérir la maitrise de :
– l'insertion des capteurs DEXCOM G6, DEXCOM G7 ou des capteurs FREESTYLE LIBRE 2 PLUS ;
– l'apprentissage du fonctionnement de la pompe et son utilisation ;

– l'utilisation et la programmation de l'application mobile (en particulier la gestion des alarmes et des alertes), ainsi que l'interprétation et l'utilisation des informations fournies par l'application OMNIPOD 5 pour optimiser leur traitement ;
– l'utilisation du système de suivi et d'analyse des données, permettant leur téléchargement sur une plateforme de visualisation des données stockées dans un serveur à distance, pouvant être consultées par le patient, son entourage ou le médecin.

Education spécifique du patient ou de son entourage :

Avant prescription, les patients ou leur entourage doivent avoir reçu une éducation spécifique leur permettant d'interpréter et d'utiliser les informations fournies par le contrôleur pour optimiser leur traitement. Cette éducation spécifique doit notamment concerner l'insulinothérapie fonctionnelle nécessaire au comptage des glucides lors des repas ainsi que l'utilisation du système OMNIPOD 5.

MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE :

Les modalités de prise en charge du système OMNIPOD 5 devront permettre la mise à disposition dans le cadre d'une prescription de longue durée du système, après une période initiale de 3 mois.

Période initiale :

Avant prescription à long terme, les modalités de prise en charge devront permettre la mise à disposition du système OMNIPOD 5 pour une période d'essai d'un mois maximum, pour tout patient candidat au système OMNIPOD 5. Cette période doit permettre de sélectionner les patients motivés, capables de porter et d'utiliser le système OMNIPOD 5 selon :

* Les critères de poursuite suivants :
- adhésion du patient à la pathologie ;
- temps de port du capteur DEXCOM G6, DEXCOM G7 ou FREESTYLE LIBRE 2 PLUS suffisant (au minimum 75 % du temps) ;
- utilisation suffisante de l'application OMNIPOD 5 (temps d'utilisation minimal en boucle semi-fermée de 75 %) et observation régulière en temps réel des résultats.

* Les critères d'arrêts suivants :
- choix du patient et/ou de son entourage ;
- mauvaise tolérance ;
- non-respect des consignes demandées par l'application OMNIPOD 5 ;
- temps de port du capteur DEXCOM G6, DEXCOM G7 ou FREESTYLE LIBRE 2 PLUS inférieur à 75 % du temps ;
- temps d'utilisation du système en boucle semi-fermée inférieur à 75 % ;
- non-respect des consignes de consultation de suivi ;
- non-respect du matériel.

Pour les patients poursuivant l'utilisation du système OMNIPOD 5 après la période d'essai, une évaluation à 3 mois doit être effectuée afin d'envisager ou non la poursuite du système. Cette évaluation se fonde sur les critères précédemment cités auxquels s'ajoute une évaluation clinique au regard des objectifs fixés a priori (hypoglycémies sévères, décompensation acido-cétosique, temps passé au-dessus ou en dessous des valeurs seuils fixées) et/ou biologique (HbA1c).

Poursuite du traitement :

Pour les patients poursuivant l'utilisation du système OMNIPOD 5 à l'issue de cette période initiale, une réévaluation, selon les mêmes critères à 3 mois et au moins annuelle (plus fréquemment chez l'enfant, idéalement tous les 3 mois), devra être effectuée en vue du renouvellement de la prescription du système OMNIPOD 5.
La dégradation de l'équilibre métabolique ou de la qualité de vie peuvent conduire à l'arrêt de l'utilisation du système.
Si le patient ne possède pas de smartphone permettant l'installation de l'application DEXCOM G6 ou DEXCOM G7 ou si le smartphone du patient n'est pas compatible, le distributeur (prestataire ou pharmacien d'officine) devra mettre à disposition du patient un terminal bloqué, c'est-à-dire ne permettant pas de passer d'appel, et sur lequel l’application aura été installée.

Modalités d'utilisation :
Ce système n'est pas destiné à se substituer totalement à la mesure de la glycémie capillaire.
L'autosurveillance glycémique est recommandée dans les situations suivantes :
– indisponibilité du capteur : déconnexion (distance Bluetooth) lors de la phase d'initiation dans les 2 heures après tout changement de capteur, problème technique ;
– si les valeurs de glucose interstitiel affichées sur le smartphone ne reflètent pas les symptômes d'une glycémie basse/élevée ;
– quand une alarme indique la nécessité d'effectuer une calibration (échec d'envoi de la calibration au transmetteur, erreur du capteur, code propre à chaque capteur non renseigné) ;
– en cas de dysfonctionnement du contrôleur OMNIPOD 5 (écran figé, perte de connexion entre le smartphone et les composants).
Garantie :
La garantie du contrôleur est de 4 ans. En cas de panne, le patient devra contacter le distributeur (prestataire ou pharmacien d'officine) afin de permettre le remplacement du contrôleur dans les 24 heures au titre de la garantie.

Code	Nomenclature	Tarif en F CFP	PLV en F CFP TTC
1111500	**Boucle semi-fermée, INSULET, OMNIPOD 5, mise à disposition contrôleur pour algo.** Forfait de mise à disposition du contrôleur du système OMNIPOD 5 de la société INSULET France. Le contrôleur du système OMNIPOD 5 est conditionné dans un emballage non stérile. Le kit de démarrage du système OMNIPOD 5 est composé d'un contrôleur, d'une coque de protection en silicone, d'un câble avec adaptateur pour le contrôleur et d'un manuel d'utilisation simplifié pour le système OMNIPOD 5. Il est conditionné dans un emballage non stérile. La garantie du contrôleur est de 4 ans. En cas de panne, le patient devra contacter le distributeur (prestataire ou pharmacien d'officine) afin de permettre le remplacement du contrôleur dans les 24 heures au titre de la garantie. Cette prise en charge d'un contrôleur ne peut être renouvelée avant une période de 4 ans suivant la date de la prise en charge initiale du contrôleur.	30 825	30825
1135009	**Boucle semi-fermée, INSULET, OMNIPOD 5, forfait jour licence algorithme.** Forfait journalier pour l'accès au logiciel SmartAdjust Technology version 1.0 et la prestation de suivi pour le système OMNIPOD 5 de la société INSULET France.	583	583
1144586	**Boucle semi-fermée, INSULET, OMNIPOD 5, forfait jour pompe.** Forfait journalier pour les pompes patchs à insuline pour le système de boucle semi-fermée OMNIPOD 5 de la société INSULET France. Ce forfait, facturé par jour de prise en charge, comprend la fourniture par le prestataire ou le pharmacien d'officine des pompes patchs, conformément à la prescription médicale établie en référence aux recommandations professionnelles de bonne pratique. Le prestataire ou le pharmacien d'officine doit communiquer au patient les numéros spécifiques à contacter pour l'assistance technique (24h/24 et 7j/7). La prise en charge des références POD-OMNI-I1-6220 et POD-OMNI-I1-6720 n'est possible qu'en association aux codes 1173056, 1128268 et 1194874.	1 118	1 118

1173323	**Boucle semi-fermée, INSULET, OMNIPOD 5, forfait jour prestation.** Forfait journalier pour le prestataire ou le pharmacien d'officine pour la mise à disposition des consommables et algorithme associé au dispositif OMNIPOD 5. Les prestations nécessaires sont décrites ci-dessous : Mise à disposition du POD (pompe à insuline) Mise à disposition des PODs associés au système de boucle semi-fermée OMNIPOD 5. La mise à disposition comprend la fourniture et la livraison par le prestataire ou le pharmacien d'officine des PODs OMNIPOD 5 conformément à la prescription médicale établie en référence aux recommandations professionnelles de bonne pratique. Le prestataire ou le pharmacien d'officine doit communiquer au patient les numéros spécifiques à contacter pour l'assistance technique (24h/24, 7j/7). Mise à disposition : – des capteurs et transmetteurs DEXCOM G6, associés à une boucle semi-fermée. Le capteur a une durée d'utilisation maximale de 10 jours et le transmetteur de 3 mois ; – des capteurs DEXCOM G7, associés à une boucle semi-fermée. Le capteur a une durée d'utilisation maximale de 10 jours ; – des capteurs FREESTYLE LIBRE 2 PLUS, associés à une boucle semi-fermée. Le capteur à une durée d'utilisation de 15 jours. Mise à disposition du contrôleur et prestation : Ce forfait comprend la mise à disposition d'un contrôleur ainsi que la prestation définie ci-dessous. Cette prestation comprend au minimum : – la fourniture et la livraison des pompes à insuline, accessoires et consommables et contrôleur, conformément à la prescription médicale établie en référence aux recommandations professionnelles de bonne pratique ; – la fourniture de la notice d'utilisation du matériel et d'un livret patient comprenant les coordonnées du prestataire ou du pharmacien d'officine (comprenant entre autres le numéro d'astreinte technique) et décrivant le contenu de la prestation ; – l'organisation d'une astreinte téléphonique 24h/24, 7j/7 ; – un rappel régulier de la formation technique initiale du patient, ainsi que la vérification du bon fonctionnement du système (POD, contrôleur, capteur) ; – la récupération, le nettoyage, la désinfection et la révision technique du contrôleur suivant les recommandations du fabricant ; – le retour d'information écrit au prescripteur sur le suivi des patients et les incidents ainsi que le compte rendu de toutes les interventions ; – l'intervention, si nécessaire à domicile, dans les 12 heures suivant la demande, pour la maintenance et la réparation du matériel ; – en cas d'impossibilité de réparation dans les 24h, la fourniture d'un contrôleur de remplacement du même modèle, si nécessaire.	821	821

	La formation est suivie d'une évaluation par le prestataire ou le pharmacien d'officine et d'un retour de l'information au prescripteur. Ce suivi continu a pour but de renforcer et reprendre l'éducation et la formation technique initialement assurée par le centre prescripteur, de vérifier les bonnes pratiques et de déceler les mésusages. Ce suivi continu, réalisé par l'intervenant infirmier du prestataire de santé à domicile ou le pharmacien d'officine, doit comprendre : – l'évaluation des connaissances issues de la formation technique initiale du patient au début de la formation ainsi qu'à la fin ; – la reprise point par point de la formation technique initiale, en faisant refaire les manipulations par le patient, ainsi que les règles de sécurité ; – la reprise de ce qui n'a pas été compris ; – la vérification du POD, du contrôleur et de l'application, des modalités d'entretien et la bonne connaissance par le patient de son fonctionnement ; – la vérification du système de mesure du glucose interstitiel, de son bon entretien ; – la vérification de la capacité technique et matérielle du patient ou de son entourage à télécharger les données sur la plateforme de visualisation des données stockées dans un serveur à distance, pouvant être consultées par le patient, son entourage ou le médecin ; – la vérification que le patient a toujours son schéma de remplacement, ainsi que la date de péremption de l'insuline, du stylo et du kit d'urgence ; – la transmission de toute difficulté de prise en charge au centre initiateur. Le prestataire ou le pharmacien d'officine vérifie la bonne transmission des données et détecte tout problème technique. Le rappel aura lieu à 3 mois suivant la date d'installation, puis tous les 6 mois soit chez le prestataire ou pharmacien d'officine, soit au domicile du patient, ou selon toute autre modalité de télésanté autorisée, le cas échéant, pour les volets du suivi pour lesquels le suivi à distance est possible. Cette intervention est justifiée au domicile pour les personnes ayant des difficultés à se déplacer et pour permettre la formation technique continue des personnes de l'entourage (dont l'intervention est nécessaire dans le traitement) et ayant également des difficultés à se déplacer. Tous les 6 mois, dans le cadre du compte rendu de visite de l'infirmier du prestataire ou du pharmacien d'officine, un récapitulatif complet de la consommation mensuelle des PODs OMNIPOD 5 par le patient est transmis au médecin prescripteur et au patient. Si, lors de ces visites à six mois ou à toute autre occasion, le prestataire ou le pharmacien d'officine constate une consommation inférieure à six POD par mois, après consultation du médecin prescripteur, un accompagnement spécifique est proposé au patient par le prestataire ou le pharmacien d'officine, afin de déterminer avec lui les causes de cette sous-consommation, de vérifier le bon usage du dispositif médical et notamment sur les points d'insertion et le changement régulier ses POD en conformité avec les recommandations de la société savante et/ou de son prescripteur. Dans ce cas, le médecin prescripteur est tenu informé régulièrement, par le prestataire ou le pharmacien d'officine, de l'évolution des utilisations des POD par le patient.		

	La facturation de ce code n'est pas cumulable avec les codes 1155302, 1186202, 1145999, 1126737, 1117201, 1115047, 1158476, 1131170, 1120663, 1146183.		
1118985	**Boucle semi-fermée, INSULET, OMNIPOD 5, forfait de format tech initiale.** La formation technique initiale du patient peut être faite par l'intervenant infirmier du prestataire ou un pharmacien d'officine, sur prescription du centre initiateur, si cette formation n'est pas réalisée par le centre initiateur. L'intervenant doit être formé à l'insulinothérapie ou « environnement médical » (formation validée par des experts cliniciens) et formé techniquement aux pompes à insuline par les fabricants. Il doit également participer au moins une fois par an à une formation continue sur les pompes. La formation technique initiale a pour objectif d'assurer la maitrise technique de l'utilisation du système en toute sécurité. La prise en charge est assurée dans la limite d'un forfait par contrôleur OMNIPOD 5. La formation technique initiale du patient doit contenir : – l'apprentissage du fonctionnement du système dans sa globalité avec ses fonctions simples et avancées, incluant le fonctionnement de chacun des éléments associés (système de mesure en continu du glucose interstitiel, pompe à insuline et contrôleur) et du téléchargement des données sur une plateforme de visualisation des données stockées dans un serveur à distance ; – l'évaluation des connaissances à l'issue de la mise sous boucle semi-fermée ; – l'utilisation du système dans sa globalité (pompe à insuline, système de mesure en continu du glucose interstitiel et contrôleur), la capacité technique et matérielle à télécharger les données et la connaissance des règles de sécurité ; – l'attitude face aux alarmes et aux pannes du matériel ; – l'entretien courant du matériel ; – les précautions d'utilisation ; – les possibilités de port du système et du capteur ; – les connaissances de la procédure d'astreinte : numéros de téléphone de l'astreinte médicale du centre initiateur et du service après-vente du distributeur, schéma de remplacement et kit d'urgence. Cette formation technique initiale peut avoir lieu chez le prestataire ou le pharmacien d'officine, au domicile du patient ou au centre initiateur. Cette formation technique initiale est suivie d'une évaluation des connaissances. Si cette évaluation est réalisée par le prestataire ou le pharmacien d'officine, un retour de l'information au prescripteur est nécessaire. La facturation de ce code n'est pas cumulable avec les codes 1131170, 1115047 et 1102330.	68 409	68 409
1189235	**Boucle semi-fermée, INSULET, OMNIPOD 5, visite de suivi trimestrielle.** Forfait de visite de suivi trimestrielle lorsque cette intervention est justifiée au domicile pour les personnes ayant des difficultés à se déplacer et pour permettre la formation technique continue des personnes de l'entourage (dont l'intervention est nécessaire dans le traitement) et ayant également des difficultés à se déplacer. Ce forfait est en complément de l'utilisation du code 1173323 pour la prestation associée au système OMNIPOD 5 de la société INSULET France. Le code de facturation 1189235 est limité à 4 par an pour un patient.	1 846	1 846

1177924	**Boucle semi-fermée, INSULET, OMNIPOD 5, livraison mensuelle.** Forfait de livraison mensuelle des consommables nécessaires à l'utilisation du système OMNIPOD 5 de la société INSULET France lorsque cette intervention est justifiée pour les personnes ayant des difficultés à se déplacer.	924	924

Société DEXCOM France (DEXCOM)

Code	Nomenclature	Tarif en F CFP	PLV en F CFP TTC
1128268	**Forfait jour DEXCOM, DEXCOM G7, pour boucle semi-fermée.** Forfait journalier pour l'utilisation d'un dispositif DEXCOM G7 de la société DEXCOM associé à une boucle semi-fermée. Le capteur a une durée d'utilisation maximale de 10 jours. L'utilisation du code de facturation 1128268 est en association avec le code 1144586. L'entreprise DEXCOM s'engage à mettre à disposition un récepteur lorsque celui-ci est nécessaire.	894	894
1173056	**Forfait jour DEXCOM, DEXCOM G6, pour boucle semi-fermée.** Forfait journalier pour l'utilisation d'un dispositif DEXCOM G6 de la société DEXCOM associé à une boucle semi-fermée. Le capteur a une durée d'utilisation maximale de 10 jours. L'utilisation du code de facturation 1173056 est non cumulable avec les codes de facturation 1155302 et 1186202. L'utilisation du code de facturation 1173056 est en association avec le code 1168115, 1105920, 1151178 ou le code 1144586.	1150	1150

1.2.2.3. Section 3. - Dispositifs médicaux pour autotraitement, autocontrôle et automesure

1.2.2.3.1. Sous-section 1: Dispositifs d'autosurveillance

1.2.2.3.1.1. Paragraphe 1 - Systèmes d'autosurveillance à la glycémie

Appareil pour lecture automatique de la glycémie dit lecteur de glycémie

Lors de la prescription, il est indispensable d'expliquer au patient, quel que soit le type de diabète, et d'organiser avec lui cette autosurveillance glycémique (ASG) avec la détermination des horaires, de la fréquence, des objectifs et des décisions à prendre en fonction des résultats.
La prescription doit préciser l'unité d'affichage souhaitée pour les lecteurs de glycémie.
Les prises en charge des systèmes d'autosurveillance de la glycémie (couples lecteur/réactifs) doivent être conformes à la norme NF EN ISO 15197, relative aux systèmes d'autosurveillance de la glycémie destinés à la prise en charge du diabète sucré.
La prise en charge est assurée pour les indications et modalités suivantes :
- chez le patient diabétique de type 1 : au moins 4 ASG/jour ;
- chez la femme ayant un diabète gestationnel : au moins 4 ASG/jour ;

- chez certains diabétiques de type 2 définis ci-dessous :
  - les patients insulinotraités :

· si l'insulinothérapie comprend plus d'une injection d'insuline par jour : au moins 4 ASG/jour ;
· si l'insulinothérapie comprend une seule injection d'insuline par jour : 2 à 4 ASG/jour ;
· les patients chez qui l'insuline est envisagée à court ou moyen terme et avant sa mise en route : 2 à 4 ASG/jour ;

- les patients traités par insulinosécréteurs (sulfamides hypoglycémiants ou glinides, seuls ou associés à d'autres traitements antidiabétiques) afin de rechercher ou confirmer une hypoglycémie et d'adapter si besoin la posologie de ces médicaments : 2 ASG/semaine à 2 ASG/jour. La prise en charge est toutefois limitée à 200 bandelettes par an pour ces patients ;
- les patients pour lesquels il est recherché une amélioration de l'équilibre glycémique lorsque l'objectif n'est pas atteint, comme instrument d'éducation permettant d'apprécier l'effet de l'activité physique, de l'alimentation et du traitement : 2 ASG/semaine à 2 ASG/jour. La prise en charge est toutefois limitée à 200 bandelettes par an pour les patients non insulinorequérants.

La prise en charge de l'ASG chez les diabétiques de type 2 ne doit donc pas être systématique. Elle doit s'inscrire dans une démarche bien construite où l'éducation du patient est importante. Lors de la prescription, il est indispensable d'expliquer au patient et d'organiser avec lui cette autosurveillance avec la détermination des horaires, de la fréquence, des objectifs et des décisions à prendre en fonction des résultats.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1101720	**Autocontrôle, appareil pour lecture automatique chiffrée de la glycémie.** Seuls les lecteurs de glycémie dont l'affichage est limité à une seule unité de mesure (mg/dl ou mmol/l) et garantis au moins 4 ans sont pris en charge. La prise en charge est assurée pour : - une attribution tous les 4 ans chez l'adulte ; - deux attributions tous les 4 ans chez l'enfant de moins de 18 ans.	4 347	4 347

Systèmes de réactifs associés (électrodes, bandelettes et capteurs)

La prise en charge est assurée pour les conditionnements de 10, 50, 100, 150 et 200 unités. Les conditionnements de 150 et 200, doivent contenir des réactifs en conditionnement unitaire ou par sous-conditionnement de 25 réactifs se conservant au minimum 3 mois après ouverture.
La prescription doit contenir le nombre d'autosurveillances glycémiques à réaliser par jour.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1173487	**Autocontrôle du sucre dans le sang, 10 bandelettes, capteurs ou électrodes.** Flacon 10 bandelettes.	605	605
1136894	**Autocontrôle du sucre dans le sang, 50 bandelettes, capteurs ou électrodes.** Flacon 50 bandelettes.	3 024	3 024
1186722	**Autocontrôle du sucre dans le sang, 100 bandelettes, capteurs ou électrodes.** Flacon 100 bandelettes.	6 049	6 049

1180441	**Autocontrôle du sucre dans le sang, 150 bandelettes, capteurs ou électrodes.** Flacon 150 bandelettes.	9 071	9 071
1187408	**Autocontrôle du sucre dans le sang, 200 bandelettes, capteurs ou électrodes.** Flacon 200 bandelettes.	12 094	12 094

Set d'autosurveillance de la glycémie

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1198033	**Autocontrôle du sucre dans le sang, set d'autosurveillance de la glycémie.** Seul le set complet d'autosurveillance de la glycémie est pris en charge et uniquement en cas d'instauration d'une autosurveillance de la glycémie, dans les conditions définies dans les rubriques " A. - Appareil pour lecture automatique de la glycémie dit lecteur de glycémie " et " B. - Systèmes de réactifs associés (électrodes, bandelettes et capteurs) ". Le set complet comprend : - 1 lecteur de glycémie ; - au minimum 10 bandelettes d'autocontrôle de la glycémie ; - 1 autopiqueur ; - au minimum 10 lancettes pour autopiqueur, non réutilisables, stériles. Les spécifications techniques de ce set sont identiques à celles exigées pour les éléments qui le composent, conditionnés individuellement. La prise en charge de ce set est assujettie à la disponibilité en conditionnement individuel du lecteur de glycémie et de l'autopiqueur. Ce set étant indiqué uniquement en cas d'instauration d'une autosurveillance de la glycémie, il ne peut donc être pris en charge qu'une seule fois par patient. La prise en charge de ce set est incompatible avec la prise en charge des codes 1101720, 1163891, 1117454 et 1199297. Les conditions de renouvellement de la prise en charge du lecteur de glycémie et de l'autopiqueur inclus dans ce set sont identiques à celles prévues respectivement aux codes 1101720 et 1117454.	8 630	8 630
1199297	**Autocontrôle, set de prélèvement de sang capillaire.** Seul le set complet de prélèvement de sang capillaire est pris en charge et uniquement en cas d'instauration d'une autosurveillance, dans les conditions définies dans le paragraphe 3 " Dispositifs de prélèvements sanguins capillaires dans le cadre d'une autosurveillance ". Le set complet comprend : - 1 autopiqueur ; - au minimum 10 lancettes pour autopiqueur, non réutilisables, stériles. Les spécifications techniques de ce set sont identiques à celles exigées pour les éléments qui le composent, conditionnés individuellement. La prise en charge de ce set est assujettie à la disponibilité en conditionnement individuel de l'autopiqueur.	2 128	2 128

	La prise en charge de ce set est incompatible avec la prise en charge des codes 1117454 et 1198033. Ce set étant indiqué uniquement en cas d'instauration d'un prélèvement de sang capillaire, il ne peut donc être pris en charge qu'une seule fois par patient.		

Dispositifs intégrant lecteur et autopiqueur pour autosurveillance de la glycémie et systèmes réactifs associés.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1172861	**Autocontrôle du sucre dans le sang, ROCHE, cassette ACCU-CHEK MOBILE, 100.** ACCU-CHEK-MOBILE est conditionné en une boîte contenant 2 cassettes de 50 tests et un manuel d'utilisation. La prise en charge est assurée pour la référence 05953758038. Après mise en place de la cassette, celle-ci est utilisable trois mois.	5 477	5 477
1108350	**Autocontrôle sucre dans le sang, kit autosurv. glycémie, ROCHE, ACCU-CHEK-MOBILE.** Kit pour autosurveillance de la glycémie ACCU-CHEK-MOBILE de la société ROCHE DIABETES CARE France. Le kit ACCU-CHEK MOBILE est conditionné en une boîte contenant : - système autopiqueur/lecteur de glycémie avec piles (2 piles AAA) ; - blister de 2 cartouches de 6 lancettes ACCU-CHEK FastClix ; - e cassette de 50 tests ACCU-CHEK MOBILE ; - manuel d'utilisation du système ACCU-CHEK MOBILE ; - mémento du système ACCU-CHEK ; - câble de connexion informatique USB. La prise en charge est assurée pour la référence 06383599038. Le kit et l'ensemble de ses composants sont garantis quatre ans. Après mise en place de la cassette, celle-ci est utilisable trois mois. Le patient adulte ou enfant ne pourra bénéficier d'un renouvellement du kit que tous les quatre ans.	16 093	16 093

Système flash d'autosurveillance du glucose interstitiel

Société ABBOTT France (ABBOTT)

INDICATIONS PRISES EN CHARGE :

Mesure du glucose interstitiel en complément d'une autosurveillance glycémique chez les patients atteints d'un diabète de type 1 ou de type 2 (adultes et enfants âgés d'au moins 4 ans) traités par insulinothérapie intensifiée (par pompe externe ou ≥ 3 injections par jour) et pratiquant une autosurveillance glycémique (ASG) pluriquotidienne (≥ 3/j).

Le système FREESTYLE LIBRE 2 est réservé aux patients ayant reçu une éducation thérapeutique ainsi qu'une formation spécifique à l'utilisation du système flash d'autosurveillance du glucose interstitiel.

GARANTIE :

Le lecteur est garanti 4 ans, le capteur est garanti 14 jours.

En cas de panne, durant la période de garantie, un remplacement gratuit standard du lecteur ou du capteur défectueux par un produit neuf est assuré dans un délai de 3 jour ouvré.

MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION :

Prescription :

La prescription initiale du système FREESTYLE LIBRE 2 ainsi que la prescription suivant la période d'essai doivent être assurées par un diabétologue ou par un pédiatre expérimenté en diabétologie.

Phase d'initiation :

Avant prescription à long terme, une période d'essai d'une durée d'un mois à 3 mois (prescription de court terme) pour tout patient candidat au système FREESTYLE LIBRE 2 doit permettre de sélectionner les patients capables d'utiliser FREESTYLE LIBRE 2 et de porter le capteur.

Pour les patients non autonomes quelle qu'en soit la raison (âge, état cognitif, etc.), FREESTYLE LIBRE 2 peut être utilisé par l'entourage proche (parents ou aidants) ou professionnels infirmiers.

Les critères d'arrêt peuvent notamment être liés au choix du patient et/ou de son entourage, à la mauvaise tolérance cutanée du capteur, à l'incapacité de porter sur soi un capteur en permanence.

A l'issue de cette période d'essai, une évaluation par un diabétologue ou par un pédiatre expérimenté en diabétologie doit être effectuée afin d'envisager ou non la poursuite du système FREESTYLE LIBRE 2.

Cette évaluation se fonde sur les critères précédemment cités auxquels s'ajoute une évaluation clinique au regard des objectifs fixés a priori (hypoglycémies sévères, décompensation acido-cétosique, temps passé au-dessus ou en-dessous des valeurs seuils fixées) et/ou biologique (HbA1c).

Renouvellement après la phase d'initiation :

Après la prescription qui suit l'évaluation de la période d'essai, le renouvellement est assuré par tout médecin.

La délivrance est effectuée sur présentation de l'ordonnance initiale et de l'ordonnance de renouvellement.

Education spécifique du patient et/ou de son entourage :

Avant utilisation, les patients et/ou leur entourage doivent avoir reçu une éducation spécifique leur permettant d'acquérir la maitrise de l'application du capteur et d'apprendre à interpréter et utiliser les informations fournies par le système FREESTYLE LIBRE 2 pour optimiser leur traitement.

Cette formation est assurée par une structure prenant en charge des patients diabétiques et impliquée dans les programmes d'éducation thérapeutique. Il est indispensable d'organiser avec le patient et/ou son entourage cette autosurveillance glycémique avec la détermination de sa fréquence, des objectifs et des décisions thérapeutiques à prendre en fonction des résultats.

MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE :

FREESTYLE LIBRE 2 intègre un lecteur de glycémie capillaire. La prise en charge d'un lecteur FREESTYLE LIBRE 2 exclut celle d'un autre lecteur de glycémie capillaire. La prise en charge d'un lecteur FREESTYLE LIBRE 2 est exclue dans un délai de 4 ans à compter de la prise en charge d'un lecteur de glycémie capillaire FREESTYLE LIBRE première version.

Lors de la période d'essai, les modalités de prise en charge du système FREESTYLE LIBRE 2 devront permettre la mise à disposition, dans le cadre d'une prescription de courte durée, des éléments du système correspondant : lecteur et capteur (durée de port de 14 jours).

Après la période d'essai, les modalités de prise en charge du système FREESTYLE LIBRE 2 devront permettre la mise à disposition, dans le cadre d'une prescription de longue durée, des éléments du système correspondant : lecteur et capteur (durée de port de 14 jours).

La durée de port du capteur étant de 14 jours, le nombre total de capteurs à prendre en charge par an et par patient est limité à 26 capteurs.

Dans les situations cliniques où le fabricant préconise la mesure de la glycémie capillaire, la prise en charge de bandelettes et de lancettes pour lecteur de glycémie capillaire doit être limitée à 100 bandelettes et 100 lancettes, par patient et par an.

MODALITÉS D'UTILISATION :

La mesure du glucose interstitiel à l'aide de FREESTYLE LIBRE 2 nécessite l'intervention du patient ou de l'aidant via un scan du lecteur sur le capteur, afin d'obtenir les valeurs de glucose dans le liquide interstitiel. En cas de scan espacé (> 8 heures), les premières valeurs sont perdues.

Ce dispositif est conçu pour remplacer la mesure de la glycémie capillaire. Lors des moments d'évolution rapide du taux de glucose dans le sang, le taux de glucose interstitiel tel que mesuré par le capteur et rapporté comme étant actuel peut ne pas refléter précisément le taux de glucose dans le sang. Quand les taux de glucose dans le sang sont en baisse rapide, les résultats du taux de glucose interstitiel mesurés avec le capteur peuvent être supérieurs aux taux de glucose dans le sang. A l'inverse, quand les taux de glucose dans le sang sont en augmentation rapide, les résultats de taux de glucose interstitiel mesurés avec le capteur peuvent être inférieurs aux taux de glycémie.

Le fabricant préconise d'utiliser un lecteur de glycémie capillaire pour vérifier les résultats du taux de glucose dans le sang dans les cas répertoriés ci-dessous :

– afin de confirmer une hypoglycémie ou une hypoglycémie imminente telle que rapportée par le capteur ;

– si les symptômes ne correspondent pas au résultat du système FREESTYLE LIBRE 2. Les symptômes qui peuvent être dus à une glycémie basse ou élevée ne doivent pas être ignorés ;

– ou lorsque le patient suspecte que le résultat pourrait être inexact.

Aucune astreinte 24h/24h n'est nécessaire en cas de défaillance du système.

Aucune maintenance préventive n'est nécessaire pour le système FREESTYLE LIBRE 2.

MODALITÉ DE DÉLIVRANCE :

Pour être pris en charge, les dispositifs (lecteur et capteurs) ne peuvent être distribués que par le réseau des pharmaciens d'officine.

Code	Nomenclature	Tarif en F CFP	PLV en F CFP TTC
1110720	**Autocontrôle du glucose interstitiel, lecteur, ABBOTT, FREESTYLE LIBRE 2.** Le kit de lecture composant le système flash d'auto-surveillance du glucose interstitiel FREESTYLE LIBRE 2 de la société ABBOTT France comprend 1 lecteur FREESTYLE LIBRE 2, 1 câble USB, 1 adaptateur électrique, 1 guide de démarrage rapide et 1 manuel d'utilisation. La prise en charge est assurée pour une attribution tous les 4 ans.	10 222	10 222
1190296	**Autocontrôle du glucose interstitiel, 1 capteur, ABBOTT, FREESTYLE LIBRE 2.** Le kit de mesure composant le système flash d'auto-surveillance du glucose interstitiel FREESTYLE LIBRE 2 de la société ABBOTT France comprend 1 capteur FREESTYLE LIBRE 2 (d'une durée de port de 14 jours) ; 1 applicateur de capteur ; la notice du produit. La prise en charge est assurée pour une attribution maximale de 26 capteurs par an par patient.	10 916	10 916

Système de mesure en continu du glucose interstitiel

Société ABBOTT France (ABBOTT)

Capteurs pour boucle semi-fermée

Code	Nomenclature	Tarif en F CFP	PLV en F CFP TTC
1132525	**Forfait jour FREESTYLE LIBRE 3, ABBOTT, pour boucle semi-fermée.** Forfait journalier pour l'utilisation d'un système de mesure en continu du glucose interstitiel FREESTYLE LIBRE 3 de la société ABBOTT France associé à une boucle semi-fermée. Le capteur a une durée d'utilisation de 14 jours soit une attribution de 26 capteurs par an par patient. La prise en charge est strictement assurée dans les conditions définies dans la nomenclature du système de boucle semi-fermée dédié à la gestion automatisée du diabète de type I MYLIFE CAMAPS FX. La prise en charge du code de facturation 1132525 est strictement assurée en association avec le code 1105920.	894	894
1194874	**Forfait jour FREESTYLE LIBRE 2 PLUS, ABBOTT, pour boucle semi-fermée.** Forfait journalier pour l'utilisation d'un système de mesure en continu du glucose interstitiel FREESTYLE LIBRE 2 PLUS de la société ABBOTT France associé à une boucle semi-fermée. Le capteur a une durée d'utilisation de 15 jours soit une attribution de 25 capteurs par an par patient. La prise en charge est strictement assurée dans les conditions définies dans la nomenclature du système de boucle semi-fermée dédié à la gestion automatisée du diabète de type I OMNIPOD 5. La prise en charge du code de facturation 1194874 est strictement assurée en association avec le code 1144586.	583	583

Capteur Freestyle Libre Select associé au lecteur Freestyle Libre 3

DESCRIPTION :

Le système de mesure en continu du glucose interstitiel FREESTYLE LIBRE SELECT se compose des éléments suivants :

– un capteur de glucose, à usage unique :

Le capteur FREESTYLE LIBRE SELECT est inséré en sous-cutané par le patient à l'aide de l'applicateur de capteur sur la face postérieure du bras (uniquement). Il mesure et enregistre les résultats de glucose interstitiel.

Il comporte un filament stérile souple (0,4 mm d'épaisseur), qui est inséré sous la peau (à environ 5 mm), dans le liquide interstitiel. Le filament est relié à un petit disque (dimensions 35 mm x 5 mm) et un adhésif médical est utilisé pour maintenir le capteur sur la peau une fois inséré. Son poids est de 5 grammes.

Le capteur est à usage unique et peut être porté pendant un maximum de 15 jours. Il est résistant à l'eau, pendant au maximum 30 minutes jusqu'à un mètre de profondeur (indice de protection IP27). Aucune calibration n'est préconisée par le fabricant pendant les 15 jours de port.

La période de démarrage du capteur (dite « période de chauffe »), pendant laquelle la mesure en continu n'est pas utilisable, est de 1 heure.

Le capteur permet de collecter et d'enregistrer les données de mesure du glucose générées automatiquement via un réseau Bluetooth Low Energy (BLE). Un enregistrement de ces données sur le capteur est effectué toutes les 5 minutes, avec une mémoire tampon de 15 jours. La température de fonctionnement du capteur est située entre 10 et 45 degrés. Sa portée est de 10 mètres, en l'absence d'obstacles.

– un récepteur :

Il s'agit soit du smartphone du patient sur lequel celui-ci doit installer l'application FREESTYLE LIBRE 3 disponible gratuitement, soit du lecteur FREESTYLE LIBRE 3 si l'application n'est pas compatible avec le smartphone du patient. L'application FREESTYLE LIBRE 3 ou le lecteur sont indispensables pour recevoir les informations du capteur. Ils permettent la collecte des données nominatives, administratives et cliniques, et les transmettent à un serveur distant.
Le lecteur FREESTYLE LIBRE 3 est pris en charge uniquement avec les capteurs FREESTYLE LIBRE SELECT.
FREESTYLE LIBRE SELECT ne permet pas une substitution totale aux mesures de glycémies capillaires, le patient devant disposer d'un lecteur de glycémie capillaire dans certaines situations, en particulier en cas de discordance entre les symptômes et les résultats du système.
INDICATIONS PRISES EN CHARGE :
Mesure du glucose interstitiel, en complément d'une autosurveillance glycémique :
– chez les patients atteints d'un diabète de type 1 ou de type 2 (adultes et enfants ≥ 2 ans) traités par insulinothérapie intensifiée (par pompe externe ou ≥ 3 injections par jour) ;
– chez les patients diabétiques de type 2 (adultes et enfant ≥ 2 ans) traités par insulinothérapie non intensifiée (< 3 injections par jour) dont l'objectif glycémique n'est pas atteint.
La prise en charge exclut son utilisation en boucle fermée ou semi-fermée, c'est-à-dire dans le cadre d'un système autonome ou semi-autonome dont l'une des fonctionnalités permet de modifier automatiquement le débit d'insuline de la pompe à insuline à partir de données issues d'autres dispositifs médicaux connectés (comme les capteurs de mesure en continu du glucose interstitiel).
MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION :
Prescription :
– chez les patients diabétiques de type 1 ou de type 2, adultes et enfants ≥ 2 ans, traités par insulinothérapie intensifiée (par pompe externe ou ≥ 3 injections par jour) : la prescription initiale du système, ainsi que la prescription suivant la période d'essai, doivent être assurées par un diabétologue ou par un pédiatre expérimenté en diabétologie ;
– chez les patients diabétiques de type 2, adultes et enfants ≥ 2 ans, traités par insulinothérapie non intensifiée (< 3 injections par jour) dont l'équilibre glycémique n'est pas atteint : la prescription initiale du système, ainsi que la prescription suivant la période d'essai doivent être assurées par un médecin généraliste ou un diabétologue ou par un pédiatre expérimenté en diabétologie.
Phase d'initiation :
Avant prescription à long terme, une période d'essai d'une durée d'un mois à 3 mois pour tout patient candidat au système doit permettre de sélectionner les patients capables d'utiliser le système et de reporter le capteur.
Pour les patients non autonomes quelle qu'en soit la raison (âge, état cognitif, etc.), le système peut être utilisé par l'entourage proche (parents ou aidants) ou professionnels infirmiers. Les critères d'arrêt peuvent notamment être liés au choix du patient ou de son entourage, à la mauvaise tolérance cutanée du capteur, à l'incapacité de porter sur soi un capteur en permanence.
A l'issue de cette période d'essai, une évaluation par le médecin prescripteur doit être effectuée afin d'envisager ou non la poursuite d'utilisation du système.
Cette évaluation est fondée sur les critères précédemment cités auxquels s'ajoute une évaluation clinique au regard des objectifs fixés a priori (hypoglycémies sévères, décompensation acido-cétosique, temps passé au-dessus ou en-dessous des valeurs seuils fixées) ou biologiques (HbA1c).
Renouvellement après la phase d'initiation :
Après la prescription qui suit l'évaluation de la période d'essai, le renouvellement est assuré par tout médecin.
Education spécifique du patient ou de son entourage :
Avant utilisation, les patients ou leur entourage doivent avoir reçu une éducation spécifique leur permettant d'acquérir la maitrise de l'application du capteur et d'apprendre à interpréter et utiliser les informations fournies par le système FREESTYLE LIBRE SELECT pour optimiser leur traitement.

Cette formation est assurée par une structure prenant en charge des patients diabétiques et impliquée dans les programmes d'éducation thérapeutique. Il est indispensable d'organiser, avec le patient ou son entourage, cette autosurveillance glycémique avec la détermination de sa fréquence, des objectifs et des décisions thérapeutiques à prendre en fonction des résultats.

Modalités de prise en charge :

Le système FREESTYLE LIBRE SELECT comprend le lecteur FREESTYLE LIBRE 3. Sa prise en charge exclut celle d'un autre lecteur de glycémie capillaire. La prise en charge d'un lecteur FREESTYLE LIBRE 3 est exclue dans un délai de 4 ans à compter de la prise en charge d'un lecteur FREESTYLE LIBRE ou FREESTYLE LIBRE 2.

Lors de la période d'essai, les modalités de prise en charge du système FREESTYLE LIBRE SELECT devront permettre la mise à disposition, dans le cadre d'une prescription de courte durée, des éléments du système : capteur (durée de port : 15 jours) et lecteur.

Après la période d'essai, les modalités de prise en charge du système FREESTYLE LIBRE SELECT devront permettre la mise à disposition, dans le cadre d'une prescription de longue durée, des éléments du système. Le nombre total de capteurs à prendre en charge par an et par patient est déterminé selon la longévité prévisionnelle des capteurs prise en charge. Elle est limitée à 24 capteurs (pour un capteur d'une durée de 15 jours). Dans les situations cliniques où le fabricant préconise la mesure de la glycémie capillaire, la prise en charge de bandelettes et de lancettes pour lecteur de glycémie capillaire doit être possible. Dans ce cas elle est limitée à 100 bandelettes et 100 lancettes, par patient et par an.

Modalités d'utilisation :

Ce dispositif est conçu pour remplacer la mesure de la glycémie capillaire, sauf dans les cas répertoriés ci-dessous prévus dans la notice du système pour lesquels le fabricant préconise d'utiliser un lecteur de glycémie capillaire pour vérifier les résultats du taux de glucose dans le sang :

– lorsque les symptômes ne correspondent pas au résultat du système FREESTYLE LIBRE SELECT ;

– ou lorsque le patient suspecte que le résultat pourrait être inexact ;

– ou lorsque le système n'est pas en mesure de fournir des lectures de glucose interstitiel.

Aucune astreinte 24h/24h n'est nécessaire en cas de défaillance du système.

Aucune maintenance préventive n'est nécessaire pour le système.

Garantie :

Le lecteur est garanti 4 ans. En cas de panne, durant la période de garantie, un remplacement gratuit standard du lecteur défectueux par un produit neuf est assuré dans un délai de 3 jour ouvré.

Modalités de délivrance :

Pour être pris en charge, le dispositif FREESTYLE LIBRE SELECT (lecteur et capteurs) ne peut être distribué que par le réseau des pharmaciens d'officine.

Code	Nomenclature	Tarif en F CFP	PLV en F CFP TTC
1164815	**Autocontrôle du glucose interstitiel, 1 capteur, ABBOTT, FREESTYLE LIBRE SELECT.** Kit capteur du système de mesure en continu du glucose interstitiel FREESTYLE LIBRE SELECT de la société ABBOTT France.	9 207	9 207
1170690	**Autocontrôle du glucose interstitiel, lecteur, ABBOTT, FREESTYLE LIBRE 3.** Kit lecteur FREESTYLE LIBRE 3 de la société ABBOTT France.	9 735	9735

Société DEXCOM France (DEXCOM)

DEXCOM G6

INDICATIONS PRISES EN CHARGE :

Mesure en continu du glucose interstitiel dans le traitement :

- des patients diabétiques de type 1, adultes et enfants âgés d'au moins 2 ans dont l'équilibre glycémique préalable est insuffisant (taux d'HbA1c ≥ à 8%) en dépit d'une insulinothérapie intensifiée bien conduite (par pompe externe ou multi-injections) et d'une autosurveillance glycémique pluriquotidienne (≥ 4 ASG/j).
- des patients diabétiques de type 1, adultes et enfants âgés d'au moins 2 ans ayant présenté des hypoglycémies sévères ayant conduit à des interventions médicales en urgence.
-des patients diabétiques de type 1, adultes et enfants âgés d'au moins 2 ans, traités par insulinothérapie intensifiée, nécessitant un support à distance pour la gestion optimisée de leur diabète par leur entourage proche (parents ou aidants).

MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION :

Le capteur a une durée d'utilisation de 10 jours, le transmetteur de 3 mois et le récepteur de 4 ans.

- Prescription :

La prescription initiale est validée par une demande d'accord préalable du service médical placé auprès des caisses de l'assurance maladie

La prescription initiale et son renouvellement, ainsi que la formation des patients et/ou de leur entourage à l'utilisation du système DEXCOM G6 doivent être assurées par un établissement hospitalier comprenant une structure spécialisée en diabétologie assurant l'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 1 sous traitement intensif par multi-injections ou sous pompe à insuline.

Concernant l'enfant, la prescription et la formation à l'utilisation du système DEXCOM G6 peuvent être assurées par un pédiatre expérimenté en diabétologie travaillant en concertation avec la structure spécialisée définie ci-dessus.

La prescription initiale est validée par une demande d'accord préalable du service médical placé auprès des caisses de l'assurance maladie

- Formation initiale du patient :

Avant prescription, la formation initiale spécifique du patient et/ou de son entourage à l'emploi de ce dispositif doit lui permettre d'acquérir la maitrise de :

- l'insertion du capteur,
- l'utilisation du système,
- la programmation (en particulier réglage des alarmes),
- l'étalonnage du capteur dans les rares cas où il serait utile,
- l'utilisation des logiciels intégrés ou associés au système DEXCOM G6 permettant de communiquer les données à distance.

- Éducation spécifique :

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Avant prescription, les patients doivent avoir reçu une éducation spécifique leur permettant d'interpréter et d'utiliser les informations fournies par le système DEXCOM G6 pour optimiser leur traitement.

- **Modalités de prise en charge :**

La prise en charge du dispositif DEXCOM G6 exclut la prise en charge des systèmes flash d'autosurveillance du glucose interstitiel.

Les modalités de prise en charge du système DEXCOM G6 devront permettre la mise à disposition du transmetteur, le cas échéant du récepteur (fourni uniquement aux patients n'ayant pas de smartphone compatible ou pompe connectée) et des consommables nécessaires à son utilisation.

Avant prescription à long terme, les modalités de prise en charge devront permettre la mise à disposition du système DEXCOM G6 pour une période initiale pouvant aller jusqu'à 3 mois maximum.

Période initiale :

Une période d'essai d'une durée de 10 jours à 1 mois pour tout patient candidat au système de Mesure en Continu du Glucose (MCG). Cette période doit permettre de sélectionner les patients motivés et capable d'utiliser et de porter le système DEXCOM G6 selon les critères suivants :

- Critères de poursuite :
    - Adhésion du patient à la technique ;
    - Utilisation suffisante du système DEXCOM G6 (temps d'utilisation minimal de 60%) et observation régulière en temps réel des résultats
- Critères d'arrêt :
    - Choix du patient ;
    - Mauvaise tolérance ;
    - Non-respect des consignes (temps de port du capteur insuffisant) ;
    - Non-respect des consignes de consultation de suivi ;
    - Non-respect du matériel.

À l'issue de cette période d'essai d'un mois maximum, pour les patients poursuivant l'utilisation du système de Mesure en Continu du Glucose (MCG), une évaluation à 3 mois (au total) doit être effectuée afin d'envisager ou non la poursuite du système.

Cette évaluation se fonde sur les critères précédemment cités auxquels s'ajoute une évaluation clinique au regard des objectifs fixés a priori (hypoglycémies sévères, décompensation acido-cétosique, temps passé au-dessus ou en dessous des valeurs seuils fixées) et/ou biologiques (HbA1c).

Poursuite du traitement :

Par la suite, une réévaluation (selon les mêmes critères qu'à trois mois) au moins annuelle devra être effectuée en vue du renouvellement de la prescription du système DEXCOM G6.

La dégradation de l'équilibre métabolique ou de la qualité de vie peuvent conduire à l'arrêt de l'utilisation du système.

Le renouvellement de la prise en charge à l'achat du système DEXCOM G6 après prescription ne peut intervenir qu'à l'issue d'un délai de 1 an à compter de la précédente prise en charge à l'achat du système.

- **Modalités d'utilisation :**

DEXCOM G6 se substitue aux mesures de glycémie capillaire, nécessaires pour assurer l'étalonnage du dispositif et les ajustements thérapeutiques, sous réserve d'utiliser un code d'étalonnage lors de la pose du capteur, en dehors de la période d'échauffement de 2 h suivant la pose du capteur et en l'absence de discordance entre les symptômes et les valeurs affichées.

Aucune astreinte 24 h/24 h n'est nécessaire en cas de défaillance du système, pour autant que le patient conserve un lecteur de glycémie capillaire et des bandelettes.

Aucune maintenance préventive n'est nécessaire pour le dispositif DEXCOM G6.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1155302	**Autocontrôle du glucose interstitiel, forfait init, DEXCOM, DEXCOM G6** Forfait d'initiation (1er mois) pour la mise à disposition des capteurs, du transmetteur et, le cas échéant, du récepteur du système de mesure en continu du glucose interstitiel DEXCOM G6. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution par patient. La prise en charge du dispositif DEXCOM G6 exclut la prise en charge des systèmes flash d'autosurveillance du glucose interstitiel. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE Pack de 3 capteurs : STS-GS-003 Pack de 1 capteur : STS-GS-002 Kit Transmetteur : STT-GS-003 En cas de nécessité : Kit Récepteur (France) - mg/dL : STK-GS-013	33 383	33 383
1186202	**Autocontrôle du glucose interstitiel, forfait mensuel, DEXCOM, DEXCOM G6** Forfait mensuel pour la délivrance des capteurs du système de mesure en continu du glucose interstitiel DEXCOM G6. Le cas échéant, et en dehors de la période de garantie, sont délivrés un transmetteur et/ou un récepteur. Le capteur a une durée d'utilisation de 10 jours, le transmetteur de 3 mois et le récepteur de 4 ans. MODALITES DE DELIVRANCE Le pharmacien ou prestataire doit, dans le cadre des renouvellements, vérifier la consommation de capteurs mensuelle du patient et informer le prescripteur si le patient n'en utilise plus. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE Pack de 3 capteurs : STS-GS-003 Pack de 1 capteur : STS-GS-002 Kit Transmetteur : STT-GS-003 En cas de nécessité : Kit Récepteur (France) - mg/dL : STK-GS-013	33 383	33 383

Société MEDTRONIC France (MEDTRONIC)

SYSTEME MINIMED 640G

INDICATIONS PRISES EN CHARGE

-Patients diabétiques de type 1 (adultes et enfants) dont l'équilibre glycémique préalable est insuffisant (taux d'HbA1c ≥ à 8%) en dépit d'une insulinothérapie intensive bien conduite par perfusion sous cutanée continue d'insuline (pompe externe) depuis plus de 6 mois et d'une autosurveillance glycémique (ASG) pluriquotidienne (≥4/j);

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

-Patients diabétiques de type 1 (adultes et enfants) ayant présenté des hypoglycémies sévères ayant conduit à des interventions médicales en urgence, dans les 12 mois précédents, en dépit d'une insulinothérapie intensive bien conduite par perfusion sous cutanée continue d'insuline (pompe externe) depuis plus de 6 mois et d'une auto-surveillance glycémique (ASG) pluriquotidienne (≥4/j).
Le SYSTEME MINIMED 640G est destiné aux patients ayant reçu une éducation thérapeutique adaptée à leur pathologie et une formation initiale spécifique à l'emploi de ce dispositif.
GARANTIE :
Le capteur est garanti 7 jours, le transmetteur 12 mois et la pompe 4 ans.
MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION :
– Prescription
La prescription initiale du SYSTEME MINIMED 640G, son renouvellement ainsi que la formation spécifique des patients et/ou de leur entourage à l'utilisation de ce traitement doivent être assurées par un établissement hospitalier comprenant une structure spécialisée en diabétologie dont une équipe a reçu la formation adéquate à l'utilisation du dispositif.
La prescription initiale est validée par une demande d'accord préalable du service médical placé auprès des caisses de l'Assurance Maladie.
Concernant l'enfant, en l'absence d'une telle structure pédiatrique spécialisée, la prescription et la formation à l'utilisation du système MINIMED 640 G peuvent être assurées par un pédiatre expérimenté en diabétologie travaillant en concertation avec la structure spécialisée définie ci-dessus.
- Formation initiale du patient

Avant prescription, la formation initiale spécifique du patient et/ou de son entourage à l'emploi de ce dispositif doit lui permettre d'acquérir la maitrise de:
– l'insertion des capteurs;
– la réalisation des calibrations;
– l'utilisation et la programmation du moniteur (en particulier réglage des alarmes);
– l'interprétation et l'utilisation des informations fournies par le SYSTEME MINIMED 640G pour optimiser leur traitement;
– l'utilisation du système de télésurveillance et d'analyse de données CareLink Personal.
– Education spécifique
Avant prescription, les patients doivent avoir reçu une éducation spécifique leur permettant d'interpréter et d'utiliser les informations fournies par le SYSTEME MINIMED 640G pour optimiser leur traitement.
- Modalités de prise en charge :

Les modalités de prise en charge du SYSTEME MINIMED 640G devront permettre la mise à disposition dans le cadre d'une prescription de longue durée des capteurs de glucose interstitiel en continu ENLITE (dont la durée de vie est de 6 jours) ou GUARDIAN SENSOR 3 (dont la durée de vie est de 7 jours) et du kit transmetteur GUARDIAN 2 LINK ou GUARDIAN 3 LINK, après une période initiale de 3 mois.
-Période initiale
Avant prescription à long terme, les modalités de prise en charge devront permettre la mise à disposition du SYSTEME MINIMED 640G pour une période d'essai d'une durée minimale
de 15 jours pour tout patient candidat au SYSTEME MINIMED 640G. Cette période doit permettre de sélectionner les patients motivés et capables d'utiliser le SYSTEME MINIMED
640G et de porter le capteur de glucose interstitiel en continu selon:
– les critères de poursuite suivants:
– l'adhésion du patient à la technique;

– l'utilisation suffisante du capteur de glucose interstitiel en continu (temps d'utilisation minimal du capteur de 60% tel que mesuré par le logiciel de télésurveillance et d'analyse des données CARELINK PERSONAL, en particulier la nuit) et observation régulière en temps réel des résultats.
– les critères d'arrêt suivants:
– le choix du patient et/ou de son entourage;
– la mauvaise tolérance;
– le non-respect des consignes de calibration tel que mesuré par le logiciel de télésurveillance et d'analyse des données CARELINK;
– le temps de port du capteur insuffisant;
– le non-respect des consignes de consultation de suivi;
– le non-respect du matériel.
A l'issue de cette période d'essai, pour les patients poursuivant l'utilisation du système de Mesure en Continu du Glucose (MCG), une évaluation à 3 mois doit être effectuée afin d'envisager ou non la poursuite du système. Cette évaluation est réalisée par la structure spécialisée ou par un pédiatre expérimenté en diabétologie travaillant en concertation avec cette structure spécialisée et se fonde sur les critères précédemment cités auxquels s'ajoute une évaluation clinique au regard des objectifs fixés a priori (hypoglycémies sévères, décompensation acido-cétosique, temps passé au-dessus ou en-dessous des valeurs seuils fixées) et/ou biologique (HbA1c).
-Poursuite du traitement
Pour les patients poursuivant l'utilisation du SYSTEME MINIMED 640G à l'issue de cette période initiale, une réévaluation, selon les mêmes critères qu'à trois mois et au moins annuelle, devra être effectuée en vue du renouvellement de la prescription du SYSTEME MINIMED 640G. La dégradation de l'équilibre métabolique ou de la qualité de vie peuvent conduire à l'arrêt de l'utilisation du système.
-–Modalités d'utilisation
Le SYSTEME MINIMED 640G ne se substitue pas aux mesures de glycémie capillaire : celles-ci doivent être effectuées pour assurer la calibration du dispositif et à chaque ajustement thérapeutique.
La calibration du système doit être réalisée en vérifiant la glycémie capillaire 2 heures après l'insertion du capteur, puis une fois toutes les 12 heures. Toute modification du traitement insulinique doit s'effectuer en fonction des mesures obtenues à l'aide du lecteur de glycémie capillaire individuel et non selon les valeurs affichées par le **SYSTEME MINIMED 640G.**
En cas de défaillance du capteur de glucose interstitiel en continu ou du kit transmetteur, le relais est assuré par l'autosurveillance glycémique capillaire en attendant le remplacement du matériel; pour ces dispositifs, aucune astreinte 24h/24h n'est nécessaire.
Aucune maintenance préventive n'est nécessaire pour le capteur de glucose interstitiel en continu ou le kit transmetteur. La pompe externe à insuline MINIMED 640G (réservoir de 1,8mL ou 3mL) MMT 1712, nécessaire au SYSTEME MINIMED 640G, est déjà inscrite sous description générique sur la LPPR (code 1131170, location et prestation)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1170862	**Autocontrôle du glucose interstitiel, forfait mensuel capteurs, MEDTRONIC, ENLITE** Forfait mensuel pour la mise à disposition des capteurs du système de mesure en continu du glucose interstitiel couplés à une pompe à insuline externe MINIMED 640G de la société MEDTRONIC France.	22 002	22 002

	Il comprend la fourniture des capteurs conformément à la prescription médicale établie en référence aux recommandations professionnelles de bonnes pratiques avec un maximum de 5 capteurs par mois par patient. MODALITES DE DELIVRANCE Le pharmacien ou prestataire doit, dans le cadre des renouvellements, vérifier la consommation de capteurs mensuelle du patient et informer le prescripteur si le patient n'en utilise plus. REFERENCE PRISE EN CHARGE : Capteur de glucose interstitiel en continu ENLITE : MMT 7008A, MMT 7008B.		
1164991	**Autocontrôle glucose interstitiel, fft mens capteurs, MEDTRONIC, GUARDIAN SENSOR 3** Forfait mensuel pour la mise à disposition des capteurs du système de mesure en continu du glucose interstitiel couplé une pompe à insuline externe MINIMED 640G de la société MEDTRONIC France. Il comprend la fourniture des capteurs conformément à la prescription médicale établie en référence aux recommandations professionnelles de bonnes pratiques avec un maximum de 5 capteurs par mois par patient. MODALITES DE DELIVRANCE : Le pharmacien ou prestataire doit, dans le cadre des renouvellements, vérifier la consommation de capteurs mensuelle du patient et informer le prescripteur si le patient n'en utilise plus. REFERENCES PRISE EN CHARGE : Capteur de glucose interstitiel en continu GUARDIAN SENSOR 3: MMT-7020C, MMT-7020D	22 002	22 002
1163856	**Autocontrôle du glucose interstitiel, kit transmetteur MEDTRONIC, GUARDIAN 2 LINK** Le kit transmetteur est composé d'un transmetteur, d'un chargeur, un inserteur, une pile AAA, un kit de nettoyage et un testeur étanche. Il ne peut être renouvelé avant une période minimale de 12 mois. REFERENCES PRISES EN CHARGE : Kit transmetteur GUARDIAN 2 LINK 1 kit MMT 7730 Kit transmetteur GUARDIAN 2 LINK 1 kit MMT 7775	35 238	35 238
1121705	**Autocontrôle du glucose interstitiel, kit transmetteur MEDTRONIC, GUARDIAN 3 LINK** Le kit transmetteur est composé d'un transmetteur GUARDIAN 3 LINK MMT-7811, d'un chargeur MMT-7715, d'un testeur MMT-7736 et d'un One- Press Serteur MMT-7512. Il ne peut être renouvelé avant une période minimale de 12 mois. REFERENCE PRISE EN CHARGE : Kit transmetteur GUARDIAN 3 LINK : 1 kit MMT-7810	35 238	35 238

1.2.2.3.1.2. Paragraphe 2 - Systèmes d'autosurveillance de la cétonémie

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

1122030	**Autocontrôle, app. lecture autom. glycémie/cétonémie, ABBOTT, FREESTYLE OPTIUM NEO.** DESCRIPTION Le lecteur FREESTYLE OPTIUM NEO est un appareil permettant la mesure automatique chiffrée de la glycémie et de la cétonémie, à partir d'un prélèvement de sang capillaire INDICATIONS PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée : - pour la mesure de la glycémie, chez les patients diabétiques traités à l'insuline et/ou les malades atteints de rétinopathie diabétique, - pour la mesure de la cétonémie, dans le cadre d'un diabète de type 1 chez : - les patients porteurs de pompe à insuline, -les enfants, les adolescents jusqu'à 18 ans, -les femmes enceintes ; -pour l'autocontrôle de la cétonémie dans le cadre d'un diabète de type 2 chez les patients sous traitement appartenant à la classe thérapeutique des inhibiteurs du co-transporteur sodium/glucose de type 2 (SGLT2) ou gliflozines. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La fréquence de la surveillance de la cétonémie varie suivant le type de patient. Chez les patients porteurs de pompe à insuline et chez les femmes enceintes en moyenne 1 surveillance/jour est nécessaire. Chez les enfants et les adolescents, environ 2 surveillances/semaine doivent être réalisées. Pour l'autocontrôle de la cétonémie dans le cadre d'un diabète de type 2 chez les patients sous traitement appartenant à la classe thérapeutique des inhibiteurs du co-transporteur sodium/glucose de type 2 (SGLT2) ou gliflozines : - Compte tenu de la faible incidence du risque d'acidocétose chez les patients DT2 traités par gliflozines, la prescription et la dispensation du système doivent permettre au patient de bien comprendre le contexte clinique de son utilisation et d'en maîtriser l'utilisation : - Lors de la prescription, une éducation thérapeutique spécifique doit être assurée par le prescripteur sur les volets suivants afin que le patient soit en mesure, le moment venu, de mettre en œuvre l'autosurveillance de sa cétonémie : - signes cliniques associés à l'acidocétose et conduite à tenir après diagnostic d'acidocétose ; - situations pouvant provoquer une acidocétose chez un patient traité par gliflozines ; - interprétation des résultats. - La délivrance du système devra s'accompagner d'une aide technique à la réalisation du prélèvement capillaire et à l'utilisation du dispositif médical. - Il est recommandé de limiter la prise en charge à 1 boîte de 10 électrodes par patient et par an. GARANTIE Pour les enfants comme pour les adultes, la prise en charge du renouvellement n'est effectuée qu'à l'expiration de la garantie de cinq ans.	7 005	7 005

	RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 71362-80		
1177611	**Autocontrôle cétonémie, ABBOTT, Optium béta Cétone ou FreeStyle béta Cétone B/10.** Electrode pour autocontrôle de la cétonémie Optium béta Cétone ou FreeStyle Optium béta Cétone, la boîte de dix électrodes. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 70784	2 417	2 417
1110624	**Autocontrôle, app. lecture autom. glycémie/cétonémie, MENARINI, GLUCOFIX PREMIUM.** Indications : Appareil pour lecture automatique chiffrée de la glycémie et de la cétonémie. Pour la mesure de la glycémie : - patients diabétiques traités à l'insuline ; et/ou - malades atteints de rétinopathie diabétique. Pour la mesure de la cétonémie, dans le cadre d'un diabète de type 1 chez les : - patients porteurs de pompe à insuline ; - enfants, adolescents jusqu'à 18 ans ; - femmes enceintes. Modalités de prescription et d'utilisation : Pour la mesure de la cétonémie, la fréquence de la surveillance de la cétonémie varie suivant le type de patient. Chez les patients porteurs de pompe à insuline et chez les femmes enceintes, en moyenne 1 surveillance par jour est nécessaire. Chez les enfants et les adolescents, environ 2 surveillances par semaine doivent être réalisées. Dans la mesure où le lecteur permet la lecture chiffrée de la glycémie et de la cétonémie, la prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution tous les 4 ans chez l'adulte et de 2 attributions tous les 4 ans chez l'enfant de moins de 18 ans. Références prises en charge: 43408.	7 006	7 006
1179337	**Autocontrôle de la cétonémie, MENARINI, GLUCOFIX B-KETONE SENSOR B/2 × 5.** Boîte de 2 flacons de 5 bandelettes GLUCOFIX B-KETONE SENSOR de la société A. MENARINI DIAGNOSTICS France. Indications : Pour la mesure de la cétonémie, dans le cadre d'un diabète de type 1 chez les : - patients porteurs de pompe à insuline ; - enfants, adolescents jusqu'à 18 ans ; - femmes enceintes. Modalités de prescription et d'utilisation : Pour la mesure de la cétonémie, la fréquence de la surveillance de la cétonémie varie suivant le type de patient. Chez les patients porteurs de pompe à insuline et chez les femmes enceintes, en moyenne 1 surveillance par jour est nécessaire.	2 693	2 693

	Chez les enfants et les adolescents, environ 2 surveillances par semaine doivent être réalisées. Références prises en charge: 45800.		

1.2.2.3.1.3. Paragraphe 3 - Dispositifs de prélèvements sanguins capillaires dans le cadre d'une autosurveillance

La prise en charge est assurée pour toute autosurveillance de paramètres sanguins nécessitant un prélèvement capillaire.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1117454	**Autocontrôle, autopiqueur.** Seuls les autopiqueurs garantis au moins1 an sont pris en charge. La prise en charge est assurée pour : - une attribution par an chez l'adulte ; - deux attributions par an chez l'enfant de moins de 18 ans.	2015	2015
1138090	**Autocontrôle, autopiqueurs à usage unique, stériles, B/10.**	178	178
1128334	**Autocontrôle, autopiqueurs à usage unique, stériles, B/50.**	895	895
1186774	**Autocontrôle, autopiqueurs à usage unique, stériles, B/100.**	1789	1789
1147308	**Autocontrôle, autopiqueurs à usage unique, stériles, B/150.**	2682	2682
1142883	**Autocontrôle, autopiqueurs à usage unique, stériles, B/200.**	3576	3576
1180665	**Autocontrôle, 10 lancettes pour autopiqueur non réutilisables stériles.**	117	117
1141412	**Autocontrôle, 50 lancettes pour autopiqueur non réutilisables stériles.**	585	585
1101826	**Autocontrôle, 100 lancettes pour autopiqueur non réutilisables stériles.**	1169	1169
1198145	**Autocontrôle, 150 lancettes pour autopiqueur non réutilisables stériles.**	1756	1756
1166100	**Autocontrôle, 200 lancettes pour autopiqueur non réutilisables stériles.**	2196	2196

1.2.2.3.1.4. Paragraphe 4 - Dispositifs d'autosurveillance du sucre et des corps cétoniques dans les urines

Société Bayer Santé, Division Diabètes Care France (BAYER)

Indications :
La prise en charge est assurée pour l'autosurveillance des corps cétoniques dans les urines chez les :
- patients diabétiques de type 1, dans les sous-populations suivantes : patients porteurs de pompe à insuline, femmes enceintes, enfants et adolescents jusqu'à dix-huit ans, pour une recherche systématique ;
- patients diabétiques insulinotraités lors d'une hyperglycémie inexpliquée et inhabituelle.

Modalités de prescription et d'utilisation :

Recherche systématique des corps cétoniques dans les urines chez les :
- patients porteurs de pompe à insuline et les femmes enceintes. Une utilisation journalière est recommandée ;
- enfants atteints d'un diabète de type 1, une utilisation une à trois fois par jour est recommandée.
Chez les autres patients, une recherche systématique des corps cétoniques dans les urines n'est pas recommandée. Elle est justifiée uniquement chez les patients diabétiques insulinotraités lors d'une hyperglycémie inexpliquée et inhabituelle.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1184309	**Autocontrôle, glucose/corps cétoniques, urines, BAYER, kétodiastix, flacon** 50 bandelettes.	1 435	1 435

1.2.2.3.2. Sous-section 2: Dispositifs d'autotraitement

Ces dispositifs sont pris en charge dans le cadre d'une administration d'un traitement par le patient lui-même.

1.2.2.3.2.1. Paragraphe 1 : Seringues avec aiguille

Ces seringues doivent être conformes à la norme NF EN 8537 (2000) relative aux seringues à insuline stériles non réutilisables.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1129210	**Autotraitement, seringue, stérile, non réutilisable, de 0,3 ml, 0,5 ml ou 1 ml, B/30.** Autotraitement, seringue, prémontée, avec aiguille, stérile et non réutilisable, de 0,3 ml, 0,5 ml ou 1 ml, B/30.	1 425	1 425
1153059	**Autotraitement, seringue, stérile, non réutilisable, de 0,3 ml, 0,5 ml ou 1 ml, B/100.** Autotraitement, seringue, prémontée, avec aiguille, stérile et non réutilisable, de 0,3 ml, 0,5 ml ou 1 ml, B/100.	4 750	4 750

1.2.2.3.2.2. Paragraphe 2 : Stylos injecteurs avec aiguille ou sans aiguille

Ces stylos injecteurs doivent être conformes à la norme NF EN ISO 11608-1 (2001) relative aux stylos injecteurs à usage médical.
Les aiguilles adaptables au stylo injecteur doivent être conformes à la norme NF ISO 11608-2 (2001) relative aux stylos injecteurs à usage médical. Ces dispositifs sont pris en charge dans l'autotraitement pour l'administration :
- d'insuline, d'hormone de croissance, d'interféron ou d'apomorphine au rythme d'une attribution par an ;
- d'hormone folliculo-stimulante recombinante (FSH) au rythme d'une attribution tous les deux ans. Les modalités d'utilisation de ces dispositifs dépendent de celles du médicament administré.

Génériques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1132086	**Autotraitement, stylo injecteur avec aiguille à cartouches préremplies.**	7 377	7 377

	La prise en charge est accordée sous réserve de l'inscription de la cartouche adaptée sur la liste des spécialités remboursables.		
1131690	**Autotraitement, stylo injecteur, avec aiguilles et réservoir non réutilisables stériles.** Autotraitement, stylo injecteur avec aiguilles et réservoir non réutilisables et stériles adaptés pour le stylo.	7 377	7 377
1121243	**Autotraitement, ensemble stérile non réutilisable aiguilles et réservoir pour stylo injecteur.** Ensemble stérile non réutilisable, réservoir et aiguilles adaptés pour l'emploi du stylo injecteur avec aiguille et réservoir de plus de 3 ml.	370	370
1138077	**Autotraitement, aiguille stérile non réutilisable pour stylo injecteur, B/100.** Autotraitement, aiguille stérile et non réutilisable adaptable au stylo injecteur, B/100.	2 507	2 507
1112391	**Autotraitement, aiguille stérile non réutilisable pour stylo injecteur, B/200.** Autotraitement, aiguille stérile et non réutilisable adaptable au stylo injecteur, B/200. Un collecteur d'aiguilles est fourni avec ce conditionnement.	5 065	5 065
1194673	**Autotraitement, stylo à réservoir sans aiguille et embout perforateur stérile.** La prise en charge est assurée chez les patients pour lesquels l'utilisation d'un stylo à aiguille est impossible ou a été un échec. Une attribution maximale tous les 3 ans.	9 833	9 833
1151675	**Autotraitement, embout perforateur stérile adapté au stylo à réservoir sans aiguille.**	27	27
1178220	**Stylo injecteur r-FSH, PUREGON PEN.** Stylo injecteur PUREGON PEN réutilisable conçu pour recevoir des cartouches de l'hormone r-FSH PUREGON 300 et 600 UI. La prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution maximale tous les 2 ans.	10 138	10 138

Société Ferring Sas (France)

ZOMAJET 2 VISION et ZOMAJET VISION X sont des systèmes sans aiguille pour transjection de l'hormone de croissance ZOMACTON 4 mg (ZOMAJET 2 VISION) et 10 mg/ml (ZOMAJET VISION X) composés de 3 éléments :

- le stylo ;
- la tête d'injection sans aiguille ;
- l'adaptateur-flacon.

La prise en charge de ces systèmes sans aiguille est indiquée pour :

- le traitement à long terme des enfants présentant un retard de croissance lié à un déficit de sécrétion de l'hormone de croissance ;
- le traitement à long terme d'un retard de croissance lié au syndrome de Turner, confirmé par l'analyse chromosomique.

La prise en charge de ces systèmes doit être conforme aux conditions de prescription et d'utilisation suivantes :

ZOMACTON est un médicament soumis à prescription restreinte dont les conditions de prise en charge relèvent de la procédure des médicaments d'exception. La prescription initiale est hospitalière, annuelle et réservée aux spécialistes en pédiatrie et/ou en endocrinologie et maladies métaboliques exerçant dans les services spécialisés en pédiatrie et/ou en endocrinologie et maladies métaboliques.

Les stylos ZOMAJET 2 VISION et ZOMAJET VISION X ne peuvent être prescrits que par ces mêmes spécialistes. La tête d'injection peut être utilisée pour 7 transjections ou pendant une semaine, et doit ensuite être remplacée.
Pour ZOMAJET 2 VISION : l'adaptateur-flacon muni de son capuchon de protection peut être conservé au réfrigérateur 14 jours au maximum (durée de conservation de la solution reconstituée à 3,3 mg/ml de ZOMACTON). Pour chaque nouveau flacon de médicament, l'adaptateur doit être remplacé.
Pour le ZOMAJET VISION X : l'adaptateur-flacon muni de son capuchon de protection peut être conservé au réfrigérateur 28 jours au maximum. Pour chaque nouveau flacon de médicament, l'adaptateur doit être remplacé. Un adaptateur-flacon est inclus dans la boîte de la spécialité ZOMACTON 10 mg/ml.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1119387	**Stylo sans aiguille, ZOMAJET 2 VISION, FERRING SAS.** Stylo sans aiguille pour transjection de l'hormone de croissance Zomacton 4 mg, ZOMAJET 2 VISION, société FERRING SAS (France). La prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution tous les 3 ans.	24 938	24 938
1160533	**Tête d'injection sans aiguille, ZOMAJET 2 VISION, FERRING SAS, boîte de 13 têtes.** Tête d'injection sans aiguille pour stylo sans aiguille, ZOMAJET 2 VISION. La prise en charge de ces têtes d'injection est assurée dans la limite de 4 boîtes par an (soit 52 têtes d'injection par an).	9 297	9 297
1196755	**Adaptateur-flacon, ZOMAJET 2 VISION, FERRING SAS, boîte de 13 adaptateurs.** Adaptateur-flacon pour stylo sans aiguille, ZOMAJET 2 VISION. La prise en charge de ces adaptateurs est assurée dans la limite de 7 boîtes par an.	7 718	7 718
1152189	**Stylo sans aiguille, ZOMAJET VISION X, FERRING SAS.** Stylo sans aiguille pour transjection de l'hormone de croissance Zomacton 10 mg/ml, ZOMAJET VISION X, société FERRING SAS (France). La prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution tous les 3 ans.	24 938	24 938
1197602	**Tête d'injection sans aiguille, ZOMAJET VISION X, FERRING SAS, boîte de 13 têtes.** Tête d'injection sans aiguille pour stylo sans aiguille, ZOMAJET VISION X. La prise en charge de ces têtes d'injection est assurée dans la limite de 4 boîtes par an (soit 52 têtes d'injection par an).	9 297	9 297

1.2.2.3.3. Sous-section 3: Dispositifs médicaux pour automesure

1.2.2.3.3.1. Paragraphe 1: Appareils pour automesure de l'INR

INDICATIONS PRISES EN CHARGE :
- Automesure de l'INR chez les enfants âgés de moins de 18 ans traités par Antivitamines K (AVK) au long cours notamment en cas de :
• Port de prothèses valvulaires mécaniques ;
• Dérivations cavo-pulmonaires ;
• Anévrisme artériel de la maladie de Kawasaki ;

• Hypertension artérielle pulmonaire ;
• Prévention des thromboses intracavitaires dans les cardiomyopathies ;
• Thromboses veineuses ou artérielles.

MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION :

1) Modalités de dispensation

Le dispositif d'automesure de l'INR doit être réservé aux enfants et à leurs parents, ayant reçu une éducation sur le traitement par AVK et une formation à l'automesure.
La prescription et le suivi des patients doivent être assurés par un service de cardiologie ou de pédiatrie d'un établissement hospitalier public ou privé. Ce service doit être formé à la prise en charge des traitements anticoagulants et aux dispositifs d'automesure de l'INR.
Concernant les enfants ayant une indication non cardiologique, la prescription et le suivi de ces patients peuvent être assurés par tout autre service d'un établissement hospitalier public ou privé présentant les mêmes pré-requis que ceux cités ci-dessus ou, le cas échéant, travaillant en concertation avec la structure spécialisée définie ci-dessus.
La prescription du dispositif doit être accompagnée d'un courrier adressé au médecin traitant ainsi qu'au laboratoire d'analyses de biologie médicale qui réalise habituellement les contrôles de l'INR.
Les coordonnées d'un référent hospitalier à contacter en cas de difficultés doivent être mises à disposition du patient et/ou de sa famille.

2) Modalités de la formation initiale aux AVK et à l'automesure

La formation initiale de l'enfant et/ou d'un membre de son entourage doit comprendre :
- Une formation théorique aux traitements AVK et au remplissage du carnet de suivi aux AVK ;
- Une formation pratique à l'autopiqûre et notamment sur le prélèvement et à l'utilisation du dispositif d'automesure.

A l'issue de cette formation, un contrôle des connaissances, théorique et pratique, avant délivrance, doit être réalisé.
Ce contrôle doit permettre de vérifier que la famille et/ou l'enfant ont bien compris les principes du traitement anticoagulant, du dispositif d'automesure, la formation pratique et notamment la bonne qualité du prélèvement, ainsi que les personnes à contacter en cas d'alerte.
En cas d'échec, le formateur doit reprendre avec l'enfant et sa famille ce qui n'a pas été compris et ré-évaluer les connaissances.
Un contrôle continu des connaissances pour le renouvellement de la prescription des bandelettes doit être réalisé 12 semaines après la première délivrance puis tous les 6 mois.

3) Transmission du résultat de l'INR et ajustement de la dose d'AVK

Les résultats de l'INR seront transmis au service référent.
Le médecin du service référent fera l'ajustement thérapeutique, indiquera au patient la date du prochain contrôle (par le lecteur d'automesure et/ou par la méthode traditionnelle en laboratoire) et en informera le médecin traitant des enfants.
Lorsqu'une structure assure l'éducation du patient, un travail en concertation avec cette structure doit être réalisé.

4) Rythme des tests :

Semaines	INR Laboratoire	INR automesure

1	Avant le début du traitement par AVK. Si nécessaire, en complément de l'automesure	1 / 2 jours
2-12	Si nécessaire, en complément de l'automesure	1 / semaine puis 1 / 2 semaines dès que la stabilité dans la zone thérapeutique est jugée suffisante par le cardiologue.
A partir de 13	1 / 6 mois	1 / 2 semaines

Un contrôle par lecteur pourra être réalisé 48 heures après chaque changement de posologie, après un événement susceptible de modifier l'INR ou sur des signes évocateurs d'un mauvais ajustement.
La prise en charge est assurée pour les appareils suivants :

Société ALERE SAS

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1110570	**Automesure de l'INR, lecteur, ALERE, INRatio 2.** Le conditionnement comprend notamment : 1 lecteur INRatio2 ; 1 trousse ; 4 piles alcalines AA ;1 autopiqueur; 12 lancettes. Références : 0200433 (INR Home Monitoring Kit).	124 688	124 688
1143894	**Automesure de l'INR, bandelette-test, ALERE, INRatio 2, boîte de 12.** Les bandelettes-tests sont conditionnées en boîte de 12. Références : 99007G1.	9 144	9 144
1125241	**Automesure de l'INR, bandelette-test, ALERE, INRatio 2, boîte de 48.** Les bandelettes-tests sont conditionnées en boîte de 48. Références : 99008G1.	36 575	36 575

Société Roche Diagnostics (Roche)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1112712	**Automesure de l'INR, lecteur, COAGUCHEK INRANGE, ROCHE.** Le conditionnement comprend un lecteur COAGUCHEK INRANGE, 4 piles alcalines de 1,5 V (alcalines au manganèse) de type AAA, un autopiqueur, 20 lancettes, 1 câble USB, 1 trousse, 1 manuel d'utilisation, 1 mode d'emploi abrégé. RÉFERENCE PRISE EN CHARGE : 07404379016 GARANTIE : La garantie du lecteur est de 5 ans. La prise en charge est assurée pour une attribution tous les 5 ans.	120 000	120 000
1171689	**Automesure de l'INR, bandelette-test, COAGUCHEK XS PT test PST, ROCHE, bte/24.** Les bandelettes-tests sont conditionnées en flacon de 24, avec une puce d'étalonnage par flacon.	25 240	25 240

	PRISE EN CHARGE : La prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution par semestre. RÉFERENCE PRISE EN CHARGE : 07671687016		

1.2.2.4. Section 4. - Dispositifs médicaux pour le traitement de l'incontinence, le traitement des troubles colorectaux par atteinte neurologique et pour l'appareil uro-génital

1.2.2.4.1. Sous-section 1: Dispositifs médicaux pour incontinents urinaires, fécaux et stomisés et pour le traitement des troubles colorectaux par atteinte neurologique

1.2.2.4.1.1. Paragraphe 1: Dispositifs médicaux de recueil ou de drainage des urines

A – Dispositifs médicaux pour incontinence urinaire masculine et féminine

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1171979	**Incontinence masculine, étui pénien extensible en latex ou à base de silicone.**	97	97
1106516	**Incontinence masculine, joint inerte.**	143	143
1167392	**Incontinence masculine, raccord.**	213	213
1199802	**Incontinence masculine, boîte de 5 étuis péniens, 5 joints et 1 raccord.**	1 410	1 410
1199305	**Incontinence masculine, 15 étuis péniens et 15 joints.**	3 601	3 601
1122018	**Incontinence masculine, 15 étuis péniens, 15 joints et 3 raccords.**	4 231	4 231
1123006	**Incontinence masculine, 30 étuis péniens, 30 joints et 6 raccords.**	8 463	8 463
1163017	**Incontinence masculine, étui pénien extensible avec embout adaptable.** Un étui pénien extensible, réalisé en matériau anallergique, autoadhésif, comprenant un embout adaptable directement sur la poche de recueil.	454	454
1139964	**Incontinence masculine, 30 étuis péniens extensibles avec embout adaptable.** 30 étuis péniens extensibles, réalisés en matériau anallergique, autoadhésif, comprenant un embout adaptable directement sur la poche de recueil.	12 419	12 419
1196264	**Incontinence féminine, pessaire.** Pessaire pour le traitement de l'incontinence urinaire féminine.	2 602	
1149543	**Incontinence, urinal en caoutchouc, partie supérieure et poche.** Urinal en caoutchouc complet, composé de deux parties distinctes : partie supérieure et poche.	12 801	12 801

1102300	**Incontinence, partie supérieure d'un urinal en caoutchouc.**	5 679	5 679
1136836	**Incontinence, rallonge de nuit pour un urinal en caoutchouc.**	1 219	1 219

B – Dispositifs médicaux pour incontinents ou stomisés urinaires

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1175090	**Incontinence, stomie urinaire, poche de jambe ou de nuit, sans raccord.** Poche de jambe ou de nuit avec valve antireflux, vidangeable, sans raccord.	175	175
1148124	**Incontinence, sotmie urinaire, 30 poches de jambe ou de nuit, 30 raccords.** 30 poches de jambe ou de nuit avec valve antireflux, vidangeables avec 30 raccords non solidaires.	10 225	10 225
1153071	**Incontinence, stomie urinaire, poche de jambe ou de nuit, avec raccord.** Poche de jambe ou de nuit avec valve antireflux, vidangeable, avec raccord solidaire à la poche.	348	348
1118270	**Incontinence, stomie urinaire, 10 poches de jambe ou de nuit, avec raccord.** 10 poches de jambe ou de nuit avec valve antireflux, vidangeables, avec raccord solidaire à la poche.	3475	3475
1139390	**Incontinence, stomie urinaire, 30 poches de jambe ou de nuit, avec raccord.** 30 poches de jambe ou de nuit avec valve antireflux, vidangeables, avec raccord solidaire à la poche.	10 424	10 424
1103819	**Incontinence, stomie urinaire, raccord pour poche d'urostomie.** Raccord pour poches d'urostomie adaptable à la poche de jambe ou de nuit avec valve antireflux, vidangeable, remboursable sur la base du code 1175090 (vendu en conditionnement séparé des poches de cette référence).	297	297
1107770	**Incontinence, stomie urinaire, 10 raccords pour poche d'urostomie.** 10 raccords pour poches d'urostomie adaptables à la poche de jambe ou de nuit avec valve antireflux, vidangeables.	2 970	2 970
1103564	**Incontinence, stomie urinaire, 60 raccords pour poche d'urostomie.** 60 raccords pour poches d'urostomie adaptables à la poche de jambe ou de nuit avec valve antireflux, vidangeables.	17 815	17 815
1119795	**Urostomie, poche ss support (syst 2 pc), vidang+, non stérile B/30.** Poche d'urostomie sans support (système en 2 pièces) à couplage adhésif ou mécanique, vidangeable, non stérile. Boîte de 30.	17 696	17 696

C – Dispositifs de drainage vésical

Sondes vésicales stériles non réutilisables pour autosondage et hétérosondage intermittent

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Ce sont des sondes sans ballonnet pour évacuation intermittente de l'urine. Le nombre journalier de sondes prises en charge dépend de la seule prescription médicale.		

1196011	**Auto/hétérosondage, sonde vésicale stérile, PVC ou latex.** Sonde en PVC droite ou béquillée, ou en latex.	213	213
1193797	**Auto/hétérosondage, 10 sondes vésicales stériles, PVC ou latex.** 10 sondes en PVC droites ou béquillées, ou en latex.	2 138	2 138
1169445	**Auto/hétérosondage, sond vésical stéril, PVC, PU, POBE ou silicone. Sonde en PVC ou en polyuréthane (PU) ou en Polyolefine Based Elastomers (POBE) ou en silicone avec traitement de surface hydrophile autolubrifiant.**	476	476
1189287	**Auto/hétérosondage, 10 sond vésical stéril, PVC, PU, POBE ou silicone. 10 sondes en PVC ou en polyuréthane (PU) ou en Polyolefine Based Elastomers (POBE) ou en silicone avec traitement de surface hydrophile autolubrifiant.**	4 760	4 760
1165186	**Auto/hétérosondage, 30 sond vésical, stéril, PVC ou PU ou POBE ou silicone. 30 sondes en PVC ou en polyuréthane (PU) ou en Polyolefine Based Elastomers (POBE) ou en silicone avec traitement de surface hydrophile autolubrifiant.**	13 018	13 018
1140909	**Auto/hétérosondage, sond vésical stéril, PVC ou PU ou POBE + poch, > ou = 700 ml.** Sonde en PVC ou en polyuréthane (PU) ou en polyolefine Based Elastomers (POBE) avec traitement de surface hydrophile autolubrifiante montée sur une poche de recueil immédiat, d'un volume minimal égal ou supérieur à 700 ml (= ou > 700 ml).	642	642
1130325	**Auto/hétérosondage, 20 sond vésical stéril, PVC ou PU ou POBE + poch, > ou = 700 ml.** 20 sondes en PVC ou en polyuréthane (PU) ou en polyolefine Based Elastomers (POBE) avec traitement de surface hydrophile autolubrifiante montée sur une poche de recueil immédiat, d'un volume minimal égal ou supérieur à 700 ml (= ou > 700 ml).	12 856	12 856
1111836	**Auto/hétérosondage, 30 sond vésical stéril, PVC ou PU ou POBE + poch, > ou=700 ml.** 30 sondes en PVC ou en polyuréthane (PU) ou en polyolefine Based Elastomers (POBE) avec traitement de surface hydrophile autolubrifiante montée sur une poche de recueil immédiat, d'un volume minimal égal ou supérieur à 700 ml (= ou > 700 ml).	19 283	19 283
1130816	**Auto/hétérosondage, sondes vésic stériles, COLOPLAST, SPEEDICATH COMPACT, B/30.** Boîte de 30 sondes stériles compactes et téléscopiques SPEEDICATH COMPACT, à base de polyuréthane (PU), avec lubrifiant hydrophile solidaire de la sonde. Références prises en charge : - SPEEDICATH COMPACT Femme: réf 285760, 285780, 285800, 285820, 285840 ; - SPEEDICATH COMPACT Femme Plus: réf 288100, 288120, 288140 ; - SPEEDICATH COMPACT Femme Eve: réf 281100, 281120, 281140; - SPEEDICATH COMPACT Homme : réf 286920.	15 153	15 153
1194220	**Auto/hétérosondage, set sonde stéril + poch, COLOPLAST, SPEEDICATH COMPACT, B/20.**	13 535	13 535

	Boîte de 20 sondes vésicales stériles compactes et télescopiques SPEEDICATH COMPACT, à base de polyuréthane (PU), avec lubrifiant hydrophile solidaire de la sonde, chacune montée sur une poche de recueil immédiat de 750ml. Références prises en charge : - SPEEDICATH COMPACT Set Femme: réf 285201, 285221, 285241; - SPEEDICATH COMPACT Set Homme: réf 284221.		

Sondes vésicales stériles non réutilisables pour sondage permanent

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1159323	**Sondage permanent, sonde vésic. stérile ballonnet, 2 voies, droite.** Sonde pour sondage permanent, dite à demeure, à ballonnet, double voie, en PVC, polyuréthane ou latex, droite, charrière >= 12.	722	722
1154917	**Sondage permanent, sonde vésic. stérile ballonnet, 2 voies, béquillée.** Sonde pour sondage permanent, dite à demeure, à ballonnet, double voie, en PVC, polyuréthane ou latex, béquillée, charrière >= 12.	1 232	1 232
1173270	**Sondage permanent, sonde vésic. stérile ballonnet, 2 voies, pédiatrique.** Sonde pour sondage permanent, dite à demeure, à ballonnet, double voie, en PVC, polyuréthane ou latex, pédiatrique, charrière <= 10.	1 530	1 530
1113918	**Sondage permanent, sonde vésic. stérile ballonnet, 2 voies, droite, 100 % silicone.** Sonde pour sondage permanent, dite à demeure, à ballonnet, double voie, droite, charrière >= 12, 100 % silicone.	2 165	2 165
1185898	**Sondage permanent, sonde vésic. stérile ballonnet, 2 voies, béquillée, 100 % silicone.** Sonde pour sondage permanent, dite à demeure, à ballonnet, double voie, béquillée, charrière >= 12, 100 % silicone.	3 525	3 525
1121711	**Sondage permanent, sonde vésic. stérile ballonnet, 2 voies, pédiatrique, 100 % silicone.** Sonde pour sondage permanent, dite à demeure, à ballonnet, double voie, pédiatrique, charrière <= 10, 100 % silicone.	3 794	3 794
1126460	**Sondage permanent, sonde vésic. stérile ballonnet, 3 voies, droite.** Sonde pour sondage permanent, dite à demeure, à ballonnet, triple voie, en PVC, polyuréthane ou latex.	2 644	2 644
1146792	**Sondage permanent, sonde vésic. stérile ballonnet, 3 voies, droite, 100 % silicone.** Sonde pour sondage permanent, dite à demeure, à ballonnet, triple voie, droite, charrière >= 12,100 % silicone.	6 548	6 548
1181334	**Sondage permanent, sonde vésic. stérile sans ballonnet.** Sonde pour sondage permanent, dite à demeure, sans ballonnet (par exemple : type Pezzer ou Malecot), en PVC, polyuréthane, latex ou caoutchouc, droite, charrière >= 12.	1 647	1 647

Sondes pour cathétérisme sus-pubien

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1113746	**Sonde pour cathétérisme sus-pubien, 100 % silicone.**	4 191	4 191

Sondes d'urétérostomie cutanée pour stomisés urinaires

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Elles sont graduées et repérables aux rayons X ; elles sont livrées avec opercule.		
1154395	**Urétérostornie, sonde cutanée 100 % silicone.** Sonde 100 % silicone dit "de qualité médicale".	5 152	5 152
1186805	**Urétérostomie, sonde cutanée 100 % silicone avec traitement anti- incrustation.** Sonde 100% silicone dit "de qualité médicale implantable" ou "de "qualité médicale", mais ayant reçu un traitement anti-incrustation.	6 745	6 745
1170218	**Urétérostomie, sonde cutanée, non 100 % silicone.** Sondé non 100% silicone (sondes "siliconée", en PVC ou vinyle rouge).	2 248	2 248

Sets de sondage à demeure

I. – Spécifications techniques

Pour chaque sondage le set doit être constitué au minimum de :
- 1 gel lubrifiant hydrosoluble stérile ;
- 2 seringues stériles 20 mL luer dont (1 pour le retrait) ;
- 2 doses de gel antiseptique (pour le lavage des mains) ;
- 1 eau purifiée stérile ampoule de 20 mL ;
- 5 compresses stériles en non tissé ;
- 1 champ de soins stérile avec fenêtre ;
- 1 champ de table stérile ;
- 1 paire de gants non stériles sans latex ;
- 1 paire de gants stériles non poudrés sans latex ;
- 1 sac de déchets.

II. – Indications prises en charge

Le set de sondage à demeure est pris en charge dans le cadre d'une pose d'une sonde de drainage vésical à ballonnet (sonde à demeure).

III. – Conditions de renouvellement

Il n'y a pas de restrictions dans le cadre du bon usage.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1120597	**Set de sondage à demeure**	814	814

D – Dispositif médicaux collecteurs pour recueil et écoulement des urines pour un volume inférieur ou égal à 200 ml (< 200 ml) ou supérieur à 200 ml (> 200 ml) pour stomisés urinaires

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	La prise en charge des codes 1133625, 1168807, 1135506,1155466, 1106700 et 1184752 n'est assurée que pour les patients ayant subi une néphrostomie.		
1133625	**Urostomie, collecteur des urines, poche stérile, volume < 200 ml.** Poche adhésive avec valve antireflux, vidable, stérile, volume inférieur ou égal à 200 ml.	406	406
1168807	**Urostomie, collecteur des urines, 30 poches stériles, volume < 200 ml.** Poche adhésive avec valve antireflux, vidable, stérile, volume inférieur ou égal à 200 ml.	12 178	12 178
1135506	**Urostomie, collecteur des urines, poche stérile, volume > 200 ml.** Poche adhésive avec valve antireflux, vidable, stérile, volume supérieur à 200 ml.	449	449
1155466	**Urostomie, collecteur des urines, 30 poches stériles, volume > 200 ml.** Poche adhésive avec valve antireflux, vidable, stérile, volume supérieur à 200 ml.	13 457	13 457
1164040	**Urostomie, collecteur des urines, poche non stérile, volume > 200 ml.** Poche adhésive avec valve antireflux, vidable, non stérile, volume supérieur à 200 ml.	314	314
1145605	**Urostomie, collecteur des urines, 30 poches non stériles et 30 raccords, volume > 200 ml.** 30 poches adhésives avec valve antireflux, vidables, non stériles et 30 raccords, volume supérieur à 200 ml.	18 338	18 338
1106700	**Urostomie, collecteur, des urines, poche stérile + anneau.** Appareillage collecteur pour recueil et écoulement des urines : poche avec anneau de fixation permettant l'emboîtement et valve antireflux, vidable, stérile.	376	376
1184762	**Urostomie, collecteur, des urines, 10 poches stériles + anneau.** Appareillage collecteur pour recueil et écoulement des urines : 10 poches avec anneau de fixation permettant l'emboîtement et valve antireflux, vidable, stérile.	3 759	3 759
1131023	**Urostomie, collecteur des urines, poche non stérile + anneau.** Poche avec anneau de fixation permettant l'emboîtement et valve antireflux, vidable, non stérile.	314	314
1184752	**UROSTOMIE, COLLECTEUR DES URINES, 10 POCHES STERILES + ANNEAU**	3 759	3 759
1194354	**Urostomie, collecteur des urines, 20 poches non stériles + anneau + 20 raccords.**	12 225	12 225

	20 poches avec anneau de fixation permettant l'emboîtement et valve antireflux, vidable, non stériles et 20 raccords.		
1110021	**Urostomie, collecteur des urines, 30 poches non stériles + anneau + 30 raccords.** 30 poches avec anneau de fixation permettant l'emboîtement et valve antireflux, vidable, non stériles et 30 raccords.	18 338	18 338
1132554	**Urostomie, collecteur des urines, poche non stérile avec support.** Poche avec support de gomme intégré assurant, seul l'adhérence, vidable, non stérile, pour urostomisés.	372	372
1136316	**Urostomie, collecteur des urines, 10 poches non stériles + support + 10 raccords.** 10 poches avec support de gomme intégré assurant, seul l'adhérence, vidables, non stériles et 10 raccords, pour urostomisés.	6 697	6 697
1147260	**Urostomie, collecteur des urines, 30 poches non stériles + support + 30 raccords.** 30 poches avec support de gomme intégré assurant seul l'adhérence, vidables, non stériles et 30 raccords, pour urostomisés.	20 090	20 090

1.2.2.4.1.2. Paragraphe 2 : Dispositifs médicaux de recueil de selles et d'irrigation

A – Collecteurs de matières fécales

I. – Définition de l'appareillage des stomies digestives

Il existe deux catégories de poches de recueil pour l'appareillage des stomies digestives : le système à une pièce et à deux pièces.

a) Le système à une pièce

Le système à une pièce comporte un support protecteur conçu pour adhérer à la paroi abdominale et solidaire de la poche. L'ensemble du système est retiré à chaque changement de poche. La poche est non stérile.

b) Le système à deux pièces

Le système à deux pièces comporte un support protecteur d'une part, et une poche d'autre part, destinés à être associés par couplage mécanique (anneau de fixation) ou adhésif (collerette adhésive). Le support reste en place plusieurs jours, tandis que la poche est changée une ou plusieurs fois durant cette période. La stricte correspondance de l'anneau de la poche et de celui du support est impérative pour garantir l'étanchéité. La poche est non stérile.

II. – Spécifications techniques

a) Spécifications techniques minimales communes

Pour les deux systèmes, le support protecteur peut être de forme plane (standard) ou convexe (non standard). Il peut être muni de plusieurs œillets permettant d'attacher une ceinture. La forme convexe est adaptée notamment aux stomies invaginées ou dont le pourtour cutané est irrégulier pour éviter l'écoulement d'effluent entre la peau et le support. Les poches de recueil sont soit vidables (munies d'un système de fermeture), soit non vidables (dans ce cas, elles sont également dites « fermées »). Pour les poches vidables, la fermeture peut se faire au moyen d'un clamp ou peut être intégrée à la poche (système de fermeture par bande auto-agrippante ou bouchon, par exemple). Les poches disponibles peuvent être opaques ou transparentes, équipées d'un filtre ou non.
Ce type d'appareillage est caractérisé par :

- une contenance de la poche exprimée en mL ;
- un diamètre correspondant, par excès, à celui de la zone, qui peut être découpé ou qui est prédécoupé, permettant d'ajuster le support de la poche au pourtour de la stomie.

Un voile protecteur pouvant être en non tissé recouvre les poches vidables sur leur face interne pour absorber la transpiration et éviter tout risque de macération et d'irritation cutanée.

Les poches de recueil de matières fécales pour les collecteurs hauts débits ont un système de vidange pouvant être refermé et permettant le raccordement à un collecteur de matières fécales à haut débit.

Les poches de recueil de matières fécales non vidables et ayant une contenance inférieure ou égale à 50 mL sont dites « mini-poches ».

b) Le système à une pièce

Le système à une pièce est constitué de deux parties non dissociables, le support protecteur et la poche.

c) La poche de recueil de matières fécales jetable, avec support (système en 1 pièce), WELLAND, FLAIR ACTIVE XTRA

La poche WELLAND est composée de deux enveloppes, l'une interne et l'autre externe. L'enveloppe interne est spécialement conçue pour être éliminée dans les toilettes avec son contenu. Elle est constituée d'hydrocolloïdes issus de substances naturelles et biodégradables dans le réseau d'égout sous trois à quatre semaines, par l'action des bactéries anaérobies.

L'enveloppe externe, non souillée, se jette avec les ordures ménagères.

d) Le système à deux pièces

Le système à deux pièces est constitué de deux parties dissociées : le support protecteur cutané et la poche.

La poche est transparente ou opaque. Elle dispose d'un filtre, qui est facultatif pour les poches pour collecteur de matières fécales à haut débit et les mini-poches.

e) Le set de recueil de matières fécales

Les spécifications techniques du set de matières fécales, associant poche et support présentées sous la forme d'un système deux pièces, sont soumises aux mêmes exigences que pour des poches de recueil de matières fécales et des supports qui le composent, conditionnés séparément. Il est constitué de poches de recueil de matières fécales, en système deux pièces, fermées (non vidables), non stériles et des supports standards ou non standards. Le système de couplage est mécanique ou adhésif.

III. – Modalités de prescription et d'utilisation

Pour les systèmes en une pièce, comme pour les systèmes en deux pièces, le renouvellement de la poche est adapté au besoin du patient. Préalablement à toute prescription initiale, le patient ou son aidant reçoit une formation à l'utilisation de ces dispositifs médicaux, réalisée avant sa sortie de l'établissement de santé ayant réalisé la stomie, au mieux par un infirmier entéro-stomathérapeute.

Les sets de recueil de matières fécales sont prescrits uniquement à des personnes stomisées habituées à l'usage des systèmes en 2 pièces associant supports et poches de recueil ou ayant reçu une formation à leur utilisation réalisée avant leur sortie de l'établissement de santé ayant réalisé la stomie au mieux par un infirmier entéro-stomathérapeute.

IV. – Indications de prises en charge

La prise en charge de la poche de recueil et des sets de recueil avec un support standard, est assurée en cas de recueil des matières fécales. La prise en charge de la poche non standard et des sets avec un support non standard est réservée aux patients ayant une stomie digestive plane ou invaginée.

La prise en charge des poches de recueil de matières fécales jetable, avec support (système en 1 pièce), WELLAND, FLAIR ACTIVE XTRA est assurée en cas de recueil de matières fécales pour patients colostomisés gauches.

La prise en charge des mini-poches de recueil est assurée en cas d'obturation de colostomie de patients pratiquant des irrigations coliques ou de l'orifice secondaire de stomies doubles et d'activités nécessitant la discrétion (activités sportives, baignade et relations sexuelles).

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1140720	**Digestif, collecteur de matières fécales, 50 poches avec adhésif.** Appareil collecteur de matières fécales : 50 poches avec adhésif non microporeux, vidables ou non vidables.	6 871	6 871
1113462	**Digestif, collecteur de matières fécales, poche avec anneau de fixation.** Poche avec anneau de fixation permettant l'emboîtement vidable ou non vidable.	219	219
1175109	**Digestif, collecteur de matières fécales, 30 poches + anneau sans filtre.** 30 poches avec anneau de fixation permettant l'emboîtement sans filtre intégré, non vidables.	6 681	6 681
1174009	**Digestif, collecteur de matières fécales, 30 mini-poches + anneau sans filtre.** 30 mini-poches avec anneau de fixation permettant l'emboîtement sans filtre intégré, non vidables.	6 607	6 607
1175196	**Digestif, collecteur de matières fécales, 30 poches + anneau + filtre, non vidables.** 30 poches avec anneau de fixation permettant l'emboîtement et filtre intégré, non vidables.	7 120	7 120
1140772	**Digestif, collecteur de matières fécales, 50 poches + anneau + filtre, non vidables.** 50 poches avec anneau de fixation permettant l'emboîtement et filtre intégré, non vidables.	11 868	11 868
1134777	**Digestif, collecteur de matières fécales, poche + anneau + clamp, vidable.** Poches avec anneau de fixation permettant l'emboîtement et clamp, vidable.	357	357
1132287	**Digestif, collecteur de matières fécales, 10 poches + anneau + clamp, vidables.** 10 poches avec anneau de fixation permettant l'emboîtement et clamp, vidables.	3562	3562
1192645	**Digestif, collecteur de matières fécales, 50 poches + anneau + clamp, vidables.** 50 poches avec anneau de fixation permettant l'emboîtement et clamp, vidables.	17 802	17 802
1105043	**Digestif, collecteur de matières fécales, 50 poches + anneau + filtre + clamp.** 50 poches avec anneau de fixation permettant l'emboîtement, filtre intégré et clamp, vidables.	18 664	18 664
1108515	**Digestif, collecteur de matières fécales, 50 poches, non vidables.** 50 poches avec joint, adhésif, filtre intégré, non vidables.	14 914	14 914
1106539	**Digestif, collecteur de matières fécales, 30 poches, avec clamp, vidables.** 30 poches avec joint, adhésif, filtre intégré, clamp, vidables.	13 025	13 025
1138150	**Digestif, collecteur de matières fécales, 50 poches, avec clamp, vidables.** 50 poches avec joint, adhésif, filtre intégré, clamp, vidables.	21 708	21 708
1158111	**Digestif, collecteur de matières fécales, poche avec support de gomme.** Poche avec support de gomme intégré assurant seul l'adhérence, non vidable.	372	372
1130822	**Digestif, collecteur de matières fécales, poche avec support de gomme + filtre.** Poche avec support de gomme intégré assurant seul l'adhérence et filtre intégré, non vidable.	390	390
1108410	**Digestif, collecteur de matières fécales, 30 poches avec support de gomme + filtre, non vidables.**	11 506	11 506

	30 poches avec support de gomme intégré assurant seul l'adhérence et filtre intégré, non vidables.		
1116383	**Digestif, collecteur de matières fécales, 50 poches avec support de gomme + filtre, non vidables.** 50 poches avec support de gomme intégré assurant seul l'adhérence et filtre intégré, non vidables.	19 179	19 179
1195460	**Digestif, poche de recueil vidable.** Poche de recueil avec support de gomme intégré assurant seul l'adhérence, vidable.	372	372
1148058	**Digestif, 10 poches de recueil vidables et 10 clamps.** 10 poches de recueil avec support de gomme intégré assurant seul l'adhérence et clamp, vidables.	5091	5091
1133996	**Digestif, 30 poches de recueil vidables et 30 clamps.** 30 poches de recueil avec support de gomme intégré assurant seul l'adhérence et clamp, vidables.	15273	15273
1182227	**Digestif, 30 poches de recueil vidables, 30 clamps et 30 filtres.** 30 poches de recueil avec support de gomme intégré assurant seul l'adhérence, clamp et filtre, vidables.	15789	15789
1130839	**Digestif, 50 poches de recueil vidables, 50 clamps et 50 filtres.** 50 poches de recueil avec support de gomme intégré assurant seul l'adhérence, clamp et filtre, vidables.	26314	26314
1118264	**Digestif, collecteur de matières fécales, filtre.** Il est remboursé soit au titre d'accessoire, soit en complément du tarif de la poche lorsque 1e filtre est solidaire de celle-ci.	17	17
1181618	**Digestif, collecteur de matières fécales, 50 filtres.** Ils sont remboursés soit au titre d'accessoire, soit en complément du tarif de la poche lorsque 1e filtre est solidaire de celle-ci.	860	860
1111724	**Digestif, poche de rec. mat. fécales, ac supp (syst 1 pc) std, non-vidable. B/30** Poche de recueil de matières fécales, avec support (système 1 pièce) standard, non-vidable. Boîte de 30	11296	11296
1194667	**Digestif, collecteur matières fécales, poch jetab, WELLAND, FLAIR ACTIVE XTRA, 30.** 30 poches de colostomie, non vidables, jetables dans les toilettes, FLAIR ACTIVE XTRA de la société Welland Medical Limited. Le dispositif FLAIR ACTIVE XTRA est une poche de colostomie non vidable, jetable dans les toilettes. Elle est composée de deux enveloppes, l'une interne et l'autre externe. L'enveloppe interne est spécialement conçue pour être éliminée dans les toilettes avec son contenu. Elle est constituée d'hydrocolloïdes issus de substances naturelles et biodégradables dans le réseau d'égout sous trois à quatre semaines, par l'action des bactéries anaérobies. L'enveloppe externe, non souillée, se jette avec les ordures ménagères. Indications : Recueil de matières fécales pour patients colostomisés gauches. Le dispositif FLAIR ACTIVE XTRA est destiné à collecter les matières fécales des patients ayant subi une colostomie digestive. Modalités de prescription et d'utilisation : La fréquence de changement des poches de colostomie est de une à deux fois par jour.	12 821	14 466

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

	Références prises en charge : XPFL519 : Flair Active Xtra Closed Beige Maxi 19 mm ; XPFL525 : Flair Active Xtra Closed Beige Maxi 25 mm ; XPFL529 : Flair Active Xtra Closed Beige Maxi 29 mm ; XPFL532 : Flair Active Xtra Closed Beige Maxi 32 mm ; XPFL535 : Flair Active Xtra Closed Beige Maxi 35 mm ; XPFL538 : Flair Active Xtra Closed Beige Maxi 38 mm ; XPFL544 : Flair Active Xtra Closed Beige Maxi 44 mm ; XPFM519 : Flair Active Xtra Closed Beige Midi 19 mm ; XPFM525 : Flair Active Xtra Closed Beige Midi 25 mm ; XPFM529 : Flair Active Xtra Closed Beige Midi 29 mm ; XPFM532 : Flair Active Xtra Closed Beige Midi 32 mm ; XPFM535 : Flair Active Xtra Closed Beige Midi 35 mm ; XPFM538 : Flair Active Xtra Closed Beige Midi 38 mm ; XPFM544 : Flair Active Xtra Closed Beige Midi 44 mm.		
1107786	**Digestif, poc rec. mat. fécales, ss supp (2 pc), non-vid. B/30** Poche de recueil de matières fécales, sans support (système 2 pièces), avec système de couplage adhésif ou mécanique, non-vidable. Boîte de 30	6 987	6 987

B – Collecteur de matières fécales à haut débit

I. – Définition du collecteur de matières fécales

Le collecteur de matières fécales à haut débit est un collecteur qui peut être vidangé destiné au recueil à distance de selles liquides avec débris éliminées à haut débit. Il est constitué d'un réservoir de 2 L doté d'un bouchon et d'un long tuyau de raccordement à la poche de stomie. Pour garantir l'étanchéité, il s'adapte à des poches spécifiques.

II. – Spécifications techniques

a) COLLECTEUR EXPRESS

COLLECTEUR EXPRESS est constitué par :

- une poche collectrice qui peut être vidangée graduée ;
- une tubulure crénelée ;
- un robinet de vidange.

Le raccordement à une poche de stomie abdominale compatible est effectué à l'aide de l'anneau terminal de la tubulure, que cette dernière soit recoupée ou non.

COLLECTEUR EXPRESS est compatible avec les collecteurs abdominaux de matières fécales ALTERNA MAGNUM, ALTERNA POST-OP, SENSURA MAGNUM et SENSURA POST-OP fabriqués par Coloplast A/S.

b) FLOW COLLECTOR

FLOW COLLECTOR est constitué par :

- un réservoir en PVC de 2 L gradué ;
- un bouchon de vidange ;
- une tubulure de 1,5 m découpable, souple connectable à différentes poches.

FLOW COLLECTOR est raccordable directement à une poche de stomie abdominale compatible.
III. – Modalités de prescription et d'utilisation
Le changement du dispositif est effectué si nécessaire toutes les 72 heures.
IV. – Indications prises en charge
La prise en charge est assurée chez les patients stomisés ayant un haut débit de selles liquides, avec présence de débris, dans les situations suivantes :
- situations définitives ou temporaires d'un à quelques mois avant rétablissement de la continuité intestinale : patients ayant subi une iléostomie, une jéjunostomie ou ayant une stomie avec intestin grêle court et dans certaines colostomies ;
- et situations temporaires : patients ayant subi une iléostomie temporaire d'un à quelques mois avant rétablissement de la continuité, et patients ayant des épisodes de débâcle (notamment après chimiothérapie) sur une stomie digestive préexistante.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1159100	**Digestif, collecteur de matières fécales, B BRAUN, 15 unités, FLOW COLLECTOR.** Système collecteur vidangeable pour selles liquides à haut débit, B BRAUN, FLOW COLLECTOR, les 15 unités. La prise en charge est assurée pour la référence 039900C.	12 437	12 437
1152427	**Digestif, collecteur de matières fécales, COLOPLAST, 10 unités, COLLECTEUR EXPRESS** Système collecteur vidangeable pour selles liquides à haut débit, COLOPLAST, COLLECTEUR EXPRESS, les 10 unités. La prise en charge est assurée pour la référence 140100	7 047	7 047

C – Sets d'appareillage pour stomie digestive avec poche de recueil

Les spécifications techniques du set sont soumises aux mêmes exigences que pour les éléments qui le composent, conditionnés séparément.
Le service attendu du set est assujetti à la disponibilité en conditionnement séparé des composants du set, afin d'adapter les quantités de supports ou de poches à l'utilisation des personnes bénéficiaires.
Différents modèles sont proposés selon les différents diamètres d'anneau de couplage ainsi que selon les différents matériaux et les différentes contenances pour les poches. La stricte correspondance de l'anneau de la poche et de celui du support est impérative pour garantir l'étanchéité.
Ce set est prescrit à des personnes stomisées habituées à l'usage des supports et poches de recueil ou ayant reçu une formation à leur utilisation réalisée au mieux par un infirmier entéro-stomathérapeute.
Les supports et poches sont destinés au recueil des effluents émanant des stomies digestives.
Les poches vidables sont principalement destinées aux patients iléostomisés.
Les poches fermées sont principalement destinées aux patients colostomisés.
La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

1190652	**Digestif, set, couple mécanique, poche vidable, standard.** Set d'appareillage pour stomie digestive, 2 pièces, comprenant un support standard et une poche vidable avec filtre destinés à être associés par couplage mécanique. Le set comprend : - 10 supports standards pourvus d'une surface de gomme avec anneau de fixation permettant le montage d'une poche par emboîtement ; - 30 poches vidables avec anneau de fixation permettant l'emboîtement, filtre intégré et clamp.	17 121	17 121
1119217	**Digestif, set, couple mécanique, poche vidable, non standard.** Set d'appareillage pour stomie digestive, 2 pièces, comprenant un support non standard (convexe) et une poche vidable avec filtre destinés à être associés par couplage mécanique. Le set comprend : - 10 supports pourvus d'une surface de gomme, de forme convexe, avec anneau de fixation permettant le montage d'une poche par emboîtement, pour les stomies ne pouvant être appareillées par un dispositif standard : stomies invaginées ou planes ; - 30 poches vidables avec anneau de fixation permettant l'emboîtement, filtre intégré et clamp.	19 506	19 506
1118525	**Digestif, set, couple mécanique, poche fermée, standard.** Set d'appareillage pour stomie digestive, 2 pièces, comprenant un support standard et une poche fermée avec filtre destinés à être associés par couplage mécanique. Le set comprend : - 10 supports standards pourvus d'une surface de gomme avec anneau de fixation permettant le montage d'une poche par emboîtement - 50 poches non vidables avec anneau de fixation permettant l'emboîtement et filtre intégré.	17 601	17 601
1164181	**Digestif, set, couple mécanique, poche fermée, non standard.** Set d'appareillage pour stomie digestive, 2 pièces, comprenant un support non standard (convexe) et une poche fermée avec filtre destinés à être associés par couplage mécanique. Le set comprend : - 10 supports pourvus d'une surface de gomme, de forme convexe, avec anneau de fixation permettant le montage d'une poche par emboîtement, pour les stomies ne pouvant être appareillées par un dispositif standard : stomies invaginées ou planes ; - 50 poches non vidables avec anneau de fixation permettant l'emboîtement et filtre intégré.	20 185	20 185
1109220	**Digestif, set, couple adhésif, poche vidable, standard** Set d'appareillage pour stomie digestive, 2 pièces, comprenant un support standard et une poche vidable avec filtre destinés à être associés par couplage adhésif. Le set comprend : - 10 supports standards pourvus d'une surface de gomme avec anneau de fixation permettant le montage d'une poche adhésive ; - 30 poches vidables avec joint, adhésif, filtre intégré et clamp.	18 757	18 757

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

1126358	**Digestif, set, couple adhésif, poche vidable, non standard.** Set d'appareillage pour stomie digestive, 2 pièces, comprenant un support non standard (convexe) et une poche vidable avec filtre destinés à être associés par couplage adhésif. Le set comprend : - 10 supports pourvus d'une surface de gomme, de forme convexe, avec anneau de fixation permettant le montage d'une poche adhésive pour les stomies ne pouvant être appareillées par un dispositif standard : stomies invaginées ou planes ; - 30 poches vidables avec joint, adhésif, filtre intégré et clamp.	21 114	21 114
1171063	**Digestif, set, couple adhésif, poche fermée, standard.** Set d'appareillage pour stomie digestive, 2 pièces, comprenant un support standard et une poche fermée avec filtre destinés à être associés par couplage adhésif. Le set comprend : - 10 supports standards pourvus d'une surface de gomme avec anneau de fixation permettant le montage d'une poche adhésive ; - 50 poches non vidables avec joint, adhésif et filtre intégré.	20 645	20 645
1166412	**Digestif, set, couple adhésif, poche fermée, non standard.** Set d'appareillage pour stomie digestive, 2 pièces, comprenant un support non standard (convexe) et une poche fermée avec filtre destinés à être associés par couplage adhésif. Le set comprend : - 10 supports pourvus d'une surface de gomme, de forme convexe, avec anneau de fixation permettant le montage d'une poche adhésive, pour les stomies ne pouvant être appareillées par un dispositif standard : stomies invaginées ou planes ; - 50 poches non vidables avec joint, adhésif et filtre intégré.	23 004	23 004

D – dispositifs médicaux pour l'irrigation colique

I. – Définition des dispositifs médicaux utilisés dans l'irrigation colique

L'irrigation colique nécessite un matériel spécifique pour introduire l'eau (un réservoir, une tubulure avec un régulateur et un cône d'introduction) et évacuer les selles à l'aide d'un manchon. Entre deux irrigations le patient utilise soit un système d'obturation (tampon obturateur ou obturateur de stomie), soit une poche plus petite que les poches habituelles (mini poches), soit un pansement.

II. – Spécifications techniques

Set pour irrigation colique :

Le set est composé au minimum d'un réservoir, d'un régulateur de débit, d'une canule à bout conique et de 30 manchons.

Régulateur de débit pour irrigation colique :

Il correspond à un régulateur de débit réutilisable.

Réservoir pour irrigation colique :

Il correspond à un réservoir réutilisable gradué d'au moins 1 L pouvant être suspendu à un crochet.

Raccord de canule à bout conique pour irrigation colique :

Il correspond à une canule réutilisable à bout conique pour irrigation colique.

Manchon pour irrigation colique :
Il correspond à un manchon à usage unique permettant l'écoulement des selles dans les toilettes.
III. – Modalités de prescription et d'utilisation
Préalablement à toute prescription initiale, le patient ou son aidant reçoit une formation à l'utilisation de ces dispositifs médicaux, réalisée avant sa sortie de l'établissement de santé ayant réalisé la stomie, au mieux par un infirmier entéro-stomathérapeute.
IV. – Indications prises en charge
La prise en charge est assurée en cas d'irrigation colique de patients colostomisés.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Une partie ou l'ensemble de ces produits peuvent être réunis dans un même conditionnement.		
1185214	**Colostomie, système pour irrigation, le réservoir.** Appareillage pour colostomisés pratiquant l'irrigation. Système permettant de pratiquer l'irrigation : le réservoir.	1 904	1 904
1195098	**Colostomie, système pour irrigation, le régulateur de débit.**	808	808
1182842	**Colostomie, système pour irrigation, le raccord de canule à bout conique.**	618	618
1157910	**Colostomie, système pour irrigation, le support porte-manchon.**	403	403
1116897	**Colostomie, système pour irrigation, la ceinture.**	563	563
1132985	**Colostomie, système pour irrigation, le manchon.**	163	163
1101565	**Colostomie, système pour irrigation, 30 manchons.**	4 873	4 873
1101230	**Colostomie, système pour irrigation, 50 manchons.**	8 122	8 122

E – Accessoires pour l'appareillage des stomies digestives

I. – Définition des accessoires pour l'appareillage des stomies digestives
Le tampon absorbant avec filtre :
Le tampon obturateur est un dispositif absorbant qui, une fois la poche enlevée, peut être inséré dans la stomie afin d'éviter des fuites. Ce type de tampon peut être utilisé après une irrigation colique. Il est possible également d'en utiliser pour certaines activités (sport ou relation sexuelle).
L'obturateur de stomie :
Il permet de recouvrir la stomie. Il est doté d'un filtre laissant le passage des gaz et captant les odeurs.
II. – Spécifications techniques
Le tampon obturateur :
Le tampon est inclus sur un support hydrofuge adhérent à la peau et muni d'un filtre.
L'obturateur de stomie B BRAUN, IRYFIX, boîte de 15 :

La boite contient 15 bouchons avec filtre à charbon intégré fixés par un adhésif hydrofuge.
III. – Modalités de prescription et d'utilisation
La prescription est réalisée par un médecin ou par un infirmier.
IV. – Indications prises en charge
Le tampon absorbant avec filtre :
La prise en charge est assurée en cas d'obturation de colostomie de patients pratiquant des irrigations coliques ou de l'orifice secondaire de stomies doubles.
L'obturateur de stomie B BRAUN, IRYFIX, boîte de 15 :
La prise en charge est assurée en cas d'obturation de colostomie de patients pratiquant des irrigations coliques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1136121	**Stomie, tampon absorbant avec filtre. B/10**	4 311	4 311
1122627	**Obturateur de stomie, B BRAUN, IRYFIX, boîte de 15.** Boîte de 15 bouchons avec filtre à charbon intégré fixés par un adhésif hydrofuge: référence F00014C	6 539	9975

F – Dispositifs pour l'incontinence fécale et les troubles colorectaux

I. – Définition des dispositifs médicaux utilisés dans l'irrigation transanale
Un matériel spécifique pour l'irrigation transanale est nécessaire, associant poche à eau, unité de contrôle, sonde rectale munie d'un ballonnet gonflable et tubulure. L'expulsion des matières fécales est réalisée dans les toilettes après dégonflement du ballonnet et retrait de la sonde. Entre deux irrigations, il est permis d'utiliser un obturateur anal.
L'irrigation transanale pourra être effectuée tous les deux ou trois jours.
II. – Spécifications techniques
-Obturateur anal COLOPLAST, PERISTEEN OBTAL : Le dispositif est un tampon en mousse de polyuréthane comprimée par un film hydrosoluble, muni d'un cordon pour le retrait (au contact de la muqueuse anale, le film superficiel comprimant le tampon se délite, l'obturateur s'ouvre en corolle).
-Système initial PERISTEEN : Le produit comprend une unité de contrôle, deux sondes rectales, une poche et une paire d'attaches de jambe.
-Sondes rectales pour dispositif d'irrigation transanale, COLOPLAST, PERISTEEN : Le produit comprend une boîte de 15 sondes rectales et une poche.
-Tubulures pour dispositif d'irrigation transanale, COLOPLAST, PERISTEEN : Le produit comprend une boîte de deux tubulures avec connecteur.
III. – Modalités de prescription et d'utilisation
La prescription initiale du matériel pour l'irrigation transanale doit être effectuée soit par un médecin de médecine physique et de réadaptation, soit par un gastro-entérologue, soit par un pédiatre. Le médecin traitant pourra prescrire le renouvellement de ce dispositif.
PERISTEEN doit être réservé aux patients ayant reçu une éducation à l'utilisation de ce dispositif, notamment à l'autosondage.
IV. – Indications prises en charge
La prise en charge de l'obturateur anal est assurée en cas d'incontinence fécale sévère par atteinte neurologique définitive.
La prise en charge de système initial, de sonde rectale et de tubulure du dispositif d'irrigation transanale COLOPLAST, PERISTEEN est assurée dans le cadre du traitement des troubles colorectaux par atteinte neurologique, se traduisant par une constipation et/ou une incontinence fécale chroniques, rebelles au traitement médical bien conduit.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1156780	**Obturateur anal, Coloplast France, Peristeen Obtal, boîte de 20 obturateurs.** Références prises en charge : 014500 (diamètre ouvert 37 mm) ; 014510 (diamètre ouvert 45 mm). Boite de 20 unités.	12 464	12 464
1139527	**Dispositif d'irrigation transanale, COLOPLAST, PERISTEEN, système initial.** Le système initial PERISTEEN comprend 1 unité de contrôle, 2 sondes rectales, 1 poche et 1 paire d'attaches de jambe. La prise en charge est assurée pour la référence 29121.	19 425	19 425
1155928	**Dispositif d'irrigation transanale, COLOPLAST, PERISTEEN, sondes rectales.** Ce produit comprend 1 boîte de 15 sondes rectales + 1 poche. La prise en charge est assurée pour la référence 29122.	32 173	32 173
1155495	**Dispositif d'irrigation transanale, COLOPLAST, PERISTEEN, tubulures** Ce produit comprend une boîte de 2 tubulures avec connecteur. La prise en charge est assurée pour la référence 29125.	3 316	3 316

1.2.2.4.1.3. Paragraphe 3 : Accessoires et dispositifs médicaux communs pour incontinents urinaires, fécaux et stomisés

I. – Définition et spécifications techniques

a) Les supports de poche de recueil pour systèmes en deux pièces

Les supports de poche de recueil (pour systèmes en deux pièces) permettent l'adhésion à la peau de la poche et l'étanchéité du système. Ils peuvent être à découper, pré-découpés ou modelables pour être ajustés à la taille de la stomie.

Les spécifications techniques autorisées dépendent des caractéristiques des poches du système à deux pièces :

- le support de couplage : adhésif ou mécanique ;
- la forme du support protecteur : standard ou non standard (convexe).

b) Les accessoires

- le système d'accroche pour collecteur d'urine de jambe est constitué d'une ou deux attaches en textile ou d'un filet en mailles extensibles élastiques. Le choix du système d'accroche dépend de la poche. Un seul système d'accroche est nécessaire pour assurer le maintien d'un collecteur d'urine de jambe sans attache. Il est lavable et réutilisable.
- la ceinture pour poche de recueil de stomie urinaire ou digestive permet de plaquer la poche de recueil sur l'abdomen pour favoriser son maintien. Elle est en textile élastique et possède, à chacune de ses extrémités, une ou deux accroches permettant d'attacher la ceinture aux œillets du support. Elle est lavable et réutilisable.
- la pâte de protection péristomiale permet une protection de la peau péristomiale vis-à-vis des effluents de la stomie et un comblement des irrégularités cutanées en vue du positionnement d'un support protecteur cutané standard de systèmes en une ou deux pièces formant ainsi un joint d'étanchéité. Elle est disponible en tube ou en barrettes.

La quantité de produits disponible dans chaque conditionnement doit être d'au moins 60 g. La pâte est constituée au minimum de hydrocolloïdes, de polymères, conservateurs et excipients.

- l'anneau péristomial préformé est un anneau adhésif hydrocolloïde dont la concentration en hydrocolloïdes est supérieure à 18 %. La surface des produits disponibles dans chaque conditionnement est comprise entre 15 et 80 cm2. L'anneau se place autour de la stomie entre la peau et le support. Il permet un comblement des irrégularités cutanées en vue du positionnement d'un support protecteur cutané standard de systèmes en une ou deux pièces, en particulier lorsque ce dernier est plan.
- la plaque de protection péristomiale est une plaque adhésive hydrocolloïde dont la concentration en hydrocolloïde est supérieure à 18 %. La surface des produits disponibles dans chaque conditionnement doit être d'au moins 100 cm2. La plaque se place entre la peau et le support. Elle est prépercée ou découpable afin d'être appliquée temporairement sur une peau irritée autour de la stomie au niveau de la zone d'adhérence d'un support protecteur.
- la poudre absorbante permet l'absorption de suintements ou de l'humidité avant l'application d'un support. Sa concentration en carboxyméthylcellulose (CMC) est supérieure à 18 %. Le flacon contient 25 g de poudre au minimum.

II. – Modalités de prescription et d'utilisation

Préalablement à toute prescription initiale, le patient ou son aidant reçoit une formation à l'utilisation de ces dispositifs médicaux, réalisée avant leur sortie de l'établissement de santé ayant réalisé la stomie, au mieux par un infirmier entéro-stomathérapeute.

III. – Indications prises en charge

La prise en charge des supports de poche standard est assurée en cas de recueil d'urine ou de matières fécales chez les patients ayant une stomie. La prise en charge des supports de poche non standard (convexe) est assurée en cas de recueil d'urine ou de matières fécales chez les patients ayant une stomie invaginée ou plane.

IV. – Conditions de renouvellement

La fréquence de renouvellement des supports doit être adaptée aux besoins du patient.

Pour les accessoires suivants, le renouvellement de la prise en charge est permis selon les limites suivantes :
- système d'accroche pour collecteur d'urine de jambe : 2 renouvellements maximum par semestre ;
- ceinture pour poche de recueil de stomie urinaire ou digestive : 2 ceintures maximum par semestre ;
- poudre absorbante : fréquence de renouvellement adaptée aux besoins du patient.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1175144	**Stomie, autre appareillage, tampon absorbant.** Tampon absorbant, interne avec support de gomme intégré assurant seul l'adhérence.	414	414
1145210	**Collecteur, urines et matières fécales, support pour poche.** Support pourvu d'une surface de gomme permettant l'adhérence d'une poche.	472	472
1186538	**Collecteur, urines et matières fécales, 5 supports pour poche.** 5 supports pourvu d'une surface de gomme permettant l'adhérence d'une poche.	2 359	2 359
1157531	**Collecteur, urines et matières fécales, 20 supports pour poche.** 20 supports pourvu d'une surface de gomme permettant l'adhérence d'une poche.	9 434	9 434
1126677	**Collecteur, urines et matières fécales, support pour poche avec anneau de fixation.** Support pourvu d'une surface de gomme avec anneau de fixation permettant le montage d'une poche.	574	574
1156997	**Collecteur, urines et matières fécales, 5 supports pour poche + anneau.** 5 supports pourvus d'une surface de gomme avec anneau de fixation permettant le montage d'une poche.	2 864	2 864

1131862	**Collecteur, urines et matières fécales, 10 supports pour poche + anneau.** 10 supports pourvus d'une surface de gomme avec anneau de fixation permettant le montage d'une poche.	5 732	5 732
1110127	**Collecteur, urines et matières fécales, support de poche de stomie non standard.** Support pourvu d'une surface de gomme, de forme convexe, avec anneau de fixation permettant le montage d'une poche, pour les stomies ne pouvant être appareillées par un dispositif standard : stomies invaginées ou planes.	818	818
1122231	**Collecteur, urines et matières fécales, 5 supports poche de stomie non standard.** 5 supports pourvu d'une surface de gomme, de forme convexe, avec anneau de fixation permettant le montage d'une poche, pour les stomies ne pouvant être appareillées par un dispositif standard : stomies invaginées ou planes.	4 045	4 045
1174274	**Collecteur, urines et matières fécales, 10 supports poche de stomie non standard.** 10 supports pourvu d'une surface de gomme, de forme convexe, avec anneau de fixation permettant le montage d'une poche, pour les stomies ne pouvant être appareillées par un dispositif standard : stomies invaginées ou planes.	8 090	8 090
1181989	**Collecteur, support poche d'urostomie ou rec mat fécal std B/10** Support de poche d'urostomie ou de recueil de matières fécales, standard, pour couplage adhésif ou mécanique. Boîte de 10	5 533	5 533
1120396	**Collecteur, support poche d'urostomie ou rec mat fécal non std B/5** Support de poche d'urostomie ou de recueil de matières fécales, non standard, pour couplage adhésif ou mécanique. Boîte de 5	3 904	3 904
1105965	**Collecteur, urines et matières fécales, clamp.**	137	137
1186410	**Collecteur, urines et matières fécales, 10 clamps.**	1 360	1 360
1155130	**Collecteur, urines et matières fécales, ceinture.**	563	563
1163069	**Collecteur, urines et matières fécales, 2 ceintures.**	1 128	1 128
1193610	**Pâte pour protection péristomiale, tube 60 g ou sachet 10 barrettes modelables 6 g.** Pâte en tube ou en barrettes. Le tube de 60 g ou le sachet de 10 barrettes modelables de 6 g.	1 834	1 834
1186254	**Accessoires, anneau péristomial.B/10**	4 551	4 551
1147314	**Accessoires, plaque de protection péristomiale.B/5**	2 276	2 276
1123911	**Accessoires, poudre absorbante minimum 25g**	650	650
1123710	**Accessoires, attache réutilisable pour collecteur d'urine de jambe. B/2**	499	499
1172364	**Accessoires, accroche pour poche à urine de nuit ou de jour. B/1**	166	166

1.2.2.4.2. Sous-section 2: Dispositifs médicaux pour l'appareil uro-génital

1.2.2.4.2.1. Paragraphe 1: Électrostimulateur neuromusculaire

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	La prise en charge est assurée : - après réalisation d'un bilan urodynamique avec tracé (cystomanométrie, et sphinctérométrie au minimum) effectué par un centre reconnu compétent ; - et après période probatoire de six à huit semaines avec contrôle post-thérapeutique réalisé à l'issue de cette période dans le même centre attestant l'efficacité du traitement. La prise en charge de l'autotraitement à domicile n'est pas cumulable sur une même période, avec la prise en charge du même traitement en centre, ni avec celle de toute autre technique de rééducation périnéale. En cas de reprise du traitement par le centre lui-même, la prise charge en charge à domicile de l'appareil est suspendue:		
1189270	**Uro-génital, électrostimulateur neuromusculaire, achat.** Achat de (appareil pour autotraitement à domicile de l'incontinence sphinctérienne.	50 690	
1111701	**Uro-génital, électrostimulateur neuromusculaire, location hebdomadaire < ou = 26.** Location hebdomadaire de l'appareil pour autotraitement à domicile de l'incontinence sphinctérienne; limitée à 26 semaines.	1 952	
1183014	**Uro-génital, forfait annuel pour sonde ou électrode cutanée périnéale.** La prise en charge est assurée sur facture à concurrence de 25,92. Elle est assurée pour les patients traités à domicile ou en cabinet. La prise en charge de ce forfait annuel est subordonnée au caractère remboursable de l'appareil pour auto-traitement à domicile de l'incontinence sphinctérienne.	4 309	

1.2.2.4.2.2. Paragraphe 2: Objets contraceptifs

Diaphragme

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1133915	**Objectif contraceptif, diaphragme.** Quelle que soit la taille	523	

Dispositif intra-utérin ou stérilet avec inserteur, au cuivre

La prise en charge de ce dispositif est assurée pour la contraception intra-utérine.
Le design, les caractéristiques du fil de cuivre, la mémoire/flexibilité, la force de traction du corps plastique et la détection et teneur en sulfate de baryum de ce dispositif intra-utérin doivent être conformes aux spécifications de la norme NF EN ISO 7439 relative aux dispositifs intra-utérins contenant du cuivre.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1158536	**Objet contraceptif, stérilet avec inserteur, au cuivre.**	5 071	5 071

1.2.2.5. Section 5. - Produits pour nutrition ou réhydratation et matériels d'administration

1.2.2.5.1. Sous-section 1: Alimentation orale

1.2.2.5.1.1. Paragraphe 1 : Aliments diététiques sans gluten pour une quantité supérieure ou égale (>) ou inférieure à (<)

Les aliments diététiques sans gluten sont pris en charge pour les patients, enfants et adultes, atteints de maladie coeliaque, identifiée, après biopsie digestive, comme affection de longue durée et nécessitant des soins continus de plus de six mois
Seuls sont pris en charge les aliments dits sans gluten :
- dont le taux de gliadine est conforme aux seuils définis dans le Codex Alimentarius ;
- et qui sont fabriqués et distribués par des sociétés conformes au référentiel d'assurance qualité HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point) et ayant engagé une procédure de certification d'entreprise selon les normes EN 29001 ou EN 29002.
La prise en charge est assurée dans la limite de **5870 F.CFP TTC** par mois pour les enfants jusqu'à leur dixième anniversaire et de **8003 F.CFP TTC** par mois au-delà de cet âge.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1101909	**Aliment sans gluten, farine, 100g.** Participation à l'achat, pour 100 g de farine	75	
1168380	**Aliment sans gluten, farine, 500g.** Participation à l'achat, pour 500 g de farine	374	
1192220	**Aliment sans gluten, farine, 1000g.** Participation à l'achat, pour 1000 g de farine	749	
1129061	**Aliment sans gluten, farine, 3000g.** Participation à l'achat, pour 3000 g de farine	2 245	
1162680	**Aliment sans gluten, pain, ≥ 100 g et < 150 g.** Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 100 g et inférieure à 150 g de pain	80	
1101803	**Aliment sans gluten, pain, ≥ 150 g et < 200 g.** Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 150 g et inférieure à 200 g de pain	120	
1177545	**Aliment sans gluten, pain, ≥ 200 g et < 250 g.** Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 200 g et inférieure à 250 g de pain	160	
1122975	**Aliment sans gluten, pain, ≥ 250 g et < 300 g.** Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 250 g et inférieure à 300 g de pain	200	

1153208	**Aliment sans gluten, pain, ≥ 300 g et < 350 g.** Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 300 g et inférieure à 350 g de pain	239	
1102777	**Aliment sans gluten, pain, ≥ 350 g et < 400 g.** Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 350 g et inférieure à 400 g de pain	279	
1191858	**Aliment sans gluten, pain, ≥ 400 g et < 450 g.** Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 400 g et inférieure à 450 g de pain	319	
1160800	**Aliment sans gluten, pain, ≥ 450 g et < 500 g.** Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 450 g et inférieure à 500 g de pain	359	
1140045	**Aliment sans gluten, pain, ≥ 500 g et < 600 g.** Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 500 g et inférieure à 600 g de pain	399	
1141961	**Aliment sans gluten, pain, ≥ 600 g.** Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 600 g de pain	479	
1134866	**Aliment sans gluten, pâtes, 250 g.** Participation à l'achat, pour 250 g de poids sec de pâtes	233	
1181050	**Aliment sans gluten, pâtes, 500 g.** Participation à l'achat, pour 500 g de poids sec de pâtes	466	
1113210	**Aliment sans gluten, biscuits, ≥ 40 g et < 50 g.** Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 40 g et inférieure à 50 g de biscuits	85	
1110529	**Aliment sans gluten, biscuits, ≥ 50 g et < 75 g.** Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 50 g et inférieure à 75 g de biscuits	106	
1176741	**Aliment sans gluten, biscuits, ≥ 75 g et < 100 g.** Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 75 g et inférieure à 100 g de biscuits	160	
1199535	**Aliment sans gluten, biscuits, ≥ 100 g et < 115 g.** Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 100 g et inférieure à 115 g de biscuits	211	
1190557	**Aliment sans gluten, biscuits, ≥ 115 g et < 125 g.** Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 115 g et inférieure à 125 g de biscuits	243	
1127435	**Aliment sans gluten, biscuits, ≥ 125 g et < 150 g.** Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 125 g et inférieure à 150 g de biscuits	264	
1151497	**Aliment sans gluten, biscuits, ≥ 150 g et < 165 g.** Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 150 g et inférieure à 165 g de biscuits	317	
1114266	**Aliment sans gluten, biscuits, ≥ 165 g et < 175 g.** Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 165 g et inférieure à 175 g de biscuits	350	
1126542	**Aliment sans gluten, biscuits, ≥ 175 g et < 200 g.** Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 175 g et inférieure à 200 g de biscuits	371	
1118287	**Aliment sans gluten, biscuits, ≥ 200 g et < 225 g.** Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 200 g et inférieure à 225 g de biscuits	423	

1193998	**Aliment sans gluten, biscuits, ≥ 225 g et < 250 g.** Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 225 g et inférieure à 250 g de biscuits	476	
1100086	**Aliment sans gluten, biscuits, ≥ 250 g et < 300 g.** Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 250 g et inférieure à 300 g de biscuits	529	
1132548	**Aliment sans gluten, biscuits, ≥ 300 g et < 400 g.** Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 300 g et inférieure à 400 g de biscuits	634	
1120120	**Aliment sans gluten, biscuits, ≥ 400 g et < 500 g.** Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 400 g et inférieure à 500 g de biscuits	845	
1155331	**Aliment sans gluten, biscuits, ≥ 500 g.** Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 500 g de biscuits	1 055	

1.2.2.5.1.2. Paragraphe 2 : Produits pour complémentation nutritionnelle orale destinés aux adultes

Denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales (DADFMS)

Seuls les aliments diététiques à des fins médicales spéciales conformes à l'arrêté du 20 septembre 2000 modifié relatif aux ADDFMS modifié peuvent être pris en charge.
Pour tous les produits, l'étiquetage doit être conforme à la réglementation en vigueur.
La prise en charge des produits pour complémentation nutritionnelle orale (CNO) destinés aux adultes est assurée chez des malades dont la fonction intestinale est normale et qui sont dénutris selon les critères de dénutrition suivants :
Pour les adultes de moins de 70 ans :
– perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ;
– ou indice de masse corporelle (IMC) ≤ 18,5 (hors maigreur constitutionnelle).
Pour les adultes de plus de 70 ans :
– perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ;
– ou IMC ≤ 21 ;
– ou mini nutritional assessment (MNA) ≤ 17 (/30) ;
– ou albuminémie < 35 g/l.
Les compléments nutritionnels oraux sont prescrits en complément de l'alimentation et de façon transitoire, sauf exceptions.
Pour les personnes âgées, sauf exceptions, l'objectif est d'atteindre un apport alimentaire supplémentaire de 400 kcal par jour et/ou de 30 g de protéines par jour.
La composition protéique des produits pris en charge dans le cadre de la complémentation orale destinée aux adultes doit être la plus proche possible de la protéine de référence définie par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES). L'ajout de peptides et/ou d'acides aminés n'est toléré que dans le but d'améliorer la valeur nutritionnelle et/ou les qualités organoleptiques du produit et uniquement dans les proportions nécessaires à l'obtention de ces effets.
Aucune recommandation n'est émise sur la composition de l'apport lipidique dans la mesure où la notion de complémentation nutritionnelle implique le maintien d'un certain niveau d'alimentation orale spontanée. Il n'est donc pas indispensable que les valeurs en TCL, TCM, en acides gras polyinsaturés / mono-insaturés / saturés et en oméga 3 et 6 soient proches des apports nutritionnels conseillés (ANC) des sujets sains.

Cependant, en cas d'alimentation exclusive par une complémentation nutritionnelle orale (situations rares chez l'adulte), les produits prescrits devront répondre aux exigences nutritionnelles qualitatives et quantitatives définies pour la nutrition entérale à domicile.
Aucune teneur en fibres n'est fixée.
La première prescription est effectuée pour un mois maximum.
La première délivrance est limitée à 10 jours de traitement. A l'issue de cette période, le pharmacien, après avoir évalué l'observance par le patient, adapte si nécessaire, dans les limites des apports prévus par la prescription, le complément prescrit pour la suite de la délivrance.
Les renouvellements de prescription sont effectués par le médecin pour 3 mois maximum après une réévaluation comprenant :
– le poids ;
– l'état nutritionnel ;
– l'évolution de la pathologie ;
– le niveau des apports spontanés par voie orale ;
– la tolérance de la CNO ;
– l'observance de la CNO.

A – Mélanges polymériques normoprotidiques et hyperénergétiques (mél. poly. normoprot. hyperénerg.) pour adultes

Les mélanges polymériques normoprotidiques et hyperénergétiques sont particulièrement destinés aux malades définis ci-dessus et ayant des apports spontanés insuffisants par rapport aux besoins estimés.
Pour être pris en charge, les produits doivent avoir une composition et un conditionnement répondant aux critères suivants :
. Protéines : protéines entières animales ou végétales.
4,5 g / 100 ml ou 100 g ≤ teneur < 7 g / 100 ml ou 100 g
. Energie : valeur énergétique ≥ 1,5 kcal/ml ou g
. Lipides : à base d'huiles végétales ou animales.
15% ≤ apport ≤ 45 % des apports énergétiques totaux (AET) du mélange
. Glucides : quantité suffisante pour (QSP) 100% des AET du mélange
. Conditionnements : 125 à 150 grammes ou millilitres, soit un apport énergétique d'au moins 187,5 kcal (125 g ou ml) à au moins 225 kcal (150 g ou ml).
200 à 250 grammes ou millilitres, soit un apport énergétique d'au moins 300 kcal (200 g ou ml) à au moins 375 kcal (250 g ou ml).
300 à 350 grammes ou millilitres, soit un apport énergétique d'au moins 450 kcal (300 g ou ml) à au moins 525 kcal (350 g ou ml).

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1100241	**Nut. orale, adulte, mél. poly. normoprot. hyperénerg ≥ 125 et ≤ 150, B/4.** Mélange polymérique normoprotidique et hyperénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 4 rations de 125 g ou ml à 150 g ou ml.	787	787
1169630	**Nut orale, adulte, mél. poly normoprot. hyperénerg, ≥ 200 et ≤ 250, B/1.** Mélange polymérique normoprotidique et hyperénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement d'une ration de 200 g ou ml à 250 g ou ml.	273	273

1153786	**Nut orale, adulte, mél. poly normoprot. hyperénerg, ≥ 200 et ≤ 250, B/4.** Mélange polymérique normoprotidique et hyperénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 4 rations de 200 g ou ml à 250 g ou ml.	1 093	1 093

B - Mélanges polymériques hyperprotidiques > 7 g/100ml ou 100g (mél. Poly. Hyperprot≥ 7 g/100ml ou 100g) pour adultes

Les mélanges polymériques hyperprotidiques sont particulièrement destinés aux malades définis ci-dessus présentant un hypermétabolisme et/ou un hypercatabolisme et aux sujets âgés ayant une carence d'apport en protéines inférieure à 0,9 g/kg/jour.
Pour être pris en charge, les produits doivent avoir une composition et un conditionnement répondant aux critères suivants :
. Protéines : protéines entières animales ou végétales :
teneur ≥ 7 g/100 ml ou 100 g.
. Lipides : à base d'huiles végétales ou animales :
15 % ≤ apport ≤ 45 % des AET du mélange.
. Glucides : QSP 100 % des AET du mélange.
. Energie : normoénergétique : 1 kcal/ml ou g ≤ valeur énergétique < 1,5 kcal/ml ou g.
hyperénergétique : valeur énergétique ≥ 1,5 kcal/ml ou g.
. Conditionnements : 125 à 150 grammes ou millilitres, soit un apport protidique d'au moins 8,75 g (125 g ou ml) à au moins 10,5 g (150 g ou ml).
200 à 250 grammes ou millilitres, soit un apport protidique d'au moins 14 g (200 g ou ml) à au moins 17,5 g (250 g ou ml).
300 à 350 grammes ou millilitres, soit un apport protidique d'au moins 21 g (300 g ou ml) à au moins 24,5 g (350 g ou ml).

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1147691	**Nut orale, adulte, mél poly hyperprot. normoénerg, ≥ 125 et ≤ 150, B/4.** Mélange polymérique hyperprotidique et normoénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 4 rations de 125 g ou ml à 150 g ou ml.	716	716
1186018	**Nut orale, adulte, mél poly hyperprot. normoénerg, ≥ 200 et ≤ 250, B/1.** Mélange polymérique hyperprotidique et normoénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement d'une ration de 200 g ou ml à 250 g ou ml.	250	250
1101306	**Nut orale, adulte, mél poly hyperprot. normoénerg, ≥ 200 et ≤ 250, B/3.** Mélange polymérique hyperprotidique et normoénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 3 rations de 200 g ou ml à 250 g ou ml.	747	747
1157560	**Nut orale, adulte, mél poly hyperprot. normoénerg, ≥ 200 et ≤ 250, B/4.** Mélange polymérique hyperprotidique et normoénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 4 rations de 200 g ou ml à 250 g ou ml.	996	996
1168776	**Nut orale, adulte, mél poly hyperprot. normoénerg, ≥ 200 et ≤ 250, B/6.** Mélange polymérique hyperprotidique et normoénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 6 rations de 200 g ou ml à 250 g ou ml.	1 494	1 494

1111517	**Nut orale, adulte, mél poly hyperprot. ≥ 7 g hyperénerg, ≥ 125 et ≤ 150, B/3.** Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 3 rations de 125 g ou ml à 150 g ou ml.	713	713
1164420	**Nut orale, adulte, mél poly hyperprot. ≥ 7 g hyperénerg, ≥ 125 et ≤ 150, B/4.** Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 4 rations de 125 g ou ml à 150 g ou ml.	953	953
1117112	**Nut orale, adulte, mél poly hyperprot. ≥ 7 g hyperénerg, ≥≥ 200 et ≤ 250, B/1.** Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement d'une ration de 200 g ou ml à 250 g ou ml.	331	331
1151451	**Nut orale, adulte, mél poly hyperprot. ≥ 7 g hyperénerg, ≥ 200 et ≤ 250, B/3.** Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 3 rations de 200 g ou ml à 250 g ou ml.	991	991
1160792	**Nut orale, adulte, mél poly hyperprot. ≥ 7 g hyperénerg, ≥ 200 et ≤ 250, B/4.** Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 4 rations de 200 g ou ml à 250 g ou ml.	1 321	1 321
1197080	**Nut orale, adulte, mél poly hyperprot. ≥ 7 g hyperénerg, ≥ 200 et ≤ 250, B/6.** Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 6 rations de 200 g ou ml à 250 g ou ml.	1 984	1 984
1104612	**Nut orale, adulte, mél poly hyperprot. ≥ 7 g hyperénerg, ≥ 300 et ≤ 350, B/1.** Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement d'une ration de 300 g ou ml à 350 g ou ml.	463	463
1145692	**Nut orale, adulte, mél poly hyperprot. ≥ 7 g hyperénerg, ≥ 300 et ≤< 350, B/4.** Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 4 rations de 300 g ou ml à 350 g ou ml.	1 851	1 851

C - Mélanges polymériques hyperprotidiques (≥ 10g / 100ml ou 100g hyperénergétiques (mél. Poly. hyperprot. ≥ 10g / 100ml ou 100g hyperénerg. pour adultes

Les mélanges polymériques hyperprotidiques sont particulièrement destinés aux malades définis ci-dessus présentant un hypermétabolisme et/ou un hypercatabolisme et aux sujets âgés ayant une carence d'apport en protéines inférieures à 0,9 g/kg/jour.
Pour être pris en charge, les produits doivent avoir une composition et un conditionnement répondant aux critères suivants :
. Protéines : protéines entières animales ou végétales :
teneur ≥ 10 g/100 ml ou 100 g.
. Lipides : à base d'huiles végétales ou animales :
15 % ≤ apport ≤ 45 % des AET du mélange.
. Glucides : QSP 100 % des AET du mélange.
. Energie : valeur énergétique ≥ 1,8 kcal/ml ou g.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

. Conditionnements : 125 à 150 grammes ou millilitres, soit un apport protidique d'au moins 12,5 g (125 g ou ml) à au moins 15 g (150 g ou ml) et un apport énergétique d'au moins 225 kcal (125 g ou ml) à au moins 270 kcal (150 g ou ml).
200 à 250 grammes ou millilitres, soit un apport protidique d'au moins 20 g (200 g ou ml) à au moins 25 g (250 g ou ml) et un apport énergétique d'au moins 360 kcal (200 g ou ml) à au moins 450 kcal (250 g ou ml).
300 à 350 grammes ou millilitres, soit un apport protidique d'au moins 30 g (300 g ou ml) à au moins 35 g (350 g ou ml) et un apport énergétique d'au moins 540 kcal (300 g ou ml) à au moins 630 kcal (350 g ou ml).

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1188000	**Nut. orale, adulte, mél. poly. hyperprot. ≥ 10 g hyperénerg. ≥ 125 et ≤ 150, B/3.** Mélange polymérique hyperprotidique ≥ 10 g/100 ml ou 100 g et hyperénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 3 rations de 125 g ou ml à 150 g ou ml.	875	875
1136990	**Nut. orale, adulte, mél. poly. hyperprot. ≥ 10 g hyperénerg. ≥ 125 et ≤ 150, B/4.** Mélange polymérique polymérique hyperprotidique ≥ 10 g/100 ml ou 100 g et hyperénergétique, pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 4 rations de 125 g ou ml à 150 g ou ml.	1 166	1 166
1154544	**Nut. orale, adulte, mél. poly. hyperprot. ≥ 10 g hyperénerg. ≥ 200 et ≤ 250, B/3.** Mélange polymérique hyperprotidique > ou = 10g /100ml ou 100g hyperénerg pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 3 rations de 200 g ou ml à 250 g ou ml.	1 214	1 214
1107591	**Nut. orale, adulte, mél. poly. hyperprot. ≥ 10 g hyperénerg. ≥ 200 et ≤ 250, B/4.** Mélange polymérique hyperprotidique > ou = 10 g /100ml ou 100 g hyperénerg pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 4 rations de 200 g ou ml à 250 g ou ml.	1 618	1 618
1148259	**Nut. orale, adulte, mél. poly. hyperprot. ≥ 10 g hyperénerg. ≥ 300 et ≤ 350, B/3.** Mélange polymérique hyperprotidique ≥ 10 g/100 ml ou 100 g et hyperénergétique, pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 3 rations de 300 ml à 350 ml.	1 700	1 700
1131218	**Nut. orale, adulte, mél. poly. hyperprot. ≥ 10 g hyperénerg. ≥ 300 et ≤ 350, B/4.** Mélange polymérique hyperprotidique ≥ 10 g/100 ml ou 100 g et hyperénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 4 rations de 300 ml à 350 ml.	2 266	2 266

D - Mélanges polymériques hyperprotidiques ≥ 14 g /100 ml hyperénergétique concentrés (mél poly hyperprot.≥ 14 g /100 ml hyperénerg., concentrés) pour adultes

Les mélanges polymériques hyperprotidiques sont particulièrement destinés aux malades définis ci-dessus présentant un hypermétabolisme et/ou un hypercatabolisme et aux sujets âgés ayant une carence d'apport en 0,9 g/kg/jour.
Pour être pris en charge, les produits doivent avoir une composition et un conditionnement répondant aux critères suivants :
. Protéines : protéines entières animales ou végétales :
teneur ≥ 14 g /100 ml.
. Lipides : à base d'huiles végétales ou animales :
15 % ≤ apport ≤45 % des AET du mélange.

. Glucides : QSP 100 % des AET du mélange.
. Energie : hyperénergétique : valeur énergétique ≥ 2,25 kcal/ml.
. Conditionnements : 125 à 150 millilitres, soit un apport protidique d'au moins 17,5 g (125 ml) à au moins 21 g (150 ml) et un apport énergétique d'au moins 281 kcal (125 g ml) à au moins 337 kcal (150 ml).
200 à 250 millilitres, soit un apport protidique d'au moins 28 g (200 ml) à au moins 35 g (250 ml) et un apport énergétique d'au moins 450 kcal (200 ml) à au moins 562 kcal (250 ml).

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1139020	**Nut orale, adulte, mél poly hyperprot. ≥ 14 g hyperénerg, concentré, ≥ 125 et ≤ 150, B/3.** Mélange polymérique hyperprotidique ≥ 14 g /100 ml hyperénergétique concentré, pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 3 rations de 125 ml à 150 ml.	1 148	1 148
1145730	**Nut orale, adulte, mél poly hyperprot ≥ 14 g hyperénerg, concentré, ≥ 125 et ≤ 150, B/4.** Mélange polymérique hyperprotidique ≥ 14 g /100 ml hyperénergétique concentré, pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 4 rations de 125 ml à 150 ml.	1 530	1 530
1139349	**Nut orale, adulte, mél poly hyperprot ≥ 14 g hyperénerg, concentré, ≥ 200 et ≤ 250, B/3.** Mélange polymérique hyperprotidique ≥ 14 g /100 ml hyperénergétique concentré, pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 3 rations de 200 ml à 250 ml.	1 593	1 593
1141330	**Nut orale, adulte, mél poly hyperprot ≥ 14 g hyperénerg, concentré, ≥ 200 à ≤ 250, B/4.** Mélange polymérique hyperprotidique ≥ 14 g /100 ml hyperénergétique concentré, pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 4 rations de 200 ml à 250 ml.	2 123	2 123

E - Mélanges polymériques glucido-protidiques (mél. poly. glucidoprot.) pour adultes

Ces mélanges sont des produits dépourvus de lipides ou très pauvres en lipides, à base de fruits, de légumes ou d'arômes de fruits ou de légumes.
Pour être pris en charge, les produits doivent avoir une composition et un conditionnement répondant aux critères suivants :
. Protéines : protéines entières animales ou végétales : teneur ≥ 3,75 g/100 ml ou 100 g.
. Lipides : à base d'huiles végétales ou animales : apport ≤ 5 % des AET du mélange.
. Glucides : QSP 100 % des AET du mélange.
. Energie : valeur énergétique ≥ 1,25 kcal/ml ou g.
. Conditionnements : 200 à 250 grammes ou millilitres, soit un apport protidique d'au moins 7,5 g (200 g ou ml) à au moins 9,4 g (250 g ou ml) et un apport énergétique d'au moins 250 kcal (200 g ou ml) à au moins 312 kcal (250 g ou ml).

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1121616	**Nut orale, adulte, mél poly glucidoprot., ≥ 200 et ≤ 250, B/1.** Mélange polymérique hyperprotidique et normoénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement d'une ration de 200 g ou ml à 250 g ou ml.	348	348

1195537	**Nut orale, adulte, mél poly glucidoprot., ≥ 200 et ≤ 250, B/3.** Mélange polymérique hyperprotidique et normoénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 3 rations de 200 g ou ml à 250 g ou ml.	1 042	1 042
1144238	**Nut orale, adulte, mél poly glucidoprot., ≥ 200 et ≤ 250, B/4.** Mélange polymérique hyperprotidique et normoénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 4 rations de 200 g ou ml à 250 g ou ml.	1 390	1 390

F - Protéines seules pour adultes

Ces produits sont destinés à l'enrichissement de l'alimentation des adultes. Il n'y a pas de spécificité liée à l'âge.
Pour être pris en charge, les produits doivent avoir une composition et un conditionnement répondant aux critères suivants :
. Protéines seules : protéines entières
apport ≥ 95 % des AET du mélange.
. Conditionnements : 300 à 500 grammes ou millilitres.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1131827	**Nutrition orale, adulte, protéines seules, ≥ 300 et < 400, B/1.** Protéines seules pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 300 g ou ml à 400 g ou ml.	2 514	2 514
1105899	**Nutrition orale, adulte, protéines seules, ≥ 400 et ≤ 500, B/1.** Protéines seules pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 400 g ou ml à 500 g ou ml.	3 352	3 352

G - Glucides seuls pour adultes

Ces produits sont destinés à l'enrichissement de l'alimentation des adultes. Il n'y a pas de spécificité liée à l'âge.
Pour être pris en charge, les produits doivent avoir une composition et un conditionnement répondant aux critères suivants :
. Glucides seuls : Maltodextrine
apport ≥ 95 % des AET du mélange.
. Conditionnements : 200 à 500 grammes ou millilitres.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1131810	**Nutrition orale, adulte, glucides seuls, ≥ 200 et ≤ 500, B/1.** Glucides seuls pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement d'une boîte de 200 g ou ml à 500 g ou ml.	489	489

H - Lipides seuls pour adultes

Ces produits sont pris en charge uniquement pour les malades avec malabsorption liquide et épanchements chyleux.
Pour être pris en charge, les produits doivent avoir une composition et un conditionnement répondant aux critères suivants :
. Lipides seuls : huiles ou margarines à base de triglycérides à chaînes moyennes (TCM)
apport ≥ 95 % des AET du mélange.
. Conditionnements : 450 à 1 000 grammes ou millilitres.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1168552	**Nutrition orale, adulte, lipides seuls, ≥ 450 et ≤ 1000, B/1.** Lipides seuls pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement d'une boîte de 450 g ou ml à 1 000 g ou ml.	2 640	2 640

Autres aliments diététiques à des fins médicales spéciales (ADDFMS)

Société Nestlé Clinical Nutrition France SAS (NESTLE)

La prise en charge est assurée pour la nutrition périopératoire des patients ayant une chirurgie digestive carcinologique majeure programmée :
- en préopératoire, chez tous ces patients quel que soit l'état nutritionnel ;
- en postopératoire, chez les patients dénutris selon les critères définis dans le paragraphe 2 " Produits pour complémentation nutritionnelle orale destinés aux adultes ", au début du sous-paragraphe 1 " Aliments diététiques à des fins médicales spéciales (ADDFMS) ".

La prescription doit être réalisée par :
- un oncologue, ou
- un anesthésiste-réanimateur, ou
- un gastro-entérologue, ou
- un chirurgien digestif.

Pour la nutrition préopératoire :
L'apport oral à domicile est à privilégier. La voie entérale est à utiliser quand la voie orale est impossible. La durée proposée est de 7 jours.
Un apport moyen de 1 000 kcal/jour est recommandé en plus de l'alimentation spontanée.
Pour la nutrition postopératoire :
La voie d'administration est en principe uniquement entérale. Un relai par voie orale peut être envisagé dans certains cas vers le cinquième jour postopératoire. La durée ne doit pas être inférieure à 7 jours et doit être poursuivie jusqu'à reprise d'une alimentation orale assurant au moins 60 % des besoins nutritionnels. Un apport moyen de 1 500 kcal/jour est recommandé.
Les critères retenus pour définir la dénutrition sont les suivants :
- pour les adultes de moins de 70 ans :
- perte de poids = 5 % en 1 mois ou = 10 % en 6 mois ; ou
- indice de masse corporelle IMC = 18,5 kg/m² (hors maigreur constitutionnelle) ;
- pour les adultes de plus de 70 ans :

- perte de poids = 5 % en 1 mois ou = 10 % en 6 mois ; ou
- IMC = 21 kg/m² ; ou
- mini nutritional assesment (MNA) = 17 (/30) ; ou
- albuminémie < 35 g/l. :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1190280	**Nut. orale, adulte, mél. poly. hyperprot. normo-énerg, NESTLE, ORAL IMPACT, B/3.** Mélange nutritif complet, hyperprotidique, normo-énergétique, supplémenté en nutriments spécifiques : arginine, acides gras oméga 3 et nucléotides issus de l'ARN (acide ribonucléique), sans gluten, boîte de 3 briquettes de 237 ml et de 334 kcal chacune, ORAL IMPACT de la société Nestlé Clinical Nutrition France SAS.	3 582	3 582

1.2.2.5.2. Sous-section 2 : Produits pour nutrition entérale et prestations associées

1.2.2.5.2.1. Paragraphe 1 : Prestations associées à la nutrition entérale à domicile

Conditions générales d'attribution

Pour être pris en charge, la prescription initiale d'un forfait de nutrition entérale à domicile doit être effectuée, pour une période de 14 jours, par :
- un médecin hospitalier public ou privé, pour les adultes ;
- un pédiatre ou un anesthésiste exerçant en pédiatrie dans un établissement de soins public ou privé, pour les enfants de moins de 16 ans.

Celui-ci détermine le niveau d'apport nutritionnel, informe le patient et son entourage du déroulement de la nutrition entérale à domicile et notamment des complications possibles. Le premier renouvellement est effectué pour une durée maximale de 3 mois, par le service à l'origine de la prescription initiale, après une visite effectuée par le prestataire à la fin de la période initiale de 14 jours.
A la fin de la première période de 3 mois, une réévaluation est effectuée par le service à l'origine de la prescription initiale. Les renouvellements ultérieurs ont lieu tous les 3 mois au cours de la première année et peuvent être effectués par le médecin.
Après la première année, les renouvellements ont lieu tous les ans lors de la réévaluation annuelle effectuée, soit par le service à l'origine de la prescription initiale, soit par un autre service du même établissement de soins, soit par un autre établissement de soins.
En pédiatrie, le premier renouvellement est effectué à 3 mois par le prescripteur initial après une réévaluation. Les renouvellements suivants ont lieu au minimum tous les 6 mois et peuvent être effectués par le médecin en relation avec l'initiateur du traitement.
Les réévaluations comprennent :
- le poids ainsi que, chez les enfants, la taille et la maturation pubertaire ;
- l'état nutritionnel ;
- l'évolution de la pathologie ;
- la tolérance de la nutrition entérale ;
- l'observance de la nutrition entérale ;
- l'évaluation des apports alimentaires oraux, le cas échéant.

La prescription inclut :
- les mélanges nutritifs (ADDFMS) ;
- les dispositifs médicaux d'administration (sondes, boutons) ;
- les prestations de première installation ou de renouvellement ;
- le pied à sérum mobile.

La prise en charge est assurée sur la base de trois forfaits dont deux hebdomadaires calculés de date à date non cumulables :
- un forfait de première installation (code 1153480) couvrant la fourniture du matériel nécessaire et la prestation de service durant les 14 premiers jours qui s'ajoute aux forfaits hebdomadaires (avec ou sans pompe) ;
- un forfait hebdomadaire de nutrition entérale à domicile sans pompe (code 1111902) couvrant la fourniture du matériel nécessaire et la prestation de service ;
- un forfait hebdomadaire de nutrition entérale à domicile avec pompe (code 1176876) couvrant la fourniture du matériel nécessaire et la prestation de service.

Ces deux forfaits s'ajoutent aux codes de prise en charge des nutriments spécifiques à la nutrition entérale à domicile.
Ils peuvent également s'ajouter aux références :
- 1130578, 1193780 pour la délivrance des sondes naso-gastriques ou naso-entérales, 1154099 et 1152060 pour la délivrance des boutons de gastrostomie, 1168411 pour la délivrance des sondes de gastrostomie ou de jéjunostomie ;
- 1129434 pour les paniers à perfusion, 1111782, 1146349, 1126128 et 1101312 pour le pied à sérum à roulettes en cas de forfait 1 et d'utilisation d'une pompe fixe dans le forfait 2.

Les prestataires doivent impérativement :
- respecter les règles de matériovigilance ;
- établir des procédures internes écrites conformes au cahier des charges et les transmettre aux services prescripteurs ;
- assurer une prestation de soins à domicile conforme à la prescription et dans le respect des spécifications ci-dessous fixées.

Le choix du prestataire est laissé au patient. Néanmoins le service à l'origine de la prescription initiale fournit une liste aux patients des prestataires dont les caractéristiques et les procédures internes répondent au cahier des charges de la LPPR défini ci-dessous.

Forfait de première installation

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1153480	**Nutrition entérale, forfait de première installation.** Ce forfait couvre la fourniture du matériel nécessaire et la prestation de service durant les 14 premiers jours qui s'ajoute aux forfaits hebdomadaires (avec ou sans pompe). La prestation de première installation est prescrite pour une durée de 14 jours et une seule fois pour un malade. 1. La coordination et l'organisation du retour à domicile du malade, en liaison avec le service à l'origine de la prescription. 2. Une visite d'installation le jour du retour du malade à domicile. Cette visite d'installation se fait sous la responsabilité d'un personnel chargé de garantir l'application des règles professionnelles et de bonne pratique de délivrance des matériels et des services.	29 233	29 233

	Elle inclut : la formation, en complément de la formation hospitalière, avec le conseil, l'éducation et les explications au malade et à ses proches, y compris des consignes précises concernant l'hygiène et la sécurité ; la fourniture au malade d'un livret de nutrition entérale à domicile (NED) et d'un carnet de suivi. 3. Un appel téléphonique dans les 48 heures à 72 heures, est réalisé sous la responsabilité d'un personnel chargé de garantir l'application des règles professionnelles et de bonne pratique de délivrance des matériels et des services. 4. Une visite de fin de prestation de première installation des malades à domicile à 14 jours se fait sous la responsabilité d'un personnel chargé de garantir l'application des règles professionnelles et de bonne pratique de délivrance des matériels et des services.		

Forfait 1 : sans pompe

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1111902	**Nutrition entérale, forfait hebdomadaire sans pompe ou par gravité : Forfait 1, sans pompe ou par gravité :** Il couvre : - La livraison des mélanges nutritifs et des dispositifs médicaux d'administration, le cas échéant, tous les 28 jours selon la prescription. - La livraison et la mise à disposition des consommables et accessoires tels que définis ci- dessous. Une astreinte téléphonique 24 h/24 et 7 jours/7, au tarif local. - La gestion administrative du dossier du malade et la gestion de la continuité des prestations en cas de changement d'adresse temporaire du malade. - Une visite de suivi à domicile se fait sous la responsabilité d'un personnel chargé de garantir l'application des règles professionnelles et de bonne pratique de délivrance des matériels et des services : - à 3 mois puis tous les 3 mois la première année et tous les 6 mois les années suivantes chez l'adulte ; à 6 semaines puis tous les 3 mois chez l'enfant. - La surveillance de la bonne utilisation des mélanges nutritifs (stockage, date de péremption, traçabilité...) et de leur consommation. - La participation à la coordination du suivi du malade avec les médecins (prescripteur et traitant) et les auxiliaires médicaux. - Une information écrite régulière (au moins trimestrielle) au prescripteur sur le suivi des patients, les éventuels dysfonctionnements et incidents, ainsi que le compte rendu de toutes les interventions. Sont définis comme accessoires et consommables inclus dans le forfait avec leur fréquence de changement les dispositifs suivants : - tubulure avec molette manuelle pour une nutrition par gravité (1 par jour) ; - seringue à embout conique ou luer-lock de 60 ml (8 à 10 par mois) ;	10 040	10 040

	- seringue de 5 ml ou 10 ml, le cas échéant (10/mois) ; - obturateur pour sonde nasodigestive (4/mois) ; connecteur pour sonde de stomie (4 par an) ; - poche à eau et sa tubulure, si une hydratation est nécessaire (8 par mois) ; - clamp (1 à 2 par an) ; - dispositif nécessaire à la fixation externe des sondes nasodigestives et des sondes de stomies ; - raccord sonde/seringue (4 par mois).		

Forfait 2: avec pompe

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1176876	**Nutrition entérale, forfait hebdomadaire avec pompe ou régulateur de débit : Forfait 2, avec pompe ou régulateur de débit.** Le régulateur de débit doit répondre aux spécifications minimales suivantes : - moteur entraînant une tubulure adaptée et commandant le débit de la nutrition entérale par un dispositif adapté, soit à galets rotatifs, soit à galets péristaltiques, soit volumétrique ; - réglage du débit par fraction de 5 ml à 10 ml/heure chez l'adulte et de 1 ml/h chez l'enfant ; - alarmes auditive et visuelle en cas d'anomalie de fonctionnement. Un régulateur de débit est indiqué dans les situations suivantes : malades à risque de régurgitation ; alimentation nocturne ; alimentation en site jéjunal ; malades gastrectomisés ; trouble de la conscience sévère ; maldigestion, malabsorption, troubles moteurs intestinaux ; - intolérance à la nutrition par gravité (diarrhée, reflux, inhalation et météorisme douloureux) ; - malades et entourage dans l'incapacité physique de gérer une nutrition entérale à domicile (NED) par gravité ; - troubles de l'équilibre glycémique ; - enfant de moins de 16 ans. Le forfait 2 couvre : 1. La livraison des mélanges nutritifs et des dispositifs médicaux d'administration, le cas échéant, tous les 28 jours selon la prescription. 2. La livraison et la mise à disposition des consommables et accessoires tels que définis ci- dessous. 3. Une astreinte téléphonique 24 h/24 et 7 jours/7, au tarif local.	13 671	13 671

	4. La gestion administrative du dossier du malade et la gestion de la continuité des prestations en cas de changement d'adresse temporaire du malade. 5. Une visite de suivi à domicile se fait sous la responsabilité d'un personnel chargé de garantir l'application des règles professionnelles et de bonne pratique de délivrance des matériels et des services : - à 3 mois puis tous les 3 mois la première année et tous les 6 mois les années suivantes chez l'adulte ; - à 6 semaines puis tous les 3 mois chez l'enfant. 6. La surveillance de la bonne utilisation des mélanges nutritifs (stockage, date de péremption, traçabilité...) et de leur consommation. 7. La surveillance de l'état du matériel tous les 3 ou 6 mois lors de la visite de suivi. 8. Le remplacement du matériel en cas de panne dans un délai de 12 heures. 9. La fourniture d'une deuxième pompe chez l'enfant sur prescription médicale. 10. La participation à la coordination du suivi du malade avec les médecins (prescripteur et traitant) et les auxiliaires médicaux. 11. Une information écrite régulière (au moins trimestrielle) au prescripteur sur le suivi des patients, les éventuels dysfonctionnements et incidents, ainsi que le compte rendu de toutes les interventions. 12. La reprise du matériel au domicile et la désinfection. 13. L'installation du régulateur de débit et la formation au maniement du régulateur de débit, en cas de nutrition entérale nécessitant un régulateur de débit. Sont définis comme accessoires et consommables inclus dans le forfait avec leur fréquence de changement, les dispositifs suivants : - tubulure adaptée au régulateur de débit (1 par jour) ; - sac à dos et son crochet en cas de régulateur de débit portable ; - seringue à embout conique ou luer-lock de 60 ml (8 à 10 par mois) ; - seringue de 5 ml ou 10 ml, le cas échéant (10/mois) ; - obturateur pour sonde nasodigestive (4/mois) ; - connecteur pour sonde de stomie (4 par an) ; - poche à eau et sa tubulure, si une hydratation est nécessaire (8 par mois) ; - clamp (1 à 2 par an) ; - dispositif nécessaire à la fixation externe des sondes nasodigestives et des sondes de stomies ; raccord sonde/seringue (4 par mois).		

1.2.2.5.2.2. Paragraphe 2 : Produits pour nutrition entérale à domicile pour adultes

Seuls les aliments diététiques à des fins médicales spéciales (ADDFMS) conformes à la réglementation en vigueur peuvent être pris en charge. Pour tous les produits, l'étiquetage doit être conforme à la réglementation en vigueur.

La prise en charge des produits pour nutrition entérale à domicile destinés aux adultes est assurée :

1) Chez des malades dont la fonction intestinale est normale mais dénutris selon les critères de dénutrition suivants :

a. Pour les adultes de moins de 70 ans :

- perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ;
- ou indice de masse corporelle (IMC) ≤ 18,5 (hors maigreur constitutionnelle).

b. Pour les adultes de plus de 70 ans :
- perte de poids > 5 % en 1 mois ou > 10 % en 6 mois
- ou IMC < 21 ;
- ou mini nutritional assessment (MNA) < 17 (/30) ;
- ou albuminémie < 35 g/l.

2) Chez des malades ayant un risque significatif de dénutrition en raison d'une incapacité à couvrir ses besoins nutritionnels, en raison de la présence d'un ou plusieurs des trois mécanismes suivants :
- apports spontanés insuffisants par rapport aux besoins estimés ou mesurés ;
- hypermétabolisme et/ou hypercatabolisme ;
- syndrome de malabsorption.

Les besoins en macronutriments sont déterminés pour un apport nutritionnel quotidien minimum de 1 500 kcal, la nutrition entérale pouvant être exclusive.

A - Mélanges polymériques normoprotidiques (mél. poly. normoprot.) pour adultes

Les mélanges polymériques normoprotidiques sont particulièrement destinés aux malades définis ci-dessus et ayant des apports spontanés insuffisants par rapport aux besoins estimés.
Pour être pris en charge, les produits doivent avoir une composition et un conditionnement répondant aux critères suivants :
Protéines : à base de protéines entières de lait et/ou de soja : 12 % < Apport ≤ 16 % des AET du mélange.
Energie : Hypoénergétique : 0,5 kcal/ml ≤ valeur énergétique ≤ 0,9 kcal/ml
Normoénergétique : 0,9 kcal/ml < valeur énergétique < 1,2 kcal/ml
Hyperénergétique : 1,2 kcal/ml ≤ valeur énergétique ≤ 1,6 kcal/ml
Lipides : à base d'huiles végétales ou animales : 30 % ≤ Apport ≤ 35 % des AET du mélange.
La composition lipidique doit permettre de couvrir les besoins en acides gras essentiels pour une nutrition entérale exclusive apportant au moins 1 500 kcal/jour.
Aucune recommandation n'est faite pour les teneurs en acides gras monoinsaturés, en acides gras saturés et en TCM.
Glucides : à base de polysaccharides : QSP 100 % des AET du mélange.
Les produits doivent être sans lactose.
Avec ou sans fibres, quelqu'en soit le type (solubles ou insolubles). Aucune donnée scientifique actuelle ne permet de déterminer la limite de l'apport en fibres.
Conditionnements : 500 ml, 1 000 ml et 1 500 ml

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1125695	**Nutrition entérale, adulte, mél poly normoprot. hypoénerg, 500 ml.** Mélange polymérique normoprotidique et hypoénergétique pour nutrition entérale destinée aux adultes, conditionnement de 500 ml.	523	523
1108320	**Nutrition entérale, adulte, mél poly normoprot. hypoénerg, 1 000 ml.**	1 046	1 046

	Mélange polymérique normoprotidique et hypoénergétique pour nutrition entérale destinée aux adultes, conditionnement de 1 000 ml.		
1121600	**Nutrition entérale, adulte, mél poly normoprot. hypoénerg, 1 500 ml.** Mélange polymérique normoprotidique et hypoénergétique pour nutrition entérale destinée aux adultes, conditionnement de 1 500 ml.	1 568	1 568
1164264	**Nutrition entérale, adulte, mél poly normoprot. normoénerg, 500 ml.** Mélange polymérique normoprotidique et normoénergétique pour nutrition entérale destinée aux adultes, conditionnement de 500 ml.	545	545
1129747	**Nutrition entérale, adulte, mél poly normoprot. normoénerg, 1 000 ml.** Mélange polymérique normoprotidique et normoénergétique pour nutrition entérale destinée aux adultes, conditionnement de 1 000 ml.	1 091	1 091
1100413	**Nutrition entérale, adulte, mél poly normoprot. normoénerg, 1 500 ml.** Mélange polymérique normoprotidique et normoénergétique pour nutrition entérale destinée aux adultes, conditionnement de 1 500 ml.	1 636	1 636
1146071	**Nutrition entérale, adulte, mél. poly normoprot. hyperénerg, 500 ml.** Mélange polymérique normoprotidique et hyperénergétique pour nutrition entérale destinée aux adultes, conditionnement de 500 ml.	634	634
1191002	**Nutrition entérale, adulte, mél. poly normoprot. hyperénerg, 1 000 ml.** Mélange polymérique normoprotidique et hyperénergétique pour nutrition entérale destinée aux adultes, conditionnement de 1 000 ml.	1 267	1 267
1128630	**Nutrition entérale, adulte, mél. poly normoprot. hyperénerg, 1 500 ml.** Mélange polymérique normoprotidique et hyperénergétique pour nutrition entérale destinée aux adultes, conditionnement de 1 500 ml.	1 902	1 902

B - Mélanges polymériques hyperprotidiques (mél. ploly hyperprot.) pour adultes

Les mélanges polymériques hyperprotidiques sont particulièrement destinés aux malades définis ci-dessus présentant un hypermétabolisme et/ou un hypercatabolisme et aux sujets âgés ayant une carence d'apport en protéines inférieure à 0,9 g / kg / jour.
Pour être pris en charge, les produits doivent avoir une composition et un conditionnement répondant aux critères suivants :
Protéines : à base de protéines entières de lait et/ou de soja : 16 % < apport ≤ 20 % des AET du mélange.
Lipides : à base d'huiles végétales ou animales 30 % ≤ apport ≤ 35 % des AET du mélange.
La composition lipidique doit permettre de couvrir les besoins en acides gras essentiels pour une nutrition entérale exclusive apportant au moins 1 500 kcal/jour.
Aucune recommandation n'est faite pour les teneurs en acides gras monoinsaturés, en acides gras saturés et en TCM.
Glucides : à base de polysaccharides : QSP 100 % des AET du mélange.
Les produits doivent être sans lactose.
Energie : Normoénergétique : 0,9 kcal/ml < valeur énergétique < 1,2 kcal/ml
Hyperénergétique : ≤ 1,2 kcal/ml valeur énergétique ≤ 1,6 kcal/ml

Avec ou sans fibres, quel qu'en soit le type (solubles ou insolubles). Aucune donnée scientifique actuelle ne permet de déterminer la limite de l'apport en fibres.
Conditionnements : 500 ml, 1 000 ml et 1 500 ml

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1150523	**Nutrition entérale, adulte, mél poly hyperprot. normoénerg, 500 ml.** Mélange polymérique hyperprotidique et normoénergétique pour nutrition entérale destinée aux adultes, conditionnement de 500 ml.	618	618
1134323	**Nutrition entérale, adulte, mél poly hyperprot. normoénerg, 1 000 ml.** Mélange polymérique hyperprotidique et normoénergétique pour nutrition entérale destinée aux adultes, conditionnement de 1 000 ml.	1 239	1 239
1140482	**Nutrition entérale, adulte, mél poly hyperprot. normoénerg, 1 500 ml.** Mélange polymérique hyperprotidique et normoénergétique pour nutrition entérale destinée aux adultes, conditionnement de 1 500 ml.	1 857	1 857
1192007	**Nutrition entérale, adulte, mél poly hyperprot. hyperénerg, 500 ml.** Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour nutrition entérale destinée aux adultes, conditionnement de 500 ml.	640	640
1124690	**Nutrition entérale, adulte, mél poly hyperprot. hyperénerg, 1 000 ml.** Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour nutrition entérale destinée aux adultes, conditionnement de 1 000 ml.	1 281	1 281
1144920	**Nutrition entérale, adulte, mél poly hyperprot. hyperénerg, 1 500 ml.** Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour nutrition entérale destinée aux adultes, conditionnement de 1 500 ml.	1 920	1 920

C - Autres nutriments pour nutrition entérale pour adultes, les 500 ml

Société Nestlé Clinical Nutrition France SAS (Nestlé)

La prise en charge est assurée pour la nutrition périopératoire des patients ayant une chirurgie digestive carcinologique majeure programmée :
* en préopératoire, chez tous ces patients quel que soit l'état nutritionnel ;
* en postopératoire, chez les patients dénutris selon les critères définis au début du paragraphe 2 " Produits pour nutrition entérale à domicile pour adultes ".

La prescription doit être réalisée par :
* un oncologue, ou
* un anesthésiste-réanimateur, ou
* un gastro-entérologue, ou
* un chirurgien digestif.

Pour la nutrition préopératoire :
L'apport oral à domicile est à privilégier. La voie entérale est à utiliser quand la voie orale est impossible.

La durée proposée est de 7 jours.
Un apport moyen de 1 000 kcal/jour est recommandé en plus de l'alimentation spontanée.
Pour la nutrition postopératoire :
La voie d'administration est entérale. Un relai par voie orale peut être envisagé dans certains cas vers le cinquième jour postopératoire.
La durée ne doit pas être inférieure à 7 jours et doit être poursuivie jusqu'à reprise d'une alimentation orale assurant au moins 60 % des besoins nutritionnels.
Les critères retenus pour définir la dénutrition sont les suivants :
a) Pour les adultes de moins de 70 ans :
* perte de poids = 5 % en 1 mois ou = 10 % en 6 mois ; ou
* indice de masse corporelle IMC = 18,5 kg/m² (hors maigreur constitutionnelle).
b) Pour les adultes de plus de 70 ans :
* perte de poids = 5 % en 1 mois ou = 10 % en 6 mois ; ou
* IMC = 21 kg/m² ; ou
* mini nutritional assesment (MNA) = 17 (/30) ; ou
* albuminémie < 35 g/l.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1156980	**Nutrition entérale, NESTLE, nutriment standard, IMPACT ENTERAL.** La prise en charge est assurée pour bouteille de nutrition entérale SMARTFLEX de 500 ml.	2 986	2 986

Société Lactalis Nutrition Santé (Lactalis)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1108060	**Nutrition entérale, LACTALIS, nutriment standard, REALDIET Pédiatrie Fibres.**	492	492
1142535	**Nutrition entérale LACTALIS, nutriment standard, REALDIET Pédiatrie Standard.**	492	492

Société Fresenius Kabi France (Fresenius)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1195075	**Nutrition entérale, FRESENIUS, nutriment standard, FREBINI STANDARD.**	492	
1115372	**Nutrition entérale, FRESENIUS, nutriment standard, FREBINI FIBRES.**	492	
1183965	**Nut entérale, adulte, mél poly hyperprot. normoénerg, FRESENIUS, FRESUBIN, 500 ml.** Polymérique hyperprotidique et normoénergétique pour nutrition entérale destinée aux adultes, sous forme liquide, poche de 500 ml, FRESUBIN DB CONTROL de la société FRESENIUS KABI.	767	767

	La prise en charge est assurée chez les patients atteints de diabètede type 2 répondant aux conditions telles que définies au début du paragraphe 2 " Produits pour nutrition entérale à domicile ".		

Société Laboratoire Nestle Clinical Nutrition France

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1199080	**Nutrition entérale, NESTLE, nutriment standard, SONDALIS G**	492	
1125270	**Nutrition entérale, NESTLE, nutriment standard, SONDALIS JUNIOR.**	492	
1155800	**Nutrition entérale, NESTLE, nutriment standard, MODULEN IBD.**	492	
1121740	**NUT.ENTÉR, ADULTES, MÉL. SEMI-ÉLÉM. NORMOPROT. NORMORÉNERG. NESTLE, PEPTAMEN 500 ML**	1 073	1 073
1125519	**NUT.ENTÉR., ADULTES, MÉL. SEMI-ÉLÉM. HYPERPROT. HYPERÉNERG., NESTLÉ, PEPTAMEN HN, 500 ML**	1 073	1 073

Société Nutricia

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1195916	**Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment standard, NUTRINI.**	492	
1117974	**Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment standard, NUTRINI MULTIFIBRES.**	492	
1136730	**Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment standard, Nutrini Max.**	492	
1175262	**Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment standard, Nutrini Max Multi Fibre.**	492	
1114119	**Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment hyperénergétique, NUTRINI ENERGY.**	532	
1197223	**Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment hyperénergétique, NUTRINI NRJ MULTIFIBRES. Nutriment NUTRINI ENERGY MULTIFIBRES.**	532	
1132502	**Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment hyperénergétique, Nutrini Max Energy.**	532	
1118241	**Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment hyperénergétique, Nutrini Max NRJ Multi Fibre.**	532	

Société Nutricia France

La prise en charge est assurée pour les nourrissons de moins d'un an, ou de moins de 8 kg, présentant une dénutrition ou chez lesquels l'alimentation orale est impossible, difficile ou insuffisante, ayant un tube digestif sain, nécessitant un apport volumétrique restreint et présentant, notamment, une des indications suivantes :

- pathologies malformatives (axe digestif et respiratoire) ;
- pathologies neurologiques ;
- séquelles de prématurité ;

209

- cardiopathies congénitales ;
- dermatoses sévères ;
- maladies hématologiques d'apparition précoce ;
- assistance nutritionnelle péri-opératoire des interventions chirurgicales lourdes.
-

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1171270	**Nutrition entérale, NUTRICIA France, nutriment standard, les 100 ml, INFATRINI.**	166	

Société Mead Johnson

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1186403	**Nutrition entérale, MEAD JOHNSON, nutriment hyperénergétique, PREGESTIMIL**	532	

Société Nestle Clinical Nutrition France

La prise en charge est assurée dans les indications suivantes :
- insuffisance pancréatique aiguë ;
- grêles courts ;
- maladies inflammatoires du grêle ;
- syndromes de malabsorption sévère.
-

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1197275	**Nutrition entérale, NESTLE, nutriment spécifique, PEPTAMEN.**	589	
1185415	**Nutrition entérale, NESTLE, nutriment spécifique, PEPTAMEN HN.**	589	

1.2.2.5.2.3. Paragraphe 3 : Produits pour nutrition orale et entérale à domicile pour les enfants de moins de seize ans

Seuls les aliments diététiques à des fins médicales spéciales (ADDFMS) conformes à la réglementation en vigueur peuvent être pris en charge. Compte tenu des besoins de l'enfant en sodium, l'apport en sodium des produits prêts à l'emploi est fixé à la borne supérieure de la réglementation en vigueur relative aux ADDFMS.
Pour tous les produits, l'étiquetage doit être conforme à la réglementation en vigueur.
La prise en charge des produits pour nutrition orale et entérale à domicile destinés aux enfants de moins de seize ans est assurée chez des malades dont la fonction intestinale est normale mais dénutris selon les critères de dénutrition suivants :

*un rapport poids/taille < 90 % ou un rapport taille/âge < 95 % ;
*une stagnation pondérale par classe d'âge selon les critères suivants :

Classe d'âge et critères quantitatifs de stagnation pondérale
0 à 6 mois : Prise de poids < 500 g/mois pendant ≥ 1 mois.

6 à 12 mois : Prise de poids <300 g/mois pendant ≥ 2 mois.
12 à 36 mois : Prise de poids < 150 g/mois pendant ≥3 mois.
3 à 6 ans : Poids bloqué pendant > 3 mois ou perte de poids pendant > 2 mois.
6 à 16 ans : Poids bloqué pendant > 6 mois ou perte de poids pendant 2 mois.
Chez des enfants ayant un risque significatif de dénutrition en raison d'une incapacité à couvrir ses besoins nutritionnels, en raison de la présence d'un ou plusieurs des trois mécanismes suivants :
* apports spontanés insuffisants par rapport aux besoins estimés ou mesurés ;
* hypermétabolisme et/ou hypercatabolisme ;
* syndrome de malabsorption.
La prise en charge nutritionnelle doit toujours débuter en première intention par un soutien diététique, l'enrichissement de l'alimentation naturelle étant essentiel, puis par une tentative de complémentation nutritionnelle orale (CNO).
Chez l'enfant de plus de trois ans, lorsqu'une CNO est nécessaire, les produits destinés aux adultes peuvent être utilisés compte tenu de la durée limitée que doit avoir la CNO et de la notion de complémentation, et non de substitution, orale.
En cas d'échec de la CNO, la nutrition entérale est alors envisagée.
La nutrition entérale est indiquée en première intention lors de contre-indication à la voie orooesophagienne et lors de pathologies intestinales justifiant une administration à débit continu.
Les modalités d'utilisation définies ci-dessous sont d'ordre général.
Il n'est pas défini de durées de traitement et de quantités à administrer. Elles ne peuvent être systématisées et dépendent de :
- l'âge, la taille et la maturation pubertaire ;
- l'état nutritionnel ;
- le risque nutritionnel ;
- la pathologie sous-jacente ;
- la tolérance au traitement entrepris.

A - Mélanges polymériques normoprotidiques et normoénergétiques à base de protéines animales ou végétales (mél. poly. normoprot. normoénerg.)

Les mélanges polymériques normoprotidiques et normoénergétiques à base de protéines animales ou végétales sont destinés aux enfants définis ci-dessus et ayant des apports spontanés insuffisants par rapport aux besoins estimés.
Destinés exclusivement à la nutrition entérale chez les enfants dont l'alimentation orale est insuffisante ou impossible, ces mélanges doivent permettre l'adaptation directe d'une tubulure de nutrition entérale de façon à maintenir le circuit fermé et être prêts à l'emploi.

Mélanges polymériques normoprotidiques et normoénergétiques à base de protéines animales ou végétales (mél. poly. normoprot. normoénerg.) destinés aux enfants de moins d'un an

Ces produits doivent être conformes à la réglementation en relative aux aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales.
Aucune spécificité nutritionnelle minimale particulière n'est définie. Les exigences demandées pour ces produits sont les mêmes que celles imposées aux préparations pour nourrissons et aux préparations de suite.
La prise en charge est assurée pour les conditionnements : 200-250 ml et 500 ml.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1116058	**Nutrition entérale, mél. poly. normoprot. normoénerg. < un an, 200 ml.** Mélange polymérique normoprotidique et normoénergétique pour nutrition entérale destinée aux enfants de moins d'un an, conditionnement de 200 ml.	283	283
1157465	**Nutrition entérale, mél. poly. normoprot. normoénerg. < un an, 250 ml.** Mélange polymérique normoprotidique et normoénergétique pour nutrition entérale destinée aux enfants de moins d'un an, conditionnement de 250 ml.	352	352
1121898	**Nutrition entérale, mél. poly. normoprot. normoénerg. < un an, 500 ml.** Mélange polymérique normoprotidique et normorénergétique pour nutrition entérale destinée aux enfants de moins d'un an, conditionnement de 500 ml.	709	709

Mélanges polymériques normoprotidiques et normoénergétiques à base de protéines animales ou végétales (mél. poly. normoprot. normoénerg.) destinés aux enfants d'un an jusqu'à trois ans

Pour être pris en charge, les produits doivent avoir une composition et un conditionnement répondant aux critères suivants :
Valeur énergétique : 0,8 - 1,2 kcal/ml (bornes incluses) ;
Protéines : A base de protéines entières de lait et/ou de soja : 2 g/100 kcal ≤ Apport ≤ 2,5 g/100 kcal.
Lipides : ≤ 40 % Apport ≤ 50 % des AET du mélange. La composition lipidique doit respecter les ANC.
Glucides : A base de polysaccharides : QSP 100 % des AET du mélange.
Conditionnements : 200-250 ml et 500 ml.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1190570	**Nutrition entérale, mél. poly. normoprot. normoénerg., un an à trois ans, 200 ml.** Mélange polymérique normoprotidique et normoénergétique pour nutrition entérale destinée aux enfants de plus d'un an jusqu'à trois ans, conditionnement de 200 ml.	283	283
1185332	**Nutrition entérale, mél. poly. normoprot. normoénerg., un an à trois ans, 250 ml.** Mélange polymérique normoprotidique et normoénergétique pour nutrition entérale destinée aux enfants de plus d'un an jusqu'à trois ans, conditionnement de 250 ml.	352	352
1190020	**Nutrition entérale, mél. poly. normoprot. normoénerg., un an à trois ans, 500 ml.** Mélange polymérique normoprotidique et normorénergétique pour nutrition entérale destinée aux enfants de plus d'un an jusqu'à trois ans, conditionnement de 500 ml.	709	709

Mélanges polymériques normoprotidiques et normoénergétiques à base de protéines animales ou végétales (mél. poly. normoprot. normoénerg.) destinés aux enfants de plus de trois ans

Pour être pris en charge, les produits doivent avoir une composition et un conditionnement répondant aux critères suivants :

Valeur énergétique : 0,8 - 1,2 kcal/ml (bornes incluses).
Protéines : A base de protéines entières de lait et/ou de soja : 2 g/100 kcal ≤ Apport ≤ 2,5 g/100 kcal.
Lipides : 30 % ≤ Apport ≤ 40 % des AET du mélange. La composition lipidique doit respecter les ANC.
Glucides : A base de polysaccharides : QSP 100 % des AET du mélange.
Conditionnements : 500 ml et 1 000 ml.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1108142	**Nutrition entérale, mél. poly. normoprot. normoénerg. > trois ans, 500 ml.** Mélange polymérique normoprotidique et normoénergétique pour nutrition entérale destinée aux enfants de plus de trois ans, conditionnement de 500 ml.	709	709
1116325	**Nutrition entérale, mél. poly. normoprot. normoénerg. > trois ans, 1 000 ml.** Mélange polymérique normoprotidique et normoénergétique pour nutrition entérale destinée aux enfants de plus de trois ans, conditionnement de 1 000 ml.	1 415	1 415

B - Mélanges polymériques hyperprotidiques et hyperénergétiques à base de protéines entières animales ou végétales (mél. poly. hyperprot. hyperénerg.)

Les mélanges polymériques hyperprotidiques sont particulièrement destinés aux enfants définis ci-dessus présentant un hypermétabolisme et/ou un hypercatabolisme ou nécessitant une restriction hydrique.

Mélanges polymériques hyperprotidiques et hyperénergétiques à base de protéines entières animales ou végétales (mél. poly. hyperprot. hyperénerg.) destinés aux enfants de moins d'un an

Ces mélanges doivent être utilisables par voie orale (biberon) ou entérale. Ils doivent donc permettre l'adaptation directe d'une tubulure de nutrition entérale de façon à maintenir le circuit fermé et être prêts à l'emploi.
La nature des protéines, lipides et glucides doit être conforme à la réglementation en vigueur relative aux aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales.
Pour être pris en charge, les produits doivent avoir une composition et un conditionnement répondant aux critères suivants :
Valeur énergétique : 0,9 - 1,1 kcal/ml (bornes incluses).
Protéines : 2,5 g/100 kcal < Apport ≤ 3,5 g/100 kcal. Lipides : 45 % ≤ Apport ≤ 50 % des AET du mélange. Les apports quantitatifs en acides gras essentiels doivent être conformes aux ANC et, en l'absence de consensus dans la littérature, la composition lipidique qualitative doit être proche des ANC.
Glucides : QSP 100 % des AET du mélange.
Conditionnements : 200-250 ml et 500 ml.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1125086	**Nutrition orale, mél. poly. hyperprot. hyperénerg. < un an, 200 ml.** Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour nutrition orale destinée aux enfants de moins d'un an, conditionnement de 200 ml.	263	346

1120999	**Nutrition orale, mél. poly. hyperprot. hyperénerg. _ un an, 4 × 200 ml.** Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour nutrition orale destinée aux enfants de moins d'un an, conditionnement de 4 bouteilles de 200 ml.	1 051	1 383
1194839	**Nutrition orale, mél. poly. hyperprot. hyperénerg. < un an, 250 ml.** Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour nutrition orale destinée aux enfants de moins d'un an, conditionnement de 250 ml.	328	410
1105215	**Nutrition orale, mél. poly. hyperprot. hyperénerg. < un an, 500 ml.** Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour nutrition orale destinée aux enfants de moins d'un an, conditionnement de 500 ml.	656	823
1110162	**Nutrition entérale, mél. poly. hyperprot. hyperénerg. < un an, 200 ml.** Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour nutrition entérale destinée aux enfants de moins d'un an, conditionnement de 200 ml.	350	350
1167251	**Nutrition entérale, mél. poly. hyperprot. hyperénerg. < un an, 250 ml.** Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour nutrition entérale destinée aux enfants de moins d'un an, conditionnement de 250 ml.	436	436
1189815	**Nutrition entérale, mél. poly. hyperprot. hyperénerg. < un an, 500 ml.** Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour nutrition entérale destinée aux enfants de moins d'un an, conditionnement de 500 ml.	873	873

Mélanges polymériques hyperprotidiques et hyperénergétiques à base de protéines entières animales ou végétales (mél. poly. hyperprot. hyperénerg.) destinés aux enfants de plus d'un an jusqu'à trois ans

Destinés exclusivement à la nutrition entérale chez les enfants dont l'alimentation orale est insuffisante ou impossible, ces mélanges doivent permettre l'adaptation directe d'une tubulure de nutrition entérale de façon à maintenir le circuit fermé et être prêts à l'emploi.
Pour être pris en charge, les produits doivent avoir une composition et un conditionnement répondant aux critères suivants :
Valeur énergétique : 1,3 - 1,5 kcal/ml (bornes incluses).
Protéines : A base de protéines entières de lait et/ou de soja : 2,5 g/100 kcal < Apport $\leq$ 4,5 g/100 kcal.
Lipides : 40 % $\leq$ Apport $\leq$ 50 % des AET du mélange. La composition lipidique doit respecter les ANC.
Glucides : A base de polysaccharides : QSP 100 % des AET du mélange.
Conditionnements : 200-250 ml et 500 ml.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1106976	**Nutrition entérale, mél. poly. hyperprot. hyperénerg., un an à trois ans, 200 ml.** Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour nutrition entérale destinée aux enfants de plus d'un an jusqu'à trois ans, conditionnement de 200 ml.	350	350
1130348	**Nutrition entérale, mél. poly. hyperprot. hyperénerg., un an à trois ans, 250 ml**	436	436

	Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour nutrition entérale destinée aux enfants de plus d'un an jusqu'à trois ans, conditionnement de 250 ml.		
1141814	**Nutrition entérale, mél. poly. hyperprot. hyperénerg., un an à trois ans, 500 ml.** Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour nutrition entérale destinée aux enfants de plus d'un an jusqu'à trois ans, conditionnement de 500 ml.	873	873

Mélanges polymériques hyperprotidiques et hyperénergétiques à base de protéines entières animales ou végétales (mél. poly. hyperprot. hyperénerg.) destinés aux enfants de plus de trois ans

Destinés exclusivement à la nutrition entérale chez les enfants dont l'alimentation orale est insuffisante ou impossible, ces mélanges doivent permettre l'adaptation directe d'une tubulure de nutrition entérale de façon à maintenir le circuit fermé et être prêts à l'emploi.
Pour être pris en charge, les produits doivent avoir une composition et un conditionnement répondant aux critères suivants :
Valeur énergétique : 1,3 - 1,5 kcal/ml (bornes incluses).
Protéines : A base de protéines entières de lait et/ou de soja : 2,5 g/100 kcal < Apport $\leq$ 4,5 g/100 kcal.
Lipides : 30 % $\leq$ Apport $\leq$ 40 % des AET du mélange. La composition lipidique doit respecter les ANC.
Glucides : A base de polysaccharides : QSP 100 % des AET du mélange.
Conditionnements : 500 ml et 1 000 ml.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1129724	**Nutrition entérale, mél. poly. hyperprot. hyperénerg. > 3 ans, 500 ml.** Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour nutrition entérale destinée aux enfants de plus de trois ans, conditionnement de 500 ml.	873	873
1169149	**Nutrition entérale, mél. poly. hyperprot. hyperénerg. > 3 ans, 1 000 ml.** Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour nutrition entérale destinée aux enfants de plus de trois ans, conditionnement de 1 000 ml.	1 744	1 744

C - Mélanges dont l'apport protéique est à base d'hydrolysat de protéine, enrichis en TCM et sans lactose (hydrolysat prot. + TCM)

La prise en charge est assurée pour les enfants atteints du syndrome de malabsorption ou en cas de diarrhée aiguë du nourrisson de moins de six mois.
Les produits destinés aux enfants souffrant de malabsorption ou maldigestion doivent apporter des TCM. La présence d'acides aminés libres est moins favorable que celle de di ou tripeptides pour l'absorption protéique, elle augmente de plus l'osmolarité. Leur tolérance est de ce fait potentiellement moins bonne dans les pathologies de l'absorption.
Par contre la présence de grosses molécules protéiques en faible quantité n'est pas préjudiciable pour ces patients.
La composition des mélanges dont l'apport protéique est à base d'hydrolysat de protéine, enrichis en TCM et sans lactose, doit être conforme à l'arrêté du 11 avril 2008 relatif aux préparations pour nourrissons et aux préparations de suite. Néanmoins, des spécificités nutritionnelles supplémentaires sont fixées.
Pour les protéines : Plus de 70 % de l'apport protéique doit être réalisé avec des substances de poids moléculaire inférieur ou égal à 1 000 Da, avec prédominance de dipeptides et de tripeptides.

Pour les lipides : TCM : 40 % ≤ Apport ≤ 60 % des lipides totaux. Les apports en acides gras essentiels doivent être conformes aux ANC. En l'absence de consensus dans la littérature, en dehors de l'apport en TCM la composition lipidique résiduelle qualitative doit être proche des ANC. L'huile d'arachide n'est pas autorisée.
Pour les glucides : Les produits doivent être à base de maltodextrines et sans lactose.
Les produits doivent être sans fibres.

Mélanges prêts à l'emploi pour l'enfant de moins d'un an

Ces mélanges exclusivement destinés à la nutrition entérale doivent permettre l'adaptation directe d'une tubulure de nutrition entérale de façon à maintenir le circuit fermé. Pour être pris en charge, les produits doivent avoir une composition et un conditionnement répondant aux critères suivants :
Valeur énergétique : 0,65 - 0,80 kcal/ml (bornes incluses).
Protéines : 2,25 g/100 kcal ≤ Apport ≤ 3,5 g/100 kcal.
Lipides : 45 % ≤ Apport ≤ 50 % des AET du mélange.
Glucides : A base de polysaccharides : QSP 100 % des AET du mélange.
Conditionnements : 200-250 ml et 500 ml

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1129428	**Nutrition entérale, hydrolysat prot. + TCM < un an, 200 ml.** Mélange dont l'apport protéique est à base d'hydrolysat de protéine, enrichis en TCM et sans lactose pour nutrition entérale destinée aux enfants de moins d'un an, conditionnement de 200 ml.	456	456
1169184	**Nutrition entérale, hydrolysat prot. + TCM < un an, 250 ml.** Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour nutrition entérale destinée aux enfants de moins d'un an, conditionnement de 250 ml.	567	567
1189301	**Nutrition entérale, hydrolysat prot. + TCM < un an, 500 ml.** Mélange dont l'apport protéique est à base d'hydrolysat de protéine, enrichis en TCM et sans lactose pour nutrition entérale destinée aux enfants de moins d'un an, conditionnement de 500 ml.	1 135	1 135

Mélanges prêts à l'emploi pour l'enfant de plus d'un an

Ces mélanges exclusivement destinés à la nutrition entérale doivent permettre l'adaptation directe d'une tubulure de nutrition entérale de façon à maintenir le circuit fermé. Pour être pris en charge, les produits doivent avoir une composition et un conditionnement répondant aux critères suivants :
Valeur énergétique : 0,80 - 1,2 kcal/ml (bornes incluses).
Protéines : 2,25 g/100 kcal ≤ Apport ≤ 4,5 g/100 kcal.
Lipides : 35 % ≤ Apport ≤ 45 % des AET du mélange.
Les mélanges destinés à l'enfant d'un an à trois ans doivent se rapprocher de la borne de 45 % et les mélanges destinés à l'enfant de plus de trois ans doivent se rapprocher de la borne 35 %.
Glucides : QSP 100 % des AET du mélange.
Conditionnements : 500 ml et 1 000 ml.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1199788	**Nutrition entérale, hydrolysat prot + TCM > un an, 500 ml.** Mélange dont l'apport protéique est à base d'hydrolysat de protéine, enrichis en TCM et sans lactose pour nutrition entérale destinée aux enfants de plus d'un an, conditionnement de 500 ml.	1 135	1 135
1136256	**Nutrition entérale, hydrolysat prot + TCM > un an, 1 000 ml.** Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour nutrition entérale destinée aux enfants de plus d'un an, conditionnement de 1 000 ml.	2 271	2 271

Mélanges sous forme de poudre à reconstituer ou forme buvable prêt à l'emploi, quel que soit l'âge

Pour être pris en charge, les produits doivent avoir une composition et un conditionnement répondant aux critères suivants : Valeur énergétique : 0,65 - 0,80 kcal/ml (bornes incluses).
Protéines : 2,25 g/100 kcal ≤ Apport ≤ 3,5 g/100 kcal.
Lipides : 40 % ≤ Apport ≤ 50 % des AET du mélange.
Glucides : QSP 100 % des AET du mélange.
Ces apports sont définis pour la reconstitution préconisée par le laboratoire. La reconstitution peut être modulée par le prescripteur, en fonction de l'état clinique.
Conditionnements : boîte unitaire de 400 à 500 grammes pour les poudres à reconstituer. 200 ml pour les formes prêtes à l'emploi.
Ces produits sont destinés aux voies entérale et orale.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1101795	**Nut. orale, hydrolysat prot + TCM, enfant, poudre, 13 rations de 200 ml.** Mélange dont l'apport protéique est à base d'hydrolysat de protéine, enrichis en TCM et sans lactose pour nutrition orale destinée aux enfants quel que soit l'âge, poudre à reconstituer en boîte de 400 g à 500 g, 13 rations de 200 ml reconstitués.	1 867	2 948
1162510	**Nut. orale, hydrolysat prot + TCM, enfant, poudre, 15 rations de 200 ml.** Mélange dont l'apport protéique est à base d'hydrolysat de protéine, enrichis en TCM et sans lactose pour nutrition orale destinée aux enfants quel que soit l'âge, poudre à reconstituer en boîte de 400 g à 500 g, 15 rations de 200 ml reconstitués.	2 155	3 402
1120947	**Nut. orale, hydrolysat prot + TCM, enfant, poudre, 17 rations de 200 ml.** Mélange dont l'apport protéique est à base d'hydrolysat de protéine, enrichis en TCM et sans lactose pour nutrition orale destinée aux enfants quel que soit l'âge, poudre à reconstituer en boîte de 400 g à 500 g, 17 rations de 200 ml reconstitués.	2 442	3 855
1175233	**Nut. orale, hydrolysat prot + TCM, enfant, 200 ml.** Mélange dont l'apport protéique est à base d'hydrolysat de protéine, enrichis en TCM et sans lactose pour nutrition orale destinée aux enfants quel que soit l'âge, conditionnement de 200 ml prêt à l'emploi.	143	226
1109101	**Nut. entérale, hydrolysat prot + TCM, enfant, poudre, 13 rations de 200 ml.**	1 967	1 967

	Mélange dont l'apport protéique est à base d'hydrolysat de protéine, enrichis en TCM et sans lactose pour nutrition entérale destinée aux enfants quel que soit l'âge, poudre à reconstituer en boîte de 400 g à 500 g, 13 rations de 200 ml reconstitués.		
1125420	**Nut. entérale, hydrolysat prot + TCM, enfant, poudre, 15 rations de 200 ml.** Mélange dont l'apport protéique est à base d'hydrolysat de protéine, enrichis en TCM et sans lactose pour nutrition entérale destinée aux enfants quel que soit l'âge, poudre à reconstituer en boîte de 400 g à 500 g, 15 rations de 200 ml reconstitués.	2 271	2 271
1105008	**Nut. entérale, hydrolysat prot + TCM, enfant, poudre, 17 rations de 200 ml.** Mélange dont l'apport protéique est à base d'hydrolysat de protéine, enrichis en TCM et sans lactose pour nutrition entérale destinée aux enfants quel que soit l'âge, poudre à reconstituer en boîte de 400 g à 500 g, 17 rations de 200 ml reconstitués.	2 572	2 572
1177775	**Nut. entérale, hydrolysat prot + TCM, enfant, 200 ml.** Mélange dont l'apport protéique est à base d'hydrolysat de protéine, enrichis en TCM et sans lactose pour nutrition entérale destinée aux enfants quel que soit l'âge, conditionnement de 200 ml prêt à l'emploi.	151	151

D - Mélanges dont l'apport protéique est à base d'hydrolysats de protéine, à l'exclusion des produits exclusivement constitués d'acides aminés (hydrolysat prot. hors AA seuls)

La prise en charge est assurée est assurée en cas d'allergie avérée aux protéines du lait de vache, dont le diagnostic est posé dans un établissement de santé comportant une activité spécialisée dans le suivi de cette affection.
Ces produits ne sont pas spécifiques d'une classe d'âge, mais sont principalement destinés aux enfants de moins de dix-huit mois, pour une substitution nutritionnelle orale. Ils peuvent être présentés sous forme de poudre ou de mélange prêt à l'emploi.
Pour être pris en charge, les produits doivent avoir une composition et un conditionnement répondant aux critères suivants :
Valeur énergétique : 0,65 - 0,80 kcal/ml (bornes incluses).
Protéines : 2,25 g/100 kcal < Apport $\leq$ 3,5 g/100 kcal. La quantité de protéines immuno-réactives doit être inférieure à 1 % des substances azotée du mélange.
Des essais cliniques doivent avoir démontré que le mélange est toléré par au moins 90 %, des enfants ayant une allergie documentée aux protéines du lait de vache.
Lipides : 43 % $\leq$ Apport $\leq$ 50 % des AET du mélange. Il n'y a aucun avantage à ce que les produits contiennent des TCM dans les problèmes allergiques (absence de troubles de l'absorption). La nature des lipides doit être conforme à la réglementation en vigueur relative aux préparations pour nourrissons et aux préparations de suite.
Glucides : QSP 100 % des AET du mélange. Ces produits peuvent contenir du lactose, sous réserve d'une absence garantie de traces de protéines du lait de vache. La nature des glucides doit être conforme à la réglementation en vigueur relative aux préparations pour nourrissons et aux préparations de suite.
Conditionnement : boîte unitaire de 400 à 500 grammes pour les poudres à reconstituer 200-250 ml et 500 ml pour les produits prêt à l'emploi.
Cette ligne exclut les laits dits HA (hypoallergéniques).

Code	**Nomenclature**	**Tarif en F.CFP**	**PLV en F.CFP TTC**
1179159	**Nut. orale, hydrolysat prot. hors AA seuls, enfant, poudre, 13 rations de 200 ml.**	1 871	2 951

	Mélange pour nutrition orale dont l'apport protéique est à base d'hydrolysat de protéine, à l'exclusion des produits exclusivement constitués d'acides aminés destinée aux enfants quel que soit l'âge, poudre à reconstituer en boîte de 400 g à 500 g, 13 rations de 200 ml reconstitués.		
1168049	**Nut. orale, hydrolysat prot. hors AA seuls, enfant, poudre, 15 rations de 200 ml.** Mélange pour nutrition orale dont l'apport protéique est à base d'hydrolysat de protéine, à l'exclusion des produits exclusivement constitués d'acides aminés destinée aux enfants quel que soit l'âge, poudre à reconstituer en boîte de 400 g à 500 g, 15 rations de 200 ml reconstitués.	2 155	3 402
1115219	**Nut. orale, hydrolysat prot. hors AA seuls, enfant, poudre, 17 rations de 200 ml.** Mélange pour nutrition orale dont l'apport protéique est à base d'hydrolysat de protéine, à l'exclusion des produits exclusivement constitués d'acides aminés destinée aux enfants quel que soit l'âge, poudre à reconstituer en boîte de 400 g à 500 g, 17 rations de 200 ml reconstitués.	2 442	3 855
1141790	**Nut. orale, hydrolysat prot. hors AA seuls, enfant, 200 ml.** Mélange pour nutrition orale dont l'apport protéique est à base d'hydrolysat de protéine, à l'exclusion des produits exclusivement constitués d'acides aminés destinée aux enfants quel que soit l'âge, conditionnement de 200 ml prêt à l'emploi.	143	226
1138657	**Nut. orale, hydrolysat prot. hors AA seuls, enfant, 250 ml.** Mélange pour nutrition orale dont l'apport protéique est à base d'hydrolysat de protéine, à l'exclusion des produits exclusivement constitués d'acides aminés destinée aux enfants quel que soit l'âge, conditionnement de 250 ml prêt à l'emploi.	180	263
1171287	**Nut. orale, hydrolysat prot. hors AA seuls, enfant, 500 ml.** Mélange pour nutrition orale dont l'apport protéique est à base d'hydrolysat de protéine, à l'exclusion des produits exclusivement constitués d'acides aminés destinée aux enfants quel que soit l'âge, conditionnement de 500 ml prêt à l'emploi.	359	525

E - Autres produits

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1175931	**Nut entér, mél semi-élém, normoprot, normoénerg, NESTLE, PEPTAMEN JUNIOR, 500 ml.** Mélange semi-élémentaire, normoénergétique, normoprotidique, destiné à des fins médicales spéciales (ADDFMS) pour nutrition entérale à domicile des enfants, PEPTAMEN JUNIOR, de la société Nestlé Clinical Nutrition France (NESTLE), la poche de 500 ml. La prise en charge de PEPTAMEN JUNIOR est assurée chez les enfants âgés de 1 à 12 ans, non allergiques aux protéines de lait, dénutris ou à risque de dénutrition, ayant un syndrome de malabsorption digestive sévère quelle qu'en soit l'origine, dont les besoins ne peuvent être couverts par une alimentation normale et répondant aux conditions telles que définies au début du paragraphe 3 "Produits pour nutrition orale et entérale à domicile pour les enfants de moins de seize ans ".	1 170	1 170
1134576	**Nut. orale, enfant de moins de 1 an, MEAD JOHNSON, NUTRAMIGEN AA, bte 400 g.**	7 725	9 174

	Aliment diététique, poudre, à base d'acides aminés synthétiques, pour les enfants de moins de 1 an, NUTRAMIGEN AA, la boîte de 400 g de la société MEAD JOHNSON NUTRITION France. La prise en charge de NUTRAMIGEN AA est assurée en seconde intention, chez les enfants de moins de 1 an, en cas d'échec des hydrolysats poussés de protéines, après un traitement d'épreuve constatant la reprise de poids et la disparition des symptômes, dans le traitement des allergies aux protéines de lait de vache et ou des polyallergies alimentaires. Le diagnostic d'allergie avérée aux hydrolysats de protéines doit être posé et la prescription initiale effectuée dans un établissement de santé comportant une activité spécialisée dans le suivi de cette affection. Les prescriptions de suivi ultérieur (renouvellements) peuvent être effectuées par le médecin traitant. Une réévaluation annuelle doit être effectuée soit par le spécialiste du service à l'origine de la prescription initiale, soit par un autre service du même établissement de soins, soit par un autre établissement de soins. La prise en charge est réservée aux enfants de moins de 1 an.		
1114237	**Nut orale, enfant de moins de 1 an, NUTRICIA, NEOCATE, bte 400 g** Aliment diététique, poudre, à base d'acides aminés synthétiques, pour les enfants de moins de 1 an, NEOCATE de la société NUTRICIA NUTRITION CLINIQUE, la boîte de 400 g. INDICATIONS : Diagnostic et traitement de l'allergie aux hydrolysats de protéines pour les besoins nutritionnels des enfants de moins de 1 an, dans les pathologies suivantes : - allergies aux hydrolysats poussés de protéines, - polyallergies alimentaires. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : Le diagnostic d'allergie avérée aux hydrolysats de protéines doit être posé et la prescription initiale effectuée dans un établissement de santé comportant une activité spécialisée dans le suivi de cette affection. Les prescriptions de suivi ultérieur (renouvellements) peuvent être effectuées par le médecin traitant. Une réévaluation annuelle doit être effectuée soit par le spécialiste du service à l'origine de la prescription initiale, soit par un autre service du même établissement de soins, soit par un autre établissement de soins.	7 099	8 429
1134984	**Nut orale, enfant > 1 an, NUTRICIA, NEOCATE ADVANCE, B/10.** Aliment diététique, poudre non aromatisée, à base d'acides aminés synthétiques, pour les enfants de plus d'un an, NEOCATE ADVANCE, de la société NUTRICIA NUTRITION CLINIQUE, les 10 sachets de 100 g. INDICATIONS Diagnostic et traitement de l'allergie aux hydrolysats de protéines pour les besoins nutritionnels des enfants de 1 an jusqu'à 10 ans, dans les pathologies suivantes : - allergies aux hydrolysats poussés de protéines, - polyallergies alimentaires. Traitement de l'œsophagite à éosinophiles chez l'enfant de 1 an à 18 ans.	17 456	20 781

	MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Le diagnostic d'allergie avérée aux hydrolysats de protéines doit être posé et la prescription initiale effectuée dans un établissement de santé comportant une activité spécialisée dans le suivi de cette affection. Les prescriptions de suivi ultérieur (renouvellements) peuvent être effectuées par le médecin traitant. Une réévaluation annuelle doit être effectuée soit par le spécialiste du service à l'origine de la prescription initiale, soit par un autre service du même établissement de soins, soit par un autre établissement de soins.		
1197430	**Nut orale, enfant > 1 an, NUTRICIA, NEOCATE ADVANCE arom., B/15.** Aliment diététique, poudre aromatisée, à base d'acides aminés synthétiques, pour les enfants de plus d'un an, NEOCATE ADVANCE AROMATISÉ de la société NUTRICIA NUTRITION CLINIQUE, les 15 sachets de 50 g. INDICATIONS : Diagnostic et traitement de l'allergie aux hydrolysats de protéines pour les besoins nutritionnels des enfants de 1 an jusqu'à 10 ans, dans les pathologies suivantes : - allergies aux hydrolysats poussés de protéines, - polyallergies alimentaires. Traitement de l'œsophagite à éosinophiles chez l'enfant de 1 an à 18 ans. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Le diagnostic d'allergie avérée aux hydrolysats de protéines doit être posé et la prescription initiale effectuée dans un établissement de santé comportant une activité spécialisée dans le suivi de cette affection. Les prescriptions de suivi ultérieur (renouvellements) peuvent être effectuées par le médecin traitant. Une réévaluation annuelle doit être effectuée soit par le spécialiste du service à l'origine de la prescription initiale, soit par un autre service du même établissement de soins, soit par un autre établissement de soins.	13 092	15 586
1107711	**Nut orale, enfant > 1 an, NUTRICIA, NEOCATE ADVANCE, bte 400g.** Aliment diététique, poudre non aromatisée, à base d'acides aminés synthétiques, pour les enfants de plus d'un an, NEOCATE ADVANCE, de la société NUTRICIA NUTRITION CLINIQUE, la boîte de 400 g. NDICATIONS Diagnostic et traitement de l'allergie aux hydrolysats de protéines pour les besoins nutritionnels des enfants de 1 an jusqu'à 10 ans, dans les pathologies suivantes : - allergies aux hydrolysats poussés de protéines, - polyallergies alimentaires. Traitement de l'œsophagite à éosinophiles chez l'enfant de 1 an à 18 ans. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Le diagnostic d'allergie avérée aux hydrolysats de protéines doit être posé et la prescription initiale effectuée dans un établissement de santé comportant une activité spécialisée dans le suivi de cette affection. Les prescriptions de suivi ultérieur (renouvellements) peuvent être effectuées par le médecin traitant.	6 983	8 313

	Une réévaluation annuelle doit être effectuée soit par le spécialiste du service à l'origine de la prescription initiale, soit par un autre service du même établissement de soins, soit par un autre établissement de soins.		
1128067	**Nut orale, enfant > 1 an, NUTRICIA, NEOCATE ACTIVE, B/15.** Aliment diététique, poudre non aromatisée enrichie en fer et en calcium, à base d'acides aminés synthétiques, pour les enfants de plus d'un an, NEOCATE ACTIVE, de la société NUTRICIA NUTRITION CLINIQUE, les 15 sachets de 63 g. INDICATIONS Diagnostic et traitement de l'allergie aux hydrolysats de protéines pour les besoins nutritionnels en particulier en calcium et en fer des enfants de 1 an jusqu'à 10 ans, dans les pathologies suivantes : - allergies aux hydrolysats poussés de protéines, - polyallergies alimentaires. Traitement de l'œsophagite à éosinophiles chez l'enfant de 1 an à 18 ans. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Le diagnostic d'allergie avérée aux hydrolysats de protéines doit être posé et la prescription initiale effectuée dans un établissement de santé comportant une activité spécialisée dans le suivi de cette affection. Les prescriptions de suivi ultérieur (renouvellements) peuvent être effectuées par le médecin traitant. Une réévaluation annuelle doit être effectuée soit par le spécialiste du service à l'origine de la prescription initiale, soit par un autre service du même établissement de soins, soit par un autre établissement de soins.	19 639	23 380
1131359	**Nut orale, enfant > 6 mois, NUTRICIA, NEOCATE SPOON, bte 400g.** Aliment diététique, poudre non aromatisée, à base d'acides aminés synthétiques, pour les enfants de plus de six mois, NEOCATE SPOON, de la société NUTRICIA NUTRITION CLINIQUE, la boîte de 400 g. INDICATIONS Traitement de l'allergie aux hydrolysats de protéines en tant que source complémentaire pour les besoins nutritionnels en particulier en calcium et en fer des enfants de 6 mois à 10 ans, dans les pathologies suivantes : - allergies aux hydrolysats poussés de protéines ; - polyallergies alimentaires. Traitement de l'oesophagite à éosinophiles en tant que source complémentaire pour les besoins nutritionnels en particulier en calcium et en fer des enfants de 6 mois à 18 ans. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Le diagnostic d'allergie avérée aux hydrolysats de protéines doit être posé et la prescription initiale doit être effectuée par un pédiatre. Les prescriptions ultérieures (renouvellements) peuvent être effectuées par le médecin traitant. Une réévaluation annuelle doit être effectuée.	4 476	5 330
1119275	**Nut orale, enfant > 1 an, NUTRICIA, NEOCATE JUNIOR, bte 400 g** Aliment diététique, poudre, à base d'acides aminés synthétiques, pour les enfants de plus de 1 an, NEOCATE JUNIOR, de la société NUTRICIA NUTRITION CLINIQUE, la boîte de 400 g.	7 233	8 605

	INDICATION PRISE EN CHARGE Diagnostic et traitement de l'allergie aux hydrolysats de protéines pour les besoins nutritionnels en particulier en calcium et en fer des enfants de 1 an jusqu'à 10 ans, dans les pathologies suivantes : - allergies aux hydrolysats poussés de protéines ; - polyallergies alimentaires. Traitement de l'œsophagite à éosinophiles chez l'enfant de 1 an à 18 ans. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Le diagnostic d'allergie avérée aux hydrolysats de protéines doit être posé et la prescription initiale effectuée dans un établissement de santé comportant une activité spécialisée dans le suivi de cette affection. Les prescriptions de suivi ultérieur (renouvellements) peuvent être effectuées par le médecin traitant. Une réévaluation annuelle doit être effectuée soit par le spécialiste du service à l'origine de la prescription initiale, soit par un autre service du même établissement de soins, soit par un autre établissement de soins. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE NEOCATE JUNIOR (non aromatisé) ; NEOCATE JUNIOR (arôme vanille) ; NEOCATE JUNIOR (arôme fraise).		

1.2.2.5.2.4. Paragraphe 4 : Produits pour complémentation nutritionnelle orale destinés aux adultes et enfants

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1121941	**Nut entér, adult enf. +5 ans, mél poly normoprot normoénerg, NESTLÉ, MODULEN IBD, 400 g.** Mélange polymérique normoprotidique et normoénergétique pour nutrition entérale destinée aux adultes et aux enfants de plus de 5 ans, sous forme de poudre, boîte de 400 g, MODULEN IBD de la société NESTLÉ CLINICAL NUTRITION France SAS. MODULEN IBD est un aliment diététique destiné à des fins médicales spéciales (ADDFMS) contenant des facteurs de croissance anti-inflammatoires. La prise en charge de ce produit est assurée chez les adultes et enfants de plus de 5 ans atteints de maladie de Crohn et répondant aux conditions telles que définies au début du paragraphe 2 " Produits pour nutrition entérale à domicile pour adultes " de la sous-section 2 " Produits pour nutrition entérale et prestations associées " de la section 5 et au début du paragraphe 3 " Produits pour nutrition orale et entérale à domicile pour les enfants de moins de 16 ans " de la sous-section 2 " Produits pour nutrition entérale et prestations associées " de la section 5.	2 338	2 338

1.2.2.5.2.5. Paragraphe 5 : Produits pour nutrition orale ou entérale pour adultes et enfants

KETOCAL

INDICATIONS :
Traitement nutritionnel des patients de plus de 1 an et jusqu'à 18 ans lorsqu'un régime cétogène est initié dans le cadre de la prise en charge thérapeutique d'une épilepsie grave rebelle et résistante au traitement médicamenteux.

MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION :

La prescription initiale et le renouvellement doivent être réalisés par un spécialiste hospitalier (neurologue ou neuropédiatre).
La quantité de KETOCAL à administrer dépend de l'âge, du poids et de l'état clinique du patient.
L'instauration d'un régime cétogène impose une hospitalisation, qui pourra être répétée lors du suivi. Il est recommandé d'instaurer une surveillance clinique (croissance, évolution pondérale, fréquence des crises) et une surveillance biologique (impliquant notamment une autosurveillance régulière de la présence de corps cétonique dans les urines). Cette surveillance consiste également à prévenir l'apparition de carences et à dépister d'éventuelles complications.
La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1187331	**Nut orale, enfant de 1 à 18 ans, NUTRICIA, KETOCAL, B/1.** Aliment diététique destiné à des fins médicales spéciales (ADDFMS) pour nutrition orale KETOCAL, de la société NUTRICIA Nutrition Clinique, la boîte de 300 g de poudre à diluer non aromatisée ou aromatisée à la vanille.	10 755	10 755
1119393	**Nut orale, enfant de 1 à 18 ans, NUTRICIA, KETOCAL, B/6.** Aliment diététique destiné à des fins médicales spéciales (ADDFMS) pour nutrition orale KETOCAL, de la société NUTRICIA Nutrition Clinique, 6 boîtes de 300 g de poudre à diluer non aromatisée ou aromatisée à la vanille	64 523	64 523
1181185	**Nut entér, enfant de 1 à 18 ans, NUTRICIA, KETOCAL, B/1.** Aliment diététique destiné à des fins médicales spéciales (ADDFMS) pour nutrition orale KETOCAL, de la société NUTRICIA Nutrition Clinique, la boîte de 300 g de poudre à diluer non aromatisée ou aromatisée à la vanille	11 097	11 097
1100838	**Nut entér, enfant de 1 à 18 ans, NUTRICIA, KETOCAL, B/6.** Aliment diététique destiné à des fins médicales spéciales (ADDFMS) pour nutrition orale KETOCAL, de la société NUTRICIA Nutrition Clinique, 6 boîtes de 300 g de poudre à diluer non aromatisée ou aromatisée à la vanille	66 578	66 578

1.2.2.5.3. Sous-section 3 : Dispositifs médicaux d'administration de la nutrition entérale

1.2.2.5.3.1. Paragraphe 1 : Bouton de gastrostomie et de jéjunostomie

La prise en charge est assurée exclusivement pour les patients traités à domicile ou en cabinet médical de ville.
La prise en charge des références qui suivent peut être cumulée avec la prise en charge des forfaits hebdomadaires 1 (1111902) et 2 (1176876) de nutrition entérale à domicile.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1154099	**Nutrition entérale, bouton de gastrostomie ou de jéjunostomie et ses accessoires.** Les accessoires sont le prolongateur et les seringues. Pour être pris en charge, il doit être en silicone ou polyuréthane avec une charrière 9 à 24. La prise en charge est assurée pour une nutrition entérale de moyenne ou longue durée (> 3 mois), chez les adultes ou les enfants ayant une vie active, sociale, professionnelle ou scolaire et qui pourront en tirer un bénéfice en termes d'esthétisme et de qualité de vie.	40 552	40 552

	Leur mise en place nécessite une maturation du trajet de stomie qui n'est obtenue que 2 mois au minimum après la pose de sonde initiale. La fréquence de changement recommandée est de 2 à 4 par an.		
1152060	**Bouton de gastrostomie, prolongateur adaptable, renouvellement.** Le renouvellement du prolongateur adaptable sur le bouton de gastrostomie est pris en charge une fois par semaine.	1 900	1 900

1.2.2.5.3.2. Paragraphe 2 : Sondes pour nutrition entérale à domicile

Sondes naso-gastrique ou naso-jéjunale pour nutrition entérale à domicile

La prise en charge de ces sondes est assurée pour la nutrition entérale de courte durée (< 3 mois) ou en cas de contre-indications ou d'impossibilité de mise en place d'une gastrostomie ou jéjunostomie.
Pour être prise en charge, la sonde naso-gastrique ou naso-jéjunale peut être soit en silicone ou polyuréthane. Elle doit être radio-opaque avec une charrière de 6 à 14, lestée ou non, avec ou sans guide.
La sonde naso-gastrique ou naso-jéjunale en polychlorure de vinyle (PVC) ne peut être utilisée que chez l'enfant de moins de 16 ans sous la condition qu'elle soit changée au moins toutes les 48 heures.
Les sondes en silicone ou en polyuréthane doivent être changées une fois par mois.
La prise en charge de la sonde naso-gastrique ou naso-jéjunale est subordonnée au caractère remboursable des forfaits 1 et 2 de nutrition entérale à domicile prévus aux références 1111902 et 1176876.
La prise en charge de la sonde naso-gastrique ou naso-jéjunale peut être cumulée avec la prise en charge des forfaits 1 (1111902) et 2 (1176876) de nutrition entérale à domicile.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1130578	**Nutrition entérale, sonde en PVC naso-gastrique ou naso-jéjunale.** La prise en charge n'est assurée que chez l'enfant de moins de 16 ans. La sonde en PVC doit impérativement être changée au moins toutes les 48 heures.	88	88
1193780	**Nutrition entérale, sonde polyuréthane/silicone, naso-gastrique ou naso-jéjunale.** Sonde en polyuréthane ou en élastomère de silicone. Il est recommandé de changer la sonde en silicone une fois par mois.	871	871

Sondes de gastrostomie ou de jéjunostomie pour nutrition entérale à domicile

Pour être prises en charge, les sondes doivent être en silicone ou polyuréthane avec une charrière 9 à 24.
La prise en charge est assurée pour le remplacement d'une sonde de gastrostomie ou de jéjunostomie détériorée par l'usage (qu'elle ait été posée par voie percutanée endoscopique ou radiologique ou par voie chirurgicale).
Il est recommandé de changer une sonde de gastrostomie ou de jéjunostomie de 2 à 4 fois par an.
La prise en charge de la sonde de gastrostomie ou de jéjunostomie peut être cumulée avec la prise en charge des forfaits 1 (1111902) et 2 (1176876) de nutrition entérale à domicile.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1168411	**Nutrition entérale, sonde de gastrostomie ou de jéjunostomie, remplacement.**	6 568	6 568

1.2.2.5.4. Sous-section 4 : Solutés de réhydratation orale

La prise en charge est assurée pour les nourrissons et enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhées aiguës.
Seuls sont pris en charge les solutés de réhydratation orale ne contenant que des glucides (à l'exclusion du lactose), des électrolytes (sodium, potassium, chlore) et des agents alcalinisants (citrates ou bicarbonates).
La prise en charge est subordonnée au respect des valeurs suivantes pour un sachet à dissoudre dans 200 ml d'eau:
Sodium compris entre 50 et 60 mmol/l.
Potassium compris entre 20 et 25 mmol/l.
Agents alcalinisants:
- citrates compris entre 8 et 12 mmol/l;
- bicarbonates compris entre 24 et 36 mmol/l. Osmolarité comprise entra 200 et 270 mOsm/l.

Seuls sont pris en charge les conditionnements contenant au moins 10 sachets.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1175983	**Le conditionnement**	1 031	1 031

1.2.2.6. Section 6. - Dispositifs médicaux de prévention, de traitement et de maintien pour l'appareil locomoteur

1.2.2.6.1. Appareil pour rééducation par poulie-thérapie

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1101559	**Appareil pour rééducation par poulie-thérapie, location hebdomadaire d'un ensemble**	1 470	

1.2.2.6.2. Gilet de série pour contention et immobilisation scapulo humérale

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1156684	**Gilet de série pour contention et immobilisation scapulo humérale.**	2 534	

	Il est lavable et fait dans un matériau ne comportant pas d'éléments réputés allergiques. Il comporte un système d'accrochage obligeant à un bon maintien et une bonne contention. Il est livré en plusieurs tailles permettant l'adaptation à tous les stades.		

1.2.2.6.3. Matériaux pour réalisation d'appareils d'immobilisation d'application immédiate

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1172766	Matériaux hydrodurcissables à base minérale, longueur 2 m, largeur 0,10 m.	75	
1135854	Matériaux hydrodurcissables à base minérale, longueur 2 m, largeur 0,15 m.	105	
1137600	Matériaux hydrodurcissables à base minérale, longueur 2 m, largeur 0,20 m.	131	
1141346	Matériaux malléables en solvant organique, longueur 1 m, largeur 0,13 m.	111	
1120775	Matériaux malléables en solvant organique, longueur 1 m, largeur 0,20 m.	166	
1128624	Matériaux malléables en solvant organique, longueur 1 m, largeur 0,30 m.	221	

1.2.2.6.4. Matériaux pour réalisation d'appareils d'immobilisation d'application immédiate, thermoformables à basse température moulés directement sur les téguments, à état caoutchouteux transitoire ou à état viscoélastique transitoire

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1142950	Matériaux thermoformables, plaque de 10 cm².	7	
1146964	Matériaux thermoformables, plaque > 900 cm² et < 1500 cm².	599	
1144161	Matériaux thermoformables, plaque > 2250 cm² et < 3400 cm².	1 496	
1160964	Matériaux thermoformables, plaque > 4400 cm².	2 926	

1.2.2.6.5. Résines liquides ou pâteuses polymérisables à température ambiante, pour une surface supérieure ou égale et inférieure (> et <) aux dimensions suivantes

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1112250	Résines polymérisables, surface > 450 cm² et < 1800 cm².	113	
1187147	Résines polymérisables, surface > 1800 cm² et < 2700 cm².	449	
1146898	Résines polymérisables, surface > 2700 cm² et < 3600 cm².	674	

1104776	Résines polymérisables, surface > 3600 cm² et < 4500 cm².	898	
1120373	Résines polymérisables, surface > 4500 cm².	1 122	

1.2.2.6.6. Tube jersey pour réalisation de ces appareils, pour une surface supérieure ou égale et inférieure (> et <) aux dimensions suivantes

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1189896	Tube jersey, surface > 2500 cm² et < 3500 cm².	133	
1181529	Tube jersey, surface > 3500 cm² et < 5000 cm²	166	

1.2.2.7. Section 7. - Dispositifs médicaux pour autres traitements et articles divers

1.2.2.7.1. Sous-section 1 : Dispositifs sur mesure pour photothérapie pour patients atteints de la maladie de Crigler-Najjar et la surveillance de la bilirubinémie des patients

1.2.2.7.1.1. Généralités

INDICATIONS

Patients atteints de la maladie de Crigler-Najjar de type 1 ayant besoin d'un traitement par la lumière bleue dans le spectre 420-490 nm.
La quasi-totalité des malades atteints de maladie de Crigler-Najjar de type 2 sont efficacement traités par phénobarbital.
Ce traitement doit être poursuivi à vie et permet de mener une existence normale, sans autre traitement ajouté.
Cependant, il y a des circonstances particulières et des malades particuliers.
Circonstances particulières
Certains malades atteints d'une authentique maladie de Crigler-Najjar de type 2 peuvent avoir besoin de photothérapie lors d'épisodes de décompensation aiguë, lors de grossesses ainsi que dans la période préconceptionnelle afin d'éviter tout risque foetal. L'ajout de la photothérapie au traitement de fond par phénobarbital est décidé par un médecin du centre de référence, ou par un médecin d'un centre de compétence, après avis auprès du centre de référence.
Il y a certains malades particuliers qui ont une maladie de Crigler-Najjar dont le type peut être considéré comme intermédiaire entre un type 1 (ictère n'étant pas sensible au phénobarbital) et un type 2 (ictère étant suffisamment sensible au phénobarbital pour pouvoir se passer de photothérapie). C'est, par exemple, le cas de malades dont l'ictère réagit partiellement au phénobarbital, mais pas suffisamment pour amener la bilirubinémie, de façon significative et stable, en dessous du seuil de neurotoxicité. Chez ces malades, la photothérapie peut être indiquée, en sus du traitement par phénobarbital. Là encore, l'ajout de la photothérapie au traitement de fond par phénobarbital est laissé à l'appréciation et à l'indication du médecin expert spécialiste de cette affection.
La première prescription de dispositif est effectuée par un praticien d'un centre de référence de la maladie.
Tout renouvellement ou modification de la prescription doit être effectué par un praticien d'un centre de référence ou d'un centre de compétence.

MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION

L'efficacité du dispositif lumineux dépend de la surface exposée, de l'irradiance diffusée à la peau (dépendant de l'énergie lumineuse fournie et de la distance entre la source lumineuse et la surface traitée) et de la durée d'exposition à la lumière; cela dans le respect du spectre lumineux entre 420 et 490 nm correspondant à l'absorption maximale par la bilirubine sous-cutanée pour permettre sa dégradation.
Le traitement par la lumière doit être appliqué au quotidien pendant un minimum de huit heures chez tous les patients atteints de Crigler-Najjar type 1. Ce traitement s'effectue donc en pratique, chaque jour, pendant les heures de sommeil. Ce principe est valable en dehors des périodes de décompensation de la maladie, pendant lesquelles il peut devoir être appliqué au-delà de douze voire dix-huit heures par jour. La durée quotidienne du traitement est déterminée par le praticien de référence en fonction du taux de bilirubine cible qu'il a fixé.
La surface cutanée exposée est au minimum d'une face du corps et peut aller jusqu'à la totalité du corps.

DESCRIPTION GÉNÉRALE DU DISPOSITIF

Le dispositif se compose des éléments décrits ci-dessous :

Sources lumineuses:

Deux types de sources sont actuellement utilisables pour émettre une lumière suffisamment intense et de longueur d'onde comprise entre 420 et 490 nm : les tubes fluorescents « spécial bleu » et les diodes électroluminescentes ou LED.
Le nombre de lampes nécessaires pour traiter un patient dépend de sa taille, du dosage de bilirubine cible, du contexte clinique mais aussi du ou des dispositifs lumineux dont il dispose et qui est prescrit par le praticien de référence.
L'énergie lumineuse de ces lampes diminue avec leur vieillissement, et donc leur renouvellement est à prévoir dès que le niveau d'irradiance nécessaire pour atteindre le taux cible de bilirubine n'est plus atteint par défaillance de la source (et non par évolution de la maladie). Le renouvellement des lampes fait donc l'objet d'une prescription par le praticien de référence du patient.
L'irradiance minimale efficace est au minimum de 2 mW/cm2 , mesurés au niveau cutané (mesures effectuées avec le radiomètre Babyblue Mediprema) ou niveau équivalent en µW/
cm2/nm (voir Centre national de référence en hémobiologie périnatale). L'irradiance optimale est de 4 à 6 mW/cm2.

Supports des sources lumineuses et piétement:

Ces supports doivent être modulables ou adaptables en taille et positions par rapport au patient : ils se présentent sous forme de modules en plaques, caissons, rampes, tissu de fibre optiques, gel. En effet, ils devront pouvoir évoluer avec les besoins de la personne atteinte de Crigler-Najjar (croissance, contexte clinique) et permettre une vie sociale (déplacement) tout en assurant une bilirubinémie cible. Ces supports peuvent être placés en dessous et/ou en dessus et/ou sur le côté du corps suivant la prescription du médecin référent. Pour ce faire, tout support des lampes est associé à un piétement adapté et spécifique.

Cadre de couchage et tissu :

Le traitement est appliqué essentiellement pendant les heures de sommeil ou de repos. Le type de couchage dépendra du ou des dispositifs prescrits au patient. Afin de permettre une exposition à la lumière par le dessous, un couchage adapté est nécessaire ; il se compose d'un cadre sur pieds sur lequel se fixe un tissu adapté permettant d'obtenir l'irradiance cible au niveau de la peau du patient. Ce tissu doit être fixé de façon à obtenir un couchage sécurisé et une distance homogène par rapport à la source. Chaque personne avec traitement lumineux par le dessous doit être équipée de deux tissus qui seront prescrits et renouvelés par le praticien de référence.

1.2.2.7.1.2. Paragraphe 1 : Système pour photothérapie

Supports et couchage fixes

Les sources lumineuses et leurs supports sont déterminés par le praticien de référence de façon adaptée à chaque patient. Le couchage est adapté au dispositif lumineux prescrit.
Une vérification doit être effectuée à l'installation régulièrement. Elle intègre la vérification de l'irradiance à la distance d'exposition sur l'ensemble de la surface exposée dans les conditions d'utilisation au quotidien de l'appareil.
Ces vérifications seront effectuées selon un protocole établi par le Centre national de référence en hémobiologie périnatale (CNRHP). Elles sont sous la responsabilité du service biomédical hospitalier des centres de compétence ou de référence qui assurent le suivi clinique des patients. Le CNRHP pourra sur demande (recours) effectuer ces vérifications au domicile de la personne atteinte ou fournir un radiomètre étalonné si besoin. Le renouvellement des sources lumineuses, du ou des supports et du couchage se fera sur prescription du médecin référent.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1164904	**Photothérapie, support et couchage, système fixe.** La prise en charge est assurée pour la primo-acquisition du système et ses évolutions (notamment supports). Elle concerne également les renouvellements du dispositif. En primo-acquisition, elle comprend les deux premiers tissus nécessaires à l'obtention d'un couchage sécurisé ainsi que les sources lumineuses. La prise en charge est assurée sur devis validé par le centre de référence, qui matérialisera son accord par apposition d'un visa d'un médecin du centre et du tampon du service. La prise en charge est assurée sur présentation de la facture même s'il est non identifié dans le système de remboursement de l'assurance maladie. Le renouvellement du ou des supports et du couchage se fera sur prescription du médecin référent.	Sur devis	Sur devis

Supports et couchage mobiles (permettant les déplacements)

Le traitement par la lumière étant quotidien pendant plusieurs heures tout au long de l'année, toute personne atteinte de la maladie de Crigler-Najjar de type 1 doit être équipée, en plus du dispositif fixe suscité, d'un autre dispositif lumineux permettant les déplacements et lui assurant ainsi une vie sociale. Il en est de même pour toute personne atteinte de la maladie de Crigler-Najjar de type intermédiaire.
Les sources lumineuses et leurs supports sont déterminés par le praticien de référence de façon adaptée à chaque patient.
Le couchage est adapté au dispositif lumineux prescrit.
Une vérification doit être effectuée à l'acquisition puis deux fois par an. Elle intègre la vérification de l'irradiance à la distance d'exposition sur l'ensemble de la surface exposée dans les conditions d'utilisation au quotidien de l'appareil. Ces vérifications seront effectuées selon un protocole établi par le Centre national de référence en hémobiologie périnatale (CNRHP).
Elles sont sous la responsabilité du service biomédical hospitalier des centres de compétence ou de référence qui assurent le suivi clinique des patients. Le CNRHP pourra sur demande (recours) effectuer ces vérifications au domicile de la personne atteinte ou fournir un radiomètre étalonné si besoin.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1114540	**Photothérapie, support et couchage, système mobile.** La prise en charge est assurée pour la primo-acquisition du système permettant les déplacements et ses évolutions (notamment supports). Elle concerne également les renouvellements du dispositif. En primo-acquisition, elle comprend les deux premiers tissus nécessaires à l'obtention d'un couchage sécurisé. La prise en charge est assurée sur devis validé par le centre de référence, qui matérialisera son accord par apposition d'un visa d'un médecin du centre et du tampon du service. La prise en charge est assurée sur présentation de la facture même s'il est non identifié dans le système de remboursement de l'assurance maladie. Le renouvellement du ou des supports et du couchage se fera sur prescription du médecin référent.	Sur devis	Sur devis

Sources lumineuses:

Le type et le nombre de sources lumineuses sont définis par le praticien de référence en fonction du support choisi et de son patient.
La prise en charge des sources lumineuses et de leur renouvellement est assurée sur prescription du praticien de référence.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1181908	**Photothérapie, dispositif lumineux, tube, l'unité.** La prise en charge est assurée sur présentation de la facture émanant du fabricant ou distributeur même s'il est non identifié dans le système de remboursement de l'assurance maladie. Le renouvellement des sources lumineuses se fera sur prescription du médecin référent.	4 817	4 817
1170129	**Photothérapie, dispositif lumineux, tube, PDG, BILICRYSTAL, l'unité.** Minitube lumineux BILICRYSTAL de la société PDG. Références prises en charge : 20.720.0033. La prise en charge est assurée sur présentation de la facture émanant de la société PDG même si elle n'est pas identifiée dans le système de remboursement de l'assurance maladie. Le renouvellement des sources lumineuses se fera sur prescription du médecin référent.	6 920	6 920
1144712	**Photothérapie, dispositif lumineux, diodes luminescentes (LED), le bloc.** La prise en charge est assurée sur devis préalable. La prise en charge est assurée sur présentation de la facture émanant du fabricant ou distributeur même s'il est non identifié dans le système de remboursement de l'assurance maladie. Le renouvellement des sources lumineuses se fera sur prescription du médecin référent.	Sur devis	Sur devis

1.2.2.7.1.3. Paragraphe 2. Accessoires et prestations associées au système pour photothérapie

Code	Nomenclature	**Tarif en F.CFP**	**PLV en F.CFP TTC**
1128475	**Photothérapie, lunettes ou masque, MEDIPREMA, EYEMAX, B/20.** Des lunettes ou masque de protection pour les yeux sont utilisés pendant l'exposition lumineuse. Ils sont adaptés aux tours de tête compris entre 20 cm et 38 cm et sont utilisés selon prescription du praticien de référence. La prise en charge est assurée sur présentation de la facture émanant de la société MEDIPREMA même si elle n'est pas identifiée dans le système de remboursement de l'assurance maladie. Références prises en charge: EYEMAX2 MICRO référence 4165, EYEMAX2 PREEMIE référence 4166, EYEMAX2 REGULAR référence 4167.	21 829	21 829
1114088	**Photothérapie, lunettes ou masque, ≤ à 2 ans, PDG, NEOMASK, B/20.** Des lunettes ou masque de protection pour les yeux sont utilisés pendant l'exposition lumineuse. Ils sont adaptés à la morphologie de l'enfant âgé de 2 ans ou de moins de 2 ans et sont utilisés selon prescription du praticien de référence. La prise en charge est assurée sur présentation de la facture émanant de la société PDG même si elle n'est pas identifiée dans le système de remboursement de l'assurance maladie. Références prises en charge: NEOMASK références 00.325.0101, 00325.0102, 00.325.0103.	11 571	11 571
1161107	**Photothérapie, lunettes ou masque de protection, > 13 ans, filtrant (indice 4).** Participation à la prise en charge de verres filtrants haute protection (indice 4) qui pourront être nécessaires aux patients de plus de 13 ans, qu'ils soient prescrits ou non dans le cadre d'un trouble de la réfraction, pour permettre de travailler ou lire pendant le traitement. La nécessité de verres filtrants sera prescrite par le praticien de référence. La prise en charge sera assurée sur facture de l'opticien.	8 313	8 313
1105570	**Photothérapie, lunettes ou masque de protection, ≤13 ans, filtrant (indice 4).** Participation à la prise en charge de verres filtrants haute protection (indice 4) qui pourront être nécessaires aux enfants de moins de 13 ans, qu'ils soient prescrits ou non dans le cadre d'un trouble de la réfraction, pour permettre de travailler ou lire pendant le traitement. La nécessité de verres filtrants sera prescrite par le praticien de référence. La prise en charge sera assurée sur facture de l'opticien.	5 819	5 819
1173820	**Photothérapie, support et couchage, tissu, 2 mètres.** La prise en charge de ce code est assurée pour le renouvellement du couchage en tissu (tissu transparent en crin et tissu de renfort en percale forte ou toile de parachute). Il est pris en charge sur présentation de la facture émanant du fabricant ou distributeur même s'il est non identifié dans le système de remboursement de l'assurance maladie.	4 156	
1147194	**Photothérapie, dispositif lumineux, radiomètre, MEDIPREMA, BABYBLUE.**	415 625	415 625

	BABYBLUE peut être prescrit par le praticien du centre de référence. Ce radiomètre est un appareillage destiné à la surveillance de l'irradiance des sources lumineuses. Il doit être étalonné pour mesurer une irradiance de 450 nm/460 nm. Un étalonnage par un établissement agréé tous les 18 mois est recommandé. Le radiomètre BABYBLUE, hors piles, est garanti pour une durée de trois ans, pièces et main-d'oeuvre. Tous dysfonctionnements ou pannes liés aux bris, chocs ou aux dégradations du fait de l'utilisateur ou d'un tiers ne sont pas couverts par la garantie. La prise en charge est assurée tous les dix ans. La prise en charge est assurée sur présentation de la facture émanant de la société MEDIPREMA même si elle n'est pas identifiée dans le système de remboursement de l'assurance maladie. Le tarif inclut les frais de port.		
1176942	**Photothérapie, dispositif lumineux, radiomètre, MEDIPREMA,** BABYBLUE, maintenance. Le transport sera effectué avec l'emballage d'origine du dispositif. Sa prise en charge est assurée tous les 18 mois. La prise en charge est assurée sur présentation de la facture émanant de la société MEDIPREMA même si elle n'est pas identifiée dans le système de remboursement de l'assurance maladie.	111 321	111 321
1132850	**Photothérapie, dispositif lumineux, forfait mensuel.** Participation aux frais d'électricité liés à la photothérapie des patients atteints de la maladie de Crigler-Najjar. Cette participation est versée au patient dès lors que l'un des codes 1181908 ou 1144712 ou 1170129 est pris en charge.	5 404	5 404

1.2.2.7.1.4. Paragraphe 3 : Appareil de surveillance de l'efficacité thérapeutique sur la bilirubinémie

Les bilirubinomètres permettent d'assurer la surveillance au quotidien de l'efficacité thérapeutique par évaluation du taux de bilirubine sous-cutanée. Une valeur cible (de préférence définie à partir de la corrélation avec un dosage plasmatique de bilirubine: bilirubinémie) est définie pour chaque patient avec une valeur maximale qui est un seuil d'alerte par le médecin référent prescripteur. Un dépassement du seuil impose une vérification du matériel, une adaptation du traitement par la lumière et le dépistage d'une décompensation. Le dépassement de la valeur seuil déclenche donc une demande d'avis au praticien de référence.
Tous les patients sont par ailleurs surveillés selon prescription médicale par bilan sanguin (taux de bilirubine).
La fréquence de la surveillance du taux de bilirubine est quotidienne chez un patient Crigler-Najjar.
L'évaluation du taux de bilirubine se fait par mesure spectro-photométrique de la coloration de la peau.
Chaque patient doit bénéficier d'un bilirubinomètre transcutané (non invasif). Il sera prescrit par le praticien de référence.
Le renouvellement est pris en charge tous les dix ans.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1173903	**Photothérapie, bilirubinomètre transcutané, DRÄGER, modèle JM-105.**	1 257 681	1 257 681

	Forfait de prise en charge du bilubinomètre ne nécessitant pas l'utilisation de consommables comprenant le forfait de calibration annuelle sur une durée de dix ans, les frais d'envoi et de retour du dispositif, le prêt d'un bilirubinomètre lors d'une recalibration programmée ainsi que la formation des utilisateurs. Le bilirubinomètre est livré avec des câbles d'alimentation, une base chargeur, une pochette de transport, une dragonne et une notice d'utilisation. Le bilirubinomètre JM-105 est garanti pour une durée de trois ans, pièces et main-d'oeuvre. Tous dysfonctionnements ou pannes liés aux bris, chocs ou aux dégradations du fait de l'utilisateur ou d'un tiers ne sont pas couverts par la garantie. Le forfait de calibration annuelle est assuré par le fabricant, qui assure l'acheminement du produit du domicile du patient à son atelier et le retour au domicile. Le prêt d'un bilirubinomètre est inclus lorsque la recalibration est programmée et sous réserve de disponibilité d'un bilirubinomètre de prêt. Le fabricant assure la formation au domicile des utilisateurs du bilirubinomètre. La prise en charge est assurée sur présentation de la facture émanant de la société DRÄGER même si elle n'est pas identifiée dans le système de remboursement de l'assurance maladie.		

1.2.2.7.2. Sous-section 2 : Appareils de neurostimulation électrique transcutanée pour le traitement des douleurs rebelles et consommables

La prise en charge de ces appareils est assurée pour les patients atteints de douleurs neurogènes d'origine périphérique.
La prise en charge est subordonnée à :
- la réalisation d'un test d'efficacité de la technique selon une échelle d'évaluation de la douleur, dans une structure de lutte contre les douleurs chroniques rebelles
- la prescription et le suivi de l'efficacité de la technique à un mois, trois mois et six mois par l'équipe de la structure de lutte contre la douleur chronique rebelle qui a initialisé la technique.

La prise en charge est assurée à la location pendant une durée de six mois à compter de la date de la prescription initiale, puis à l'achat en cas d'efficacité de la technique avérée par les résultats de l'échelle d'évaluation de la douleur du patient.
Le renouvellement de la prise en charge à l'achat est assuré après prescription par une structure de lutte contre la douleur chronique rebelle. Il ne peut intervenir qu'à l'issue d'un délai de cinq ans à compter de la précédente prise en charge à l'achat du neurostimulateur, lors de détérioration de l'appareil.
La prise en charge n'est assurée que pour les appareils générateurs de courant constant avec ondes biphasiques asymétriques compensées, double canal comportant une possibilité de modulation et d'effet Burst.

1.2.2.7.2.1. Appareil de neurostimulation transcutanée

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1189940	**Neurostimulation électrique transcutanée, location mensuelle de l'appareil.** Le tarif couvre la fourniture de l'appareil, des deux câbles, d'une pile et de quatre électrodes souples à filaments d'acier.	2 028	

1183468	**Neurostimulation électrique transcutanée, achat de l'appareil fourni avec deux câbles.**	18 629	

1.2.2.7.2.2. Consommables nécessaires à l'utilisation de l'appareil de neurostimulation transcutanée

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1121987	**Neurostimulation électrique transcutanée, électrode silicone graphite, lot de 4.** La prise en charge est assurée dans la limite d'un lot maximum par an. Elle est subordonnée au caractère remboursable de l'appareil de neurostimulation électrique transcutanée pour le traitement des douleurs rebelles.	1 571	
1126513	**Neurostimulation électrique transcutanée, gel, pose électrode silicone graphite.** La prise en charge n'est assurée que pour la pose d'électrode en silicone graphite et dans la limite d'un tube maximum tous les deux mois. Elle est subordonnée au caractère remboursable de l'appareil de neurostimulation électrique transcutanée pour le traitement des douleurs rebelles.	507	
1134240	**Neurostimulation électrique transcutanée, électrodes souples.** Électrodes souples, autocollantes avec fils d'acier, le lot de quatre électrodes. La prise en charge est assurée dans la limite d'un lot maximum tous les 15 jours. Elle est subordonnée au caractère remboursable de l'appareil de neurostimulation électrique transcutanée pour le traitement des douleurs rebelles.	862	

1.2.2.7.3. Sous-section 3 : Médicaments devenus dispositifs médicaux depuis le 14-06-1998.

Code	Nomenclature		Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1160600	**Solution d'irrigation, AGUETTANT, VESIRIG 0,9 %, boîte 5 unités × 250 ml.** La prise en charge est assurée pour l'irrigation vésicale chez les patients ayant une cystectomie totale avec dérivation urinaire continente.	Laboratoires AGUETTANT	1 547	
1146645	**Uro-Tainer Suby G, solution d'irrigation, poches de 100 ml, boîte de 10**	Laboratoires B. BRAUN	3 106	

1.2.2.7.4. Sous-section 4 : Articles divers

1.2.2.7.4.1. Génériques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1192869	**Dispositifs stériles de recueil des saignées et accessoires.** Le tarif couvre une poche ou un flacon de recueil et une tubulure avec aiguille. La prise en charge est assurée dans le traitement des malades atteints d'hémochromatose, de polyglobulie vraie et de forme sévère de drépanocytose. Elle est assurée exclusivement pour les patients traités à domicile.	1 663	1 663

1180837	**Aiguille sertie pour suture.**	381	
1197810	**Seringue hypodermique en cristal, 1 ml.**	88	
1169008	**Seringue hypodermique en cristal, 2 ml.**	88	
1134091	**Seringue hypodermique en cristal, 3 ml.**	88	
1170260	**Seringue hypodermique en cristal, 5 ml.**	115	
1123271	**Seringue hypodermique en cristal, 10 ml.**	131	
1163773	**Seringue hypodermique en cristal, 20 ml.**	181	
1110541	**Seringue de 2 ml avec aiguille hypodermique et aiguille de remplissage.** La prise en charge de cet ensemble est assurée uniquement pour les patients traités par hormone de croissance.	50	

1.2.2.7.4.2. Tire-lait

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1155064	**Tire lait simple**	111	
1183534	**Tire lait double**	195	
1105712	**Tire lait électrique réglable à dépression, location hebdomadaire**	2 006	
1140252	**Tire lait, achat de la téterelle, du biberon et du tube de raccordement**	1 004	

1.2.2.7.4.3. Solution pour pulvérisations endobuccales pour le traitement de la xérostomie ou de l'hyposialie

La prise en charge de la solution pour pulvérisations endo-buccales est assurée pour le traitement symptomatique chez l'adulte des hyposialies ou asialies iatrogènes, qu'elles soient d'origine médicamenteuse ou post-radiothérapique.
La prise en charge est assurée pour la solution pour pulvérisations endobuccales suivante:

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1100034	**Solution pour pulvérisations endobuccales, EISAI, AEQUASYAL, 400 doses.** Flacon aluminium de 40 ml avec pompe doseuse de 0,1 ml.	2 088	2 088

1.1.1.1.1.1. Solution stérile pour traitement symptomatique de la sécheresse oculaire avec kératite ou kératoconjonctivite sèche

La prise en charge des solutions oculaires est assurée pour le traitement symptomatique de la sécheresse oculaire avec kératite ou kératoconjonctivite sèche, en troisième intention après échec des substituts lacrymaux de faible viscosité et des gels.

La prescription doit être faite par un ophtalmologiste après diagnostic de kératite ou de kératoconjonctivite sèche, notamment par un test colorimétrique réalisé à lampe à fente.
La prescription initiale ne peut pas excéder six mois de traitement.
Le renouvellement est autorisé après examen ophtalmologique.
La prise en charge est assurée pour les solutions suivantes :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1113976	**Solution carboxyméthylcellulose et glycérine, ALLERGAN, OPTIVE, flacon 10 ml (B/1).** Solution visqueuse à base de carboxyméthylcellulose et glycérine OPTIVE, boîte d'un flacon multidoses avec conservateur de 10 ml, de la société ALLERGAN France SAS. La solution OPTIVE est contre-indiquée chez les patients porteurs de lentilles de contact.	1 875	2 345
1180263	**Solution à usage ophtalmique, ALLERGAN, OPTIVE FUSION UD, unidoses 0,4ml B/30** Solution stérile présentée en boite de 30 unidoses de 0,4 ml sans conservateur de la société ALLERGAN France SAS. Après ouverture d'une unidose, OPTIVE FUSION UD doit être jeté (utilisation unique).	726	
1168581	**Solution à usage ophtalmique, ALLERGAN, OPTIVE FUSION, flacon multidose 10 ml.** Solution stérile présentée dans un flacon multidose de 10 ml avec conservateur de la société ALLERGAN France SAS. Après ouverture du flacon, OPTIVE FUSION peut être utilisé pendant six mois.	1 669	2 170
1163922	**Solution hyaluronate sodium 0,18%, Horus, VISMED, boîte de 20 unidoses 0,3 ml.** Solution stérile de hyaluronate de sodium à 0,18%, HP, VISMED en boîte de 20 unidoses de 0,3 ml de la société Horus Pharma.	509	
1132471	**Solution hyaluronate sodium 0,18%, Horus, VISMED, flacon 10 ml, B/1.** Solution stérile de hyaluronate de sodium à 0,18%, VISMED, boîte d'un flacon multidoses sans conservateur de 10 ml de la société Horus Pharma.	1 875	2 345
1130160	**Solution hyaluronate sodium 0,18 %, Horus, VISMED MULTI, flacon 15 ml, B/1.** Solution stérile (sans conservateur) de hyaluronate de sodium à 0,18 %, VISMED, boîte d'un flacon multidoses de 15 ml de la société Horus Pharma. Après ouverture du flacon de 15 ml, VISMED MULTI peut être utilisé pendant 6 mois.	2 219	2 777
1100650	**Emulsion hyaluronate sodium 0,18 % HORUS, NEOVIS TOTAL MULTI, flacon 15 ml.** Emulsion stérile, sans conservateur, de hyaluronate de sodium à 0,18 %, NEOVIS TOTAL MULTI en flacon de 15 ml de la société HORUS PHARMA. Le flacon est doté d'un embout avec une membrane en silicone permettant d'éviter la contamination microbienne de l'émulsion et d'en maintenir la stérilité. L'utilisation de l'émulsion NEOVIS TOTAL MULTI n'est pas indiquée chez les patients porteurs de lentilles de contact. Après ouverture du flacon, NEOVIS TOTAL MULTI peut être utilisé pendant 4 mois.	2 053	2 569

1159257	**Emulsion hyaluronate sodium 0,18% HORUS, NEOVIS TOTAL, boîte 30 unidoses 0,4 ml.** Emulsion stérile, à usage unique, sans conservateur, de hyaluronate de sodium à 0,18 %, NEOVIS TOTAL en boîte de 30 unidoses de 0,4 ml de la société HORUS PHARMA. L'utilisation de l'émulsion NEOVIS TOTAL n'est pas indiquée chez les patients porteurs de lentilles de contact.	690	
1146190	**Solution hyaluronate sodium 0,18%, TRB, HYLOVIS, boîte de 20 unidoses 0,3 ml.** Solution stérile de hyaluronate de sodium à 0,18 %, HYLOVIS en boîte de 20 unidoses de 0,3 ml de la société TRB CHEMEDICA.	509	
1119750	**Solution hyaluronate sodium 0,18%, TRB, HYLOVIS, flacon 10 ml, B/1.** Solution stérile de hyaluronate de sodium à 0,18%, HYLOVIS, boîte d'un flacon multidoses sans conservateur de 10 ml de la société TRB CHEMEDICA.	1 875	2 345
1164956	**Solution stérile à usage ophtalmique THEA, THEALOSE, flacon 10 ml B/1** THEALOSE est une solution stérile sans conservateur en flacon multidose ABAK de 10 ml. Après ouverture du flacon, THEALOSE, peut être conservé pendant 3 mois. INDICATIONS : Traitement symptomatique de la sécheresse oculaire avec kératite ou kératoconjonctivite sèche, en troisième intention après échec des substituts lacrymaux de faible viscosité et des gels. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION - Prescription par un ophtalmologiste après diagnostic de kératite ou de kératoconjonctivite sèche, notamment par un test colorimétrique réalisé à la lampe à fente. - Prescription initiale ne pouvant excéder 6 mois de traitement - Renouvellement autorisé après examen ophtalmologique.	1 707	2 153
1165507	**Solution à usage ophtalmique, ALCON, SYSTANE ULTRA, flacon multidose 10 ml** Boite de 1 flacon multidose stérile SYSTANE ULTRA de 10 ml avec conservateur Après ouverture du flacon, SYSTANE ULTRA peut être conservé pendant six mois	1 720	2 170
1144617	**Solution à usage ophtalmique, ALCON, SYSTANE ULTRA UD, boîte 30 unidoses 0,7 ml** Boite de 30 récipients unidoses stériles SYSTANE ULTRA UD sans conservateur de 0,7 ml Après ouverture d'un récipient unidose, SYSTANE ULTRA UD doit être jeté après une utilisation unique	765	
1136925	**Solution à usage ophtalmique, SANTEN, CATIONORM, boîte de 20 unidoses, 0,4 ml.**	509	
1100028	**Solution à usage ophtalmique, SANTEN, CATIONORM, boîte de 30 unidoses, 0,4 ml.**	765	
1192020	**Solution à usage ophtalmique, SANTEN, CATIONORM, flacon multidoses stérile 10 ml.**	1797	2 266

1.2.2.7.4.4. Solution stérile de chlorure de sodium à 7% pour nébulisation pour le traitement de la mucoviscidose

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1192763	**Aérosolthérapie, solution stérile chlorure sodium 7 %, PARI, SALITOL, 4 ml, B/60** Solution stérile de chlorure de sodium à 7% pour nébulisation, SALITOL en boîte de 60 unidoses de 4 ml.	3 810	3 810

	INDICATION : Traitement symptomatique par nébulisation de l'encombrement bronchique chez les patients atteints par la mucoviscidose, en cas d'échec ou en complément du traitement avec PULMOZYME. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : – la prescription initiale doit être réalisée par un médecin du centre de ressources et de compétences de la mucoviscidose (le traitement par SALITOL 7% doit faire l'objet d'une réévaluation clinique et fonctionnelle à 3 et 6-12 mois avant poursuite); – la première séance de nébulisation de SALITOL 7% doit être réalisée à l'hôpital pour évaluer la tolérance ; – chaque séance doit systématiquement être précédée de l'administration d'un bronchodilatateur. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 502G7003		

1.2.2.7.4.5. Pommade à l'urée pour avulsion chimique de l'ongle

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1115923	**Pommade à l'urée 40 %, PIERRE FABRE DERM, ONYSTER, tube de 10 g.** Onyster est pris en charge dans le cadre du traitement local des mycoses disto-latérales des ongles des mains et des pieds, pour l'avulsion chimique de l'ongle en préalable à un traitement topique antifongique. Le produit se présente sous forme d'un étui rassemblant 1 tube de 10 g de pommade à l'urée (40%) et 21 pansements occlusifs. Onyster est utilisé dans le cadre d'un traitement séquentiel : La pommade est appliquée par le patient avec renouvellement quotidien et mise en place d'un pansement occlusif, pendant 1 à 3 semaines. Le débridement est ensuite réalisé par un professionnel de santé (dermatologue, médecin généraliste, infirmière, podologue), avant un traitement par un antifongique local durant 4 à 8 semaines.	1 902	

1.2.2.7.4.6. Dispositif de réhabilitation de la mobilité mandibulaire

Société Atos Medical SAS (Atos)

La prise en charge du dispositif de réhabilitation de la mobilité mandibulaire THERABITE est assurée en cas de trismus d'origine musculaire, consécutif uniquement à une irradiation de la sphère orofaciale.
THERABITE est un système portable de réhabilitation des mouvements de la mandibule présenté sous forme de kit et composé des éléments suivants :
- mobilisateur mandibulaire dont le degré d'ouverture peut être réglé (entre 25 et 44 mm) ainsi que la vitesse d'ouverture ;
- quatre tampons occlusaux auto-adhésifs visant à répartir la force de pression à toutes les dents : 3 variantes (adulte, enfant, sujet édenté) ;
- support manuel destiné à assister le patient pour maintenir constante l'ouverture buccale ;
- un mesureur de champ de mouvement (30 pièces) ;
- un sac de rangement ;
- un manuel d'utilisation ;

- un journal de progrès du patient.

La longévité d'une paire de tampons occlusaux est de 2 mois. Celle des écarteurs maxillaires est de 24 mois en moyenne.
La prescription doit être précédée d'un examen de l'état parodontal des dents antérieures.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1141056	**Dispositif de réhabilitation de la mobilité mandibulaire, ATOS, THERABITE Kit.** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : TH001, TH002.	59 651	
1168500	**Dispositif de réhabilitation de la mobilité mandibulaire, ATOS, THERABITE Tampons.** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : PA001, PA002, PA003.	1 988	

1.2.2.7.4.7. Location et maintenance du dispositif d'assistance circulatoire mécanique (DACM)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1108202	**Dispositif assistance circulat, loc maintenance, mensuel, THORATEC, HEARTMATE II.** Forfait mensuel de location et maintenance du dispositif HEARTMATE II et HEARTMATE II V2 au-delà des deux premières années après l'implantation. Ce forfait comprend : toute la maintenance, la réparation, la fourniture du petit matériel et le remplacement de tous les éléments y compris des batteries.	99 418	99 418
1157301	**Dispositif assistance circulat, loc maintenance, mensuel, IST, JARVIK 2000.** Forfait mensuel de location et maintenance du dispositif JARVIK 2000 au-delà des deux premières années après l'implantation. Ce forfait comprend : toute la maintenance, la réparation, la fourniture du petit matériel et le remplacement de tous les éléments y compris des batteries.	99 418	99 418
1192421	**Dispositif assistance circulat, loc maintenance, mensuel, IST, SYNCARDIA TAH-t** Forfait mensuel de location et maintenance du dispositif SYNCARDIA TAH-t au-delà des deux premières années après l'implantation. Ce forfait comprend : toute la maintenance, la réparation, la fourniture du petit matériel et le remplacement de tous les éléments y compris des batteries.	141 313	141 313
1127211	**Dispositif assistance circulat, loc maintenance, mensuel, HEARTWARE, HEARTWARE.** Forfait mensuel de location et maintenance du dispositif HEARTWARE de HEARTWARE INTERNATIONAL Inc au-delà des deux premières années après l'implantation. Ce forfait comprend : toute la maintenance, la réparation, la fourniture du petit matériel et le remplacement de tous les éléments y compris des batteries.	99 418	99 418
1140832	**Dispositif assistance circulat, loc maintenance, mensuel, BERLIN, EXCOR < 1,2 m².** Forfait mensuel de location et maintenance du dispositif EXCOR destiné aux personnes dont la surface corporelle est inférieure à 1,2 m² au-delà des deux premières années après l'implantation.	99 418	99 418

	Ce forfait comprend : toute la maintenance, la réparation, la fourniture du petit matériel et le remplacement de tous les éléments, y compris des batteries en dehors des renouvellements pour évolution en raison de l'adaptation à la croissance des enfants ou des remplacements pour cause de thrombus qui font l'objet d'une prise en charge de remboursement. Les thrombus et modification en raison de croissance restent-i.		

1.2.2.7.4.8. Crème pour traitement de la dermatite atopique légère à modérée chez l'adulte et l'enfant de six mois et plus

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1120686	**Crème, dermatite atopique, adulte enfant six mois et plus, SINCLAIR, ATOPICLAIR 100 ml.** Crème pour traitement de la dermatite atopique légère à modérée chez l'adulte et l'enfant de six mois et plus, le tube de 100 ml. Cette crème doit être appliquée 3 fois par jour lors des poussées inflammatoires.	339	

1.2.2.7.4.9. Défibrillateurs externes portables

Société ZOLL Medical France

Défibrillateur cardiaque externe portable, ZOLL, LIFEVEST 4000
Le système LIFEVEST surveille en permanence le rythme cardiaque et délivre un choc électrique biphasique en cas de tachycardie ventriculaire ou de fibrillation ventriculaire (seuil programmable).

Indications :

La prise en charge du défibrillateur cardiaque externe portable LIFEVEST 4000 est assurée :

- Après explantation d'un système de défibrillation implantable pour infection, de la loge ou des électrodes, jusqu'à la réimplantation (guérison de l'infection).
- En attente de transplantation cardiaque. L'indication doit être réévaluée tous les 3 mois (évaluation du rapport bénéfices/risques et de l'observance).
- Après revascularisation myocardique si la fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) est inférieure à 30 %, jusqu'à la réévaluation de la FEVG et discussion de l'indication d'un défibrillateur automatique implantable au 3e mois.
- Au décours d'un infarctus du myocarde aigu si la FEVG est inférieure à 30 % après les 48 premières heures, jusqu'à la réévaluation de la FEVG et discussion de l'indication d'un défibrillateur automatique implantable au terme du premier mois.

Contre-indications :

- Défibrillateur cardiaque implantable.
- Morphologie incompatible avec le bon positionnement des électrodes.
- Handicap mental, physique ne permettant pas la bonne compréhension du système ou compromettant son utilisation.
- Traitement médicamenteux diminuant la capacité à presser les boutons de la LIFEVEST pour interrompre le processus de choc en cas de faux positif.
- Mauvaise compréhension écrite et orale de la langue française et du fonctionnement de l'appareil.

Spécifications techniques :

Le distributeur devra s'engager par écrit à satisfaire aux prestations minimales suivantes :
En permanence :

Fournir une assistance téléphonique (24 h/24, 7 j/7) capable de répondre par téléphone aux questions techniques des utilisateurs et du patient.
Fournir un service de dépannage capable d'intervenir dans les 24 heures qui suivent la demande.
Avant la prescription :
Assurer une formation de l'ensemble des personnels en contact avec le patient dans le service prescripteur.
Maintenance : mettre à disposition une prestation de maintenance avec au moins :
Une maintenance des différents éléments du dispositif (moniteur, bloc piles, chargeur de batterie, ceinture d'électrodes, modem, prise test, câble et housse du moniteur).
Le changement des batteries tous les ans, et après chaque location
Le changement des électrodes après chaque choc en moins de 48 heures ou la fourniture au patient d'un jeu d'électrodes supplémentaire.
Le changement des électrodes après chaque location.
La mise à disposition de sachets de gel pour électrode, pour attendre le renouvellement des électrodes.
Les données doivent être hébergées de façon sécurisée et conformément à la réglementation en vigueur.
Modalités de prescription et d'utilisation :
Le dispositif doit être mis à disposition dans les 24 heures qui suivent la demande. Le harnais est à usage individuel.
La LIFEVEST doit être prescrite dans des centres autorisés par la réglementation à pratiquer l'implantation de défibrillateur cardiaque implantable.
Le patient doit être formé et suivi par ces centres pendant toute la durée de la location.
Références prises en charge :
Le système LIFEVEST comporte 4 composants : le moniteur, la veste qui porte la ceinture d'électrodes, le chargeur, la gaine du moniteur. Le moniteur est le composant principal du système LIFEVEST 4000. Il est connecté directement aux électrodes. La veste, qui porte les électrodes, se compose de bretelles, d'une courroie élastique et d'une ceinture. La fourniture du matériel comprend la livraison de deux sachets de gel pour électrodes. Chacun des composants du système LIFEVEST sera livré dans un emballage individuel.
REF 10A0988-A02-CHE: Moniteur LIFEVEST 4000.
REF 10A0989-A01: Batterie LIFEVEST 4000.
REF 10A0985-A02-CHE : Chargeur avec alimentation électrique LIFEVEST 4000.
REF 10B0877-A01: Gaine LIFEVEST 4000.
REF 10A0987-A02-CHE : Ceinture d'électrodes LIFEVEST 4000.
REF 10A1004-B01 : Veste ou harnais LIFEVEST, 66 à 80 cm.
REF 10A1004-B02 : Veste ou harnais LIFEVEST, 81 à 95 cm.
REF 10A1004-B03 : Veste ou harnais LIFEVEST, 96 à 112 cm.
REF 10A1004-B04 : Veste ou harnais LIFEVEST, 113 à 130 cm.
REF 10A1004-B05 : Veste ou harnais LIFEVEST, 131 à 142 cm.
REF 10B0822-A01: Cabas LIFEVEST.
REF 20B0047-FRE : Manuel patient LIFEVEST 4000.
REF 20B0048-FRE : Manuel utilisateur LIFEVEST 4000.
REF 20B0049-FRE : Manuel service et programmation LIFEVEST 4000.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

1112161	Défibrillateur cardiaque externe portable, ZOLL, LIFEVEST 4000 forfait mensuel de location de la LIFEVEST incluant la prise en charge du système complet	425 961	425 961

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

1.3. Chapitre 2. - Dispositifs médicaux et matériels de maintien à domicile et d'aide à la vie pour malades et handicapés

1.3.1. Spécifications techniques

1.3.1.1. Section 1

1.3.1.1.1. Coussins de série d'aide à la prévention des escarres

Le coussin est livré avec deux housses, un système de portage et une notice documentaire comportant, de façon lisible, les différentes informations suivantes :

* la recommandation : "La première prévention de l'escarre en position assise consiste à se soulever régulièrement toutes les fois que c'est possible pour limiter la compression trop prolongée des vaisseaux en regard des saillies osseuses et pour permettre l'irrigation des tissus" ;
* le poids maximal susceptible d'être supporté tout en maintenant l'efficacité du coussin;
* pour les coussins avec housse amovible, la nécessité de posséder deux housses identiques permettant de disposer d'une housse de rechange lors des lavages et d'éviter le contact direct avec la surface du coussin;
* la nécessité, pour des raisons d'hygiène, de ne réserver l'usage d'un coussin qu'à une seule et même personne;
* les conditions d'entretien, de nettoyage, de désinfection du coussin et de sa housse;
* les précautions à prendre pour le stockage du coussin;

1.3.1.1.1.1. Le coussin

Il comporte un système d'identification et de traçabilité.

Les coussins en mousse, les coussins mousse et eau, les coussins constitués de gel viscoélastique, les coussins mousse et gel, et les coussins en mousse viscoélastique sont entourés d'un système imperméabilisé : housse ou enveloppe séparée.

Les coussins constitués de gel viscoélastique, les coussins mousse et gel, et les coussins en mousse viscoélastique sont livrés avec une notice d'utilisation indiquant les températures extrêmes d'utilisation du coussin ainsi que toutes les contre-indications d'emploi.

Les coussins à cellules pneumatiques téléscopiques sont formés d'éléments cloisonnés reliés entre eux, avec zone(s) de gonflage réglable(s) séparément. Ces éléments sont des cellules pneumatiques individuellement téléscopiques du côté de la surface portante afin de permettre la respiration de la peau.

Les coussins à cellules pneumatiques télescopiques, les coussins à air statique et les coussins mousse et air statique sont réparables et fournis avec un ensemble de réparation et une pompe permettant leur remplissage (s'ils ne sont pas autogonflables).

Les coussins à eau et les coussins mousse et eau sont réparables, et fournis avec l'ensemble nécessaire à la réparation.

1.3.1.1.1.2. La housse

Elle est lavable et désinfectable.

Elle ne comporte aucun produit réputé allergique.

Elle ne modifie pas la qualité du coussin.

Elle comporte une ou deux anses de portage qui seront remplacées, en cas d'impossibilité technique, par un système de portage indépendant de la housse.

Sa durée de vie, ou sa garantie, est au moins égale à la garantie du coussin prévue à la nomenclature, sur lequel elle s'adapte.
Elle comporte, fixé à sa surface (en plus de la notice documentaire déjà citée), un support donnant les informations suivantes :
- le texte général sur la prévention des escarres : "La première prévention de l'escarre... " ;
- les conseils d'entretien, de nettoyage et de désinfection du coussin et de la housse;
- les conseils sur les conditions de stockage du coussin.

1.3.1.1.1.3. Conformité technique

Chaque classe de coussin et ses housses répondent, au minimum, aux caractéristiques techniques contenues dans la dernière version en vigueur du protocole "d'évaluation des matelas, surmatelas et des coussins d'aide à la prévention des escarres", mis au point par le laboratoire national d'essais (LNE).

1.3.1.1.2. Lits médicaux

1.3.1.1.2.1. Lits médicaux et accessoires standards :

Les lits médicaux standards pris en charge au domicile doivent au moins respecter les exigences des normes relatives aux lits médicaux suivantes, avec leurs éventuels derniers amendements :
-NF EN 60601-1 édition 3 ;
-NF EN 60601-2-52 édition 1 ;
-NF EN 60601-1-2 édition 3 ou édition 4 ;
-NF EN 60601-1-11 édition 1.
Est toléré jusqu'au 1er juillet 2023 au plus tard pour les lits standards pris en charge au domicile, le respect des exigences des normes suivantes :
-NF EN 60601-1 édition 2 + amendement 1 + amendement 2 ;
-NF EN 60601-2-38 + amendement 1 ;
-NF EN 60601-1-2 édition 2+ amendement 1.
Les lits doivent disposer d'au moins 2 fonctions non manuelles (hauteur variable et section dossier à inclinaison variable).
Les fonctions proclive et déclive sont impossibles sur les lits médicaux à domicile. Si un lit médical à domicile est équipé d'une de ces fonctions, elle doit être désactivée par un moyen, matériel ou immatériel, non accessible au patient et à son entourage, utilisateur(s) profane(s) ou professionnel(s) (la désactivation est réalisée par un outil non présent dans l'environnement du patient).
La position assise (avec plicature des genoux ou section jambe à inclinaison variable) sans inclinaison du sommier est tolérée et peut être utilisée pour un usage à domicile.
Les commandes électriques doivent être conformes aux normes de sécurité en vigueur et accessibles au malade, lui permettant d'adapter la position du lit à ses besoins sans l'aide d'une tierce personne.
Les barrières de lit doivent être fournies si la prescription le précise. Toutes les barrières doivent respecter les exigences de la norme NF EN 60601-2-52 relative aux lits médicaux. Elles doivent être compatibles avec les lits médicaux prescrits.

1.3.1.1.2.2. Lits médicaux et accessoires pour enfants de 3 ans à 12 ans ou d'une taille jusqu'à 146 cm :

Ce dernier critère d'âge est indicatif de la morphologie usuelle d'un enfant de 12 ans. Un enfant plus âgé peut toutefois relever d'un lit enfant en raison d'une morphologie atypique correspondant à celle d'un enfant plus jeune.

Les lits médicaux pour enfants de 3 à 12 ans ou d'une taille jusqu'à 146 cm pris en charge au domicile doivent au moins respecter les exigences des normes relatives aux lits médicaux suivantes, avec leurs éventuels derniers amendements :
-NF EN 60601-1 édition 3 ;
-NF EN 60601-2-52 édition 1 ;
-NF EN 60601-1-2 édition 3 ou édition 4 ;
-NF EN 60601-1-11 édition 1.
Est toléré jusqu'au 1er juillet 2023 au plus tard pour les lits pour enfants de 3 à 12 ans ou d'une taille jusqu'à 146 cm pris en charge au domicile, le respect des exigences des normes suivantes :
-NF EN 60601-1 édition 2+ amendement 1 + amendement 2 ;
-NF EN 60601-2-38 + amendement 1 ;
-NF EN 60601-1-2 édition 2+ amendement 1.
Cependant, une dérogation à la norme est exigée :
Dans la partie 201.9.8.3 « Résistance des supports patient ou opérateur ou des systèmes de suspension » de la norme NF EN 60601-2-52, il est demandé une charge limite minimale de 70 kg pour la charge correspondant au patient. Les tests seront réalisés conformément à la norme NF EN 60601-2-52, proportionnellement à la masse minimale indiquée.
D'autre part, concernant les lits médicaux pour enfants de 3 ans à 12 ans ou d'une taille jusqu'à 146 cm, d'autres référentiels normatifs alternatifs traitant spécifiquement des lits médicaux peuvent être appliqués à la place des normes NF EN 60601-1 et 60601-2-52, à la condition unique que ces référentiels alternatifs couvrent à minima et de façon équivalente les mêmes risques et essais figurant dans les normes de référence citées précédemment.
Concernant la hauteur du lit, la partie supérieure au centre de l'axe de symétrie du sommier à plat doit descendre à une hauteur de 300 mm.
Les lits doivent disposer d'au moins 3 fonctions non manuelles (hauteur variable, section dossier à inclinaison variable et plicature des genoux ou section jambe à inclinaison variable).
Les fonctions proclive et déclive sont impossibles sur les lits médicaux à domicile. Si un lit médical à domicile est équipé d'une de ces fonctions, elle doit être désactivée par un moyen, matériel ou immatériel, non accessible au patient et à son entourage, utilisateur(s) profane(s) ou professionnel(s) (la désactivation est réalisée par un outil non présent dans l'environnement du patient).
Les lits doivent respecter les dimensions suivantes : 70 à 80 cm de largeur et 160 à 170 cm de longueur.
Les commandes électriques doivent être conformes aux normes de sécurité en vigueur et accessibles au malade, lui permettant d'adapter la position du lit à ses besoins sans l'aide d'une tierce personne.
En référence aux normes NF EN 716-1 et NF EN 716-2 relatives aux lits à nacelle fixes et pliants à usage domestique pour enfants, les barrières de lits médicaux pour enfants de taille inférieure à 146 cm doivent avoir un espace entre les barreaux, ou entre 2 éléments de structure, inférieur ou égal à 65 mm et l'espace entre le sommier et le bas de la barrière doit être inférieur à 65 mm.
Les barrières de lit doivent être fournies. Toutes les barrières doivent respecter les exigences de la norme NF EN 60601-2-52 relative aux lits médicaux en ce qui concerne leur résistance, leur hauteur et les exigences générales de sécurité. Pour les enfants ayant perdu leur autonomie, les barrières doivent aller de la tête aux pieds. Elles doivent être compatibles avec les lits médicaux prescrits.

1.3.1.1.2.3. Lits médicaux et accessoires pour patients de plus de 135 kg :

Les lits médicaux pour patients de plus de 135 kg pris en charge au domicile doivent au moins respecter les exigences des normes relatives aux lits médicaux suivantes, avec leurs éventuels derniers amendements :

-NF EN 60601-1 édition 3 ;
-NF EN 60601-2-52 édition 1 ;
-NF EN 60601-1-2 édition 3 ou édition 4 ;
-NF EN 60601-1-11 édition 1.
Est toléré jusqu'au 1er juillet 2023 au plus tard pour les lits pour patients de plus de 135 kg pris en charge au domicile, le respect des exigences des normes suivantes :
-NF EN 60601-1 édition 2 + amendement 1 + amendement 2 ;
-NF EN 60601-2-38 + amendement 1 ;
-NF EN 60601-1-2 édition 2+ amendement 1.
Cependant, une dérogation à la norme est exigée :
Dans la partie 201.9.8.3 « Résistance des supports patient ou opérateur ou des systèmes de suspension » de la norme NF EN 60601-2-52, il est demandé une charge limite minimale de 200 kg pour la charge correspondant au patient. Les tests seront réalisés conformément à la norme NF EN 60601-2-52, proportionnellement à la masse minimale indiquée.
Les lits doivent disposer d'au moins 2 fonctions non manuelles (hauteur variable et section dossier à inclinaison variable).
Les fonctions proclive et déclive sont impossibles sur les lits médicaux à domicile. Si un lit médical à domicile est équipé d'une de ces fonctions, elle doit être désactivée par un moyen, matériel ou immatériel, non accessible au patient et à son entourage, utilisateur(s) profane(s) ou professionnel(s) (la désactivation est réalisée par un outil non présent dans l'environnement du patient).
La position assise (avec plicature des genoux ou section jambe à inclinaison variable) sans inclinaison du sommier est tolérée et peut être utilisée pour un usage à domicile.
Les lits médicaux à 1 seul sommier et de largeur minimale de 110 cm sont pris en charge.
Les commandes électriques doivent être conformes aux normes de sécurité en vigueur et accessibles au malade, lui permettant d'adapter la position du lit à ses besoins sans l'aide d'une tierce personne.
Les barrières de lit doivent être fournies si la prescription le précise. Toutes les barrières doivent respecter les exigences de la norme NF EN 60601-2-52 relative aux lits médicaux. Elles doivent être compatibles avec les lits médicaux prescrits et doivent être testées de façon à garantir la sécurité d'une personne de plus de 135 kg.

1.3.1.1.2.4. . Lits médicaux et accessoires spécifiques :

Les lits médicaux spécifiques pris en charge au domicile doivent au moins respecter les exigences des normes relatives aux lits médicaux suivantes, avec leurs éventuels derniers amendements :
-NF EN 60601-1 édition 3 ;
-NF EN 60601-2-52 édition 1 ;
-NF EN 60601-1-2 édition 3 ou édition 4 ;
-NF EN 60601-1-11 édition 1.
Les lits médicaux spécifiques doivent au moins respecter les mêmes exigences que celles prévues pour les lits médicaux standards, ainsi que celles prévues au point 2 s'ils sont destinés à des enfants de 3 ans à 12 ans / 146 cm, ou au point 3 s'ils sont destinés à des patients de plus de 135 kg.

Les fonctions proclive et déclive sont impossibles sur les lits médicaux à domicile. Si un lit médical à domicile est équipé d'une de ces fonctions, elle doit être désactivée par un moyen, matériel ou immatériel, non accessible au patient et à son entourage, utilisateur(s) profane(s) ou professionnel(s) (la désactivation est réalisée par un outil non présent dans l'environnement du patient).

1.3.1.1.2.5. Matelas simple :

Le matelas est réalisé dans une mousse de masse volumique nette supérieure ou égale à 27 kg/m3 d'au moins 14 cm d'épaisseur. Il est fourni avec housse et doit être adapté aux fonctions du lit. Les matériaux utilisés sont réputés anti-allergiques et le comportement au feu conforme aux normes en vigueur (NF EN 597-1 et NF EN 597-2).

1.3.1.1.2.6. Garantie :

La garantie du lit médical doit être au minimum de 5 ans. Cette garantie doit inclure une maintenance annuelle préventive selon les recommandations de l'ANSM. En cas de panne, un lit médical conforme aux exigences décrites ci-dessus et, dans toute la mesure du possible, conforme à la prescription doit être mis à disposition du patient.

1.3.1.1.3. Matelas et surmatelas d'aide à la prévention des escarres

Le matelas ou le surmatelas comporte une protection amovible ou non et une notice documentaire comportant de façon lisible les différentes informations suivantes:
- "La première prévention de l'escarre au lit consiste à changer les points d'appui du corps sur le matelas en moyenne toutes les trois heures pour limiter la compression trop prolongée des vaisseaux en regard des saillies osseuses et pour permettre l'irrigation des tissus."
- Le poids maximal susceptible d'être supporté tout en conservant son efficacité au matelas ou surmatelas.
- La nécessité, pour des raisons d'hygiène, de ne réserver l'usage d'un matelas ou surmatelas qu'à une seule personne.
- Les conditions d'utilisation et d'entretien, de nettoyage, de désinfection du matelas et de sa protection ;
- Les précautions à prendre pour le stockage du matelas.

1.3.1.1.3.1. Le matelas ou le surmatelas

Il comporte un système d'identification et de traçabilité.
Les matelas ou surmatelas en mousse, les matelas ou surmatelas en mousse et eau, les matelas ou surmatelas en mousse et gel, et les matelas ou surmatelas en mousse viscoélastique sont entourés d'un système imperméabilisé : housse ou enveloppe séparée.
Les matelas ou surmatelas constitués de gel, les matelas ou surmatelas en mousse et gel, et les matelas ou surmatelas en mousse viscoélastique sont livrés avec une notice documentaire indiquant les précautions et contre-indications d'emploi et fixant les températures extrêmes d'utilisation du matelas ou surmatelas.
Les matelas ou surmatelas à cellules pneumatiques télescopiques, les matelas ou surmatelas à air statique ou à pression alternée et les matelas ou surmatelas mousse et air sont réparables et fournis avec un ensemble de réparation et une pompe permettant leur remplissage (s'ils ne sont pas autogonflables). Leur notice documentaire indique le degré de gonflage du matelas ou surmatelas en fonction du poids du malade.
Les matelas ou surmatelas à eau et les matelas ou surmatelas mousse et eau sont livrés avec une tubulure de remplissage et un ensemble nécessaire à la réparation. Leur notice documentaire comporte les indications sur le niveau de remplissage minimal du matelas ou surmatelas ainsi que sur les conditions d'utilisation.

1.3.1.1.3.2. La protection

Pour les matelas ou surmatelas comportant une partie en mousse, la protection est réalisée dans un matériau imperméable à l'eau.
Ses dimensions sont supérieures au matelas ou surmatelas complet ou à chacun de ses éléments lorsque le matelas ou le surmatelas est réalisé en plusieurs parties.
Elle est lavable et désinfectable soit avec des produits chlorés sans effet de durcissement et/ou soit avec des produits préconisés par le fabricant et donnés dans la notice documentaire.
Elle est résistante à l'ammoniaque contenue dans les urines. Elle ne comporte aucun produit réputé allergique. Elle ne modifie pas la qualité du matelas et ne crée aucune tension de surface.
Sa durée de vie, ou sa garantie, est au moins égale à la garantie du matelas ou surmatelas prévue à la nomenclature, sur lequel elle s'adapte. Elle comporte, fixée à sa surface (en plus de la notice documentaire déjà citée), les informations suivantes :
*le texte général sur la prévention des escarres : "La première prévention de l'escarre..." ;
*la mention: "Le linge de lit ne doit pas être bordé serré pour garder l'efficacité du matelas" ;
*les conseils d'entretien, de nettoyage et de désinfection du matelas et de la protection;
*les conseils sur les conditions de stockage du matelas ou du surmatelas.
Les matelas ou surmatelas à air statique ou à pression alternée, ou à eau peuvent ne pas comporter de protection.

1.3.1.1.3.3. Conformité technique

Chaque classe de matelas ou surmatelas et sa protection répondent, au minimum, aux caractéristiques techniques contenues dans la dernière version en vigueur du protocole "d'évaluation des matelas, surmatelas et des coussins d'aide à la prévention des escarres", mis au point par le laboratoire national d'essais (LNE).

1.3.1.2. Section 2

1.3.1.2.1. Coquille pour bain en matière plastique

Modèle pour enfant, avec matelas de protection et de confort et sangles de fixation, assurant le maintien de l'enfant dans la coquille. Cette coquille peut être montée sur un socle en matière thermoformable à inclinaison variable.

1.3.1.2.2. Dispositif de traction continue et dynamique du rachis

Appareil constitué par:
- deux ceintures croisées, capitonnées, solidarisées au lit du malade par deux courroies et destinées à maintenir le bassin;
- une mentonnière capitonnée avec bandeau frontal, lié à un palonnier;
- une potence réglable en hauteur avec large embase et système de fixation au lit du malade;

À l'extrémité supérieure de cette potence, se trouvent deux parties sur lesquelles passent deux câbles de traction :
- l'un lié au palonnier et se terminant par un contrepoids;
- l'autre également lié au palonnier et se terminant par un anneau dans lequel passe une sangle portant à chaque extrémité une palette munie de surface d'adhérence sur laquelle est fixé le pied du malade. À cet anneau, est fixé une barre pour traction scapulobrachiale.

La traction exercée sur le rachis peut être effectuée soit par le seul contrepoids (traction continue), soit à la fois par celui-ci et l'extension des membres inférieurs (traction dynamique).

1.3.1.2.3. Fauteuils roulants à la location (prévus également à l'achat au titre IV)

Les fauteuils roulants doivent être conformes aux cahiers des charges du titre IV.

1.3.1.2.4. Soulève malade

Dispositif métallique résistant, adapté sur un châssis réglable ou non en largeur et muni de roues assurant le déplacement de l'ensemble dans des conditions absolues de stabilité et de sécurité, donnant, par des moyens mécaniques ou électriques appropriés, la possibilité à une seule personne de soulever doucement et régulièrement le malade de son lit pour lui apporter des soins ou permettre son transfert confortable, du lit à un siège éloigné ou à une installation sanitaire.

1.3.2. Nomenclature et tarifs

1.3.2.1. Section 1. - Lits et matériels pour lits

1.3.2.1.1. Sous-section 1 : Lits et accessoires

Conditions de prise en charge :

La prise en charge des lits médicaux, accessoires et prestations est soumise à une prescription médicale.
La prise en charge est assurée :
- pour les patients ayant perdu leur autonomie motrice. Cette perte d'autonomie peut être transitoire ou définitive, partielle ou totale.
- pour les patients n'assurant pas seuls leurs transferts et qui ont besoin d'aide pour la toilette et l'habillage. Ces critères devront être précisés sur la prescription médicale.

1.3.2.1.1.1. Paragraphe 1 : Lits médicaux

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1241763	**Lit médical, lit standard, location hebdomadaire, lit et accessoires** Forfait hebdomadaire pour la location d'un lit médical standard pendant la première période, jusqu'à la 52ème semaine incluse. Ce forfait est calculé de date à date. La prise en charge de ce code exclut la prise en charge des codes 1235662 et 1270316.	1 900	1 900
1283879	**Lit médical, lit enfant, location hebdomadaire, lit et accessoires.** Forfait hebdomadaire pour la location d'un lit médical pour enfant de 3 ans à 12 ans. Ce forfait est calculé de date à date. La prise en charge de ce code exclut la prise en charge des codes 1235662 et 1270316.	3 895	3 895
1249523	**Lit médical, lit + 135 kg, location hebdomadaire, lit et accessoires** Forfait hebdomadaire pour la location d'un lit médical pour patients de plus de 135 kg, pendant la première période, jusqu'à la 52ème semaine incluse.	3 895	3 895

	Ce forfait est calculé de date à date. La prise en charge d'un lit + 135 kg ne pourra être assurée que si le poids du patient est précisé sur la prescription médicale. La prise en charge de ce code exclut la prise en charge des codes 1235662 et 1270316.		
PF00007	**Lit médical, lit standard, lit + 135 kg, <u>location hebdomadaire</u>, lit et accessoires** Forfait hebdomadaire pour la location d'un lit médical standard, ou +135 kg de la 53ème semaine à la 156ème semaine. Ce forfait est calculé de date à date. La prise en charge de ce code exclut la prise en charge des codes 1235662 et 1270316	524	524
PF00008	**Lit médical, lit standard, lit + 135 kg, <u>location hebdomadaire</u>, lit et accessoires** Forfait hebdomadaire pour la location d'un lit médical standard, ou +135 kg à partir de la 157ème semaine. Ce forfait est calculé de date à date. La prise en charge de ce code exclut la prise en charge des codes 1235662 et 1270316	285	285
1270316	**Lit médical, lit standard, lit enfant, lit + 135 kg, <u>achat</u>, lit et accessoires** La prise en charge est soumise à une demande d'entente préalable. Elle répond aux dispositions de l'article LP 33 de la Loi du Pays 2013-1 susvisée. La prise en charge est assurée uniquement pour les patients dans les archipels des Australes, des Marquises et des Tuamotu-Gambier, Le renouvellement de la prise en charge ne peut être assuré pendant une période de cinq ans à compter de la date d'achat du matériel. La prise en charge d'un lit + 135 kg ne pourra être assurée que si le poids du patient est précisé sur la prescription médicale. En cas de panne, un lit de même catégorie doit être mis à disposition du patient par le prestataire. La prise en charge de ce code exclut la prise en charge des codes 1241763, 1283879, 1249523 et 1235662, PF00007, PF00008.	133 000	133 000
1235662	**Lit médical, lit spécifique, <u>achat</u>, lit et accessoires** La prise en charge est soumise à une demande d'entente préalable. Elle répond aux dispositions de l'article LP 33 de la Loi du Pays 2013-1 susvisée La prise en charge est assurée uniquement pour des besoins spécifiques du patient : -Nécessité d'un plan de couchage supérieur à 200 cm (taille supérieure des lits disponibles sur le marché), -Pathologie qui nécessite des besoins non couverts par le lit médical standard (amplitude de hauteur de lit) et lit pour enfant de moins de 3 ans ou patient de plus de 135 kg, -Nécessité de l'utilisation d'un lit double.	160 474	

	Le renouvellement de la prise en charge ne peut être assuré pendant une période de cinq ans à compter de la date d'achat du matériel. En cas de panne, un lit adapté doit être mis à disposition du patient par le prestataire. La prise en charge de ce code exclut la prise en charge des codes 1241763, 1283879, 1249523 et 1270316, PF00007, PF00008.		

1.3.2.1.1.2. Paragraphe 2 : Accessoires, réparations et prestation de livraison des lits médicaux

Accessoires

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP
1207453	**Lit médical, achat, alèse imperméable réutilisable.**	1 069	1 069
1225675	**Lit médical, achat, cerceau tout modèle.** Cerceau pour lit de malade, quel que soit le modèle.	1 246	1 246
1211383	**Lit médical, achat, matelas simple.**	13 243	13 243

Prestations de livraisons

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP
1274047	**Lit médical, lit standard ou enfant, location, forfait de livraison du lit et accessoires.** Forfait de livraison, de mise en service et de reprise du lit et de ses accessoires à domicile pour les lits standard ou pour enfant à la location. Le lit et les accessoires doivent avoir été nettoyés et désinfectés. Une maintenance annuelle préventive sera réalisée, selon les recommandations de l'ANSM. Ce forfait ne peut s'ajouter à aucun autre forfait de livraison. La livraison de plusieurs appareils chez le même patient donne lieu à la prise en charge du forfait le plus élevé. La prise en charge du forfait de livraison ne s'effectue qu'une seule fois, lors de l'initiation de la location. Une nouvelle prise en charge du forfait de livraison est soumise à demande d'entente préalable. La prise en charge de cette référence est subordonnée au caractère remboursable du lit à la location inscrit aux codes 1241763 et 1283879.	35 834	35 834
1215702	**Lit médical, lit + 135 kg, location, forfait de livraison du lit et accessoires.** Forfait de livraison, de mise en service et de reprise du lit et de ses accessoires à domicile pour les lits à la location destinés aux patients de plus de 135 kg.	43 624	43 624

	La prise en charge ne pourra être assurée que si le poids du patient est précisé sur la prescription médicale. Le lit et les accessoires doivent avoir été nettoyés et désinfectés. Une maintenance annuelle préventive sera réalisée, selon les recommandations de l'ANSM. Ce forfait ne peut s'ajouter à aucun autre forfait de livraison. La livraison de plusieurs appareils chez le même patient donne lieu à la prise en charge du forfait le plus élevé. La prise en charge du forfait de livraison ne s'effectue qu'une seule fois, lors de l'initiation de la location. Une nouvelle prise en charge du forfait de livraison est soumise à demande d'entente préalable. La prise en charge de cette référence est subordonnée au caractère remboursable du lit à la location inscrit au code 1249523.		
1202473	**Lit médical, achat, forfait de livraison du lit et accessoires.** Forfait de livraison et de mise en service du lit et de ses accessoires à domicile pour les lits à l'achat. Une maintenance annuelle préventive sera réalisée, selon les recommandations de l'ANSM. Ce forfait ne peut s'ajouter à aucun autre forfait de livraison. La livraison de plusieurs appareils chez le même patient donne lieu à la prise en charge du forfait le plus élevé. La prise en charge du forfait de livraison ne s'effectue qu'une seule fois. Une nouvelle prise en charge du forfait de livraison est soumise à demande d'entente préalable. La prise en charge de cette référence est subordonnée au caractère remboursable du lit à l'achat inscrit au code 1235662 ou au code 1270316.	14 963	14 963
1296327	**Lit médical, lit double, achat, forfait de livraison du lit et accessoires.** Forfait de livraison et de mise en service du lit et de ses accessoires à domicile pour les lits doubles à l'achat. Une maintenance annuelle préventive sera réalisée, selon les recommandations de l'ANSM. Ce forfait ne peut s'ajouter à aucun autre forfait de livraison. La livraison de plusieurs appareils chez le même patient donne lieu à la prise en charge du forfait le plus élevé. La prise en charge du forfait de livraison ne s'effectue qu'une seule fois. Une nouvelle prise en charge du forfait de livraison est soumise à demande d'entente préalable. La prise en charge de cette référence est subordonnée au caractère remboursable du lit à l'achat inscrit au code 1235662.	14 957	14 957

Réparations

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP
1265427	**Lit médical, achat, lit spécifique, lit standard, lit enfant, lit + 135 kg, maintenance curative** La prise en charge de la maintenance curative n'est pas assurée pendant les cinq premières années suivant l'achat du lit spécifique (code 1235662), et pendant les cinq premières années suivant l'achat du lit standard, lit enfant ou lit +135kg (code 1270316).	Dans la limite de 133 000 CFP ou 160 474	

	La prise en charge de la maintenance curative est soumise à demande d'entente préalable et assurée sur devis avec facture détaillée et historique du lit dans la limite de **168 920** CFP pour cinq ans pour les lits spécifiques et de **140 000** CFP pour cinq ans pour les lits standard, lits enfant ou lits +135kg. La maintenance curative comprend la réparation ou le remplacement des pièces défectueuses électroniques ou non (pièce(s) de rechange et main d'œuvre associée). Aucun forfait d'intervention ou de déplacement ne sera pris en charge.	CFP selon le type de lit	

1.3.2.1.2. Sous-section 2 : Dispositifs médicaux d'aide à la prévention des escarres

1.3.2.1.2.1. Paragraphe 1 : Compresseur pour surmatelas pneumatique à air statique et à pression alternée et location de matelas

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Seuls sont pris en charge les compresseurs réglables en pression.		
1240054	**Lit, compresseur pour surmatelas pneumatique, achat.** La prise en charge de cette référence est subordonnée également au caractère remboursable du surmatelas ou matelas associé.	24 646	24 646
1217374	**Lit, compresseur et surmatelas pneumatique, location hebdomadaire.** La prise en charge de cette référence est subordonnée au caractère remboursable du surmatelas ou matelas associé. Elle est également assurée lorsque la location du compresseur est effectuée avec l'un des produits suivants : - surmatelas à air motorisé à pression alternée DECUBIFLOW 100 de plus de 10 cm d'épaisseur avec housse de la société AKS France SA. Dimensions : L 200 cm × l 90 cm × h 13 cm. La prise en charge de DECUBIFLOW 100 est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 130 kg. * surmatelas à air motorisé à pression alternée SANIFLOW 2 de plus de 10 cm d'épaisseur avec housse de la société AKS France SA. Dimensions : L 200 cm × l 90 cm × h 13 cm. La prise en charge de SANIFLOW 2 est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 120 kg. * surmatelas à pression alternée EOLE incluant le support de matelas et la housse intégrale argent (système EOLE P200) de la société Plexus Medical France. Dimensions : L 203 cm × l 86 cm × h 13 cm.	1 695	1 695

	La prise en charge du système EOLE P200 est assurée pour les patients ayant un poids maximum de 130 kg.		
1227332	**Lit, compresseur pour surmatelas pneumatique, forfait de livraison.** Ce forfait ne peut s'ajouter à aucun autre forfait de livraison. La livraison de plusieurs appareils chez le même patient donne lieu à la prise en charge du forfait le plus élevé. La prise en charge de cette référence est subordonnée au caractère remboursable des références 1240054, 1217374. La prise en charge de cette référence est subordonnée également au caractère remboursable du surmatelas ou matelas associé.	2 724	2 724

Société MEDIDEV SENTECH France SAS (MEDIDEV)

INDICATIONS :

La prise en charge est assurée pour les patients à risque élevé (selon jugement clinique et échelles) :

En aide à la prévention de l'escarre :

- patient non levé dans la journée, en mauvais état général, et/ou ayant une artériopathie et/ou un trouble neurologique sévère récent.

En aide au traitement de l'escarre :

- - une ou plusieurs escarres de stade 1 et/ou 2 hors zone d'appui, ou avec possibilité d'exclusion d'appui, patient levé ou non dans la journée avec système de décharge localisée ;
- - une escarre de stade 3 ou 4 hors zone d'appui ou avec possibilité d'exclusion d'appui avec système de décharge localisée ;
- - une escarre de stade 1 ou 2 en zone d'appui, patient levé ou non dans la journée avec système de positionnement et intervention d'auxiliaires médicaux 3 fois par jour pour vérification de l'installation et réalisation de retournement ;
- - plusieurs escarres de stade 1 et/ou 2 en zone d'appui et patient incapable de se mobiliser seul et mauvais état général ou fin de vie ;
- - plusieurs escarres de stade 3 et/ou 4 hors zone d'appui, ou avec possibilité d'exclusion d'appui ;
- - toute escarre de stade 3 et/ou 4 en zone d'appui ;
- - toute escarre de stade 3 et/ou 4, patient en fin de vie ;
- - chirurgie d'escarre pendant les 3 mois qui suivent l'intervention, avant retour en situation de prévention.

MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION :

Dans les indications d'aide au traitement de l'escarre, l'association aux dispositifs de décharge localisée ou de positionnement est obligatoire. Le cas échéant, elle peut être associée à l'intervention d'auxiliaires médicaux. La prescription doit être effectuée par un médecin de médecine physique et réadaptation, un gériatre ou un neurologue.

SENTRY 1200 est destiné à des patients dont le poids est compris entre 25 et 165 kg.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1296103	**Escarres, matelas air motorisé, MEDIDEV, SENTRY 1200, forfait location jour.** Forfait de location journalier du matelas à air motorisé SENTRY 1200 avec compresseur. SENTRY 1200 est un matelas à air motorisé automatique, à pression constante et/ou dynamique de plus de 15 cm d'épaisseur d'air. SENTRY 1200 est composé :	701	701

	• d'un matelas à air en nylon laminé à l'uréthane. Il comprend 2 compartiments indépendants de 10 cellules avec 2 tubulures de raccordement (soit 20 cellules au total). Les cellules sont fixées dans des stabilisateurs individuels et sont démontables individuellement. Le dispositif est associé à un système de dégonflage rapide d'urgence (12 secondes pour obtenir le dégonflage total) et à des capteurs sensitifs de pression au niveau des zones à risque (tête, omoplates, sacrum et talons) ; • d'une base en mousse ; • d'un compresseur ; • d'une housse en polyuréthane polyamide. Elle est imperméable aux liquides et perméable à l'air. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE SYS1200MR : • dimensions du matelas SENTRY 1200 : base en mousse 200 cm × 90 cm × 22 cm avec une épaisseur d'air thérapeutique de 18 cm et une épaisseur de la base en mousse de 4 cm. • dimensions du compresseur : 10 cm × 20 cm × 20 cm. La durée de garantie du matelas SENTRY 1200 et du compresseur est de 2 ans.		
1289652	**Escarres, matelas air motorisé, MEDIDEV, SENTRY 1200, forfait livraison sans lit.** Forfait livraison sans le lit du matelas à air motorisé SENTRY 1200 avec compresseur. Ce forfait ne peut s'ajouter à aucun autre forfait de livraison (codes 1274047, 1215702, 1202473 ou 1296327). Le forfait comprend la livraison et la récupération, le nettoyage, et la désinfection, l'intervention, si nécessaire à domicile, pour la maintenance et la réparation du matériel. Le prestataire doit : • vérifier la bonne adaptation du matériel au couchage ; • mettre en fonctionnement et vérifier l'installation du patient ; • instruire le patient et/ou son entourage sur le matériel, son entretien et ses réglages.	26 486	26 486
1231285	**Escarres, matelas air motorisé, MEDIDEV, SENTRY 1200, forfait livraison avec lit.** Forfait livraison avec le lit du matelas à air motorisé SENTRY 1200 avec compresseur. Le forfait comprend la livraison et la récupération, le nettoyage, et la désinfection, l'intervention, si nécessaire à domicile, pour la maintenance et la réparation du matériel. Le prestataire doit : vérifier la bonne adaptation du matériel au couchage ; mettre en fonctionnement et vérifier l'installation du patient ; instruire le patient et/ou son entourage sur le matériel, son entretien et ses réglages.	13 243	13 243

1.3.2.1.2.2. Paragraphe 2 : Coussins d'aide à la prévention des escarres

Ils sont conformes à la dernière version en vigueur du protocole "d'évaluation des matelas, surmatelas et des coussins d'aide à la prévention des escarres", mis au point par le laboratoire national d'essais (LNE).
La conformité à ce protocole est vérifiée par un laboratoire compétent et indépendant.
La prise en charge de coussins de dimensions adaptées à des fauteuils roulants pour enfants peut être assurée dans la limite des tarifs fixés.
La prise en charge est assurée pour un seul coussin de la même classe pendant la durée prévue pour chaque référence.
Le tarif de responsabilité couvre le coût d'achat du coussin et de deux housses.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

A - Coussins de série de classe 1

Leur prise en charge est assurée :
* pour les patients présentant un risque d'escarre évalué à un score inférieur ou égal à 14 sur l'échelle de Norton ou ayant un risque équivalent évalué par une autre échelle validée,
* pour les patients atteints de lésions médullaires.

Coussins de série de sous-classe (s\classe) 1A

Leur prise en charge est assurée dans la limite d'un coussin maximum par an.
La prise en charge est assurée pour les coussins suivants :

Coussins à air statique

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1253051	**Escarres coussin à air statique, s/classe IA, HOSPIDEX FRANCE, REPOSE.** Coussin à air non motorisé autre qu'à cellules télescopiques ou pneumatiques individuellement déformables. La prise en charge est assurée pour les patients d'un poids maximum de 140 kg.	10 381	10 381
1265410	**Escarres, coussin à air statique, s\classe IA, STRYKER, SOF.CARE SCC.**	10 381	10 381

Coussins de série de sous classe (s\classe) 1B

Leur prise en charge est assurée dans la limite d'un coussin maximum tous les deux ans.
La prise en charge est assurée pour les coussins suivants :

Coussins en mousse structurée formé de modules amovibles

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1240485	**Escarres, coussin en mousse, s/classe IB, CARPENTER, PREVENTIX.**	10 381	10 381

Coussins en gel

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1286978	**Escarres, coussin en gel, s/classe IB, ABC, PILOTE BIDENSITE.**	10 381	10 381
1274395	**Escarres, coussin en gel, s/classe IB, ASKLE, GELSCAR.** La prise en charge de la référence VLGS0IC est assurée pour les tailles suivantes: - 40 cm × 40 cm × 3,2 cm.	10 381	10 381

	- 43 cm × 45 cm × 3,2 cm.		
1206956	**Escarres, coussin en gel, s/classe IB, ESCARIUS, ELASTIL II.**	10 381	10 381
1233002	**Escarres, coussin en gel, s\classe IB, DARULIFT, GEL 2D.** Coussin en gel viscofluide, GEL 2D, de la société DARULIFT SARL. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 90 kg. La prise en charge est assurée pour les coussins aux dimensions suivantes : L 40 cm × l 40 cm × h 2,5 cm	10 381	10 381
1238778	**Escarres, coussin en gel, s/classe IB, SYST'AM, POLYSCAR P331C.** Coussin en gel viscofluide, POLYSCAR P331C, de la société SYST'AM. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 120 kg. La prise en charge est assurée pour le modèle suivant : - dimensions : L 40 cm × l 40 cm × h 4 cm.	10 381	10 381

Coussins en mousse et gel

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1299870	**Escarres, coussin en mousse et gel, s/classe IB, ABC, VOYAGEUR ANATOMIQUE.**	10 381	10 381
1230423	**Escarres, coussin en mousse et gel, s/classe IB, ABC, VOYAGEUR DUO.** La prise en charge est assurée pour les références suivantes: VDU4040, VDU4540.	10 381	10 381
1209972	**Escarres, coussin en mousse et gel, s/classe IB, ABC, X-ACT.**	10 381	10 381
1244260	**Escarres, coussin en mousse et gel, s/classe IB, ASKLE, GELTOP.** La prise en charge est assurée pour les modèles suivants : - dimensions : 40 cm × 40 cm × 5,5 cm ; - dimensions : 43 cm × 44 cm × 5,5 cm.	10 381	10 381
1247518	**Escarres, coussin en mousse et gel, s/classe IB, HANDIFLOW, HANDILIGHT.** Coussin mixte en mousse et gel viscofluide, HANDILIGHT, de la société HANDIFLOW. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 120 kg. La prise en charge est assurée pour les modèles suivants : - réf. 1010 : L 40 cm × l 40 cm × h 5 cm ; - réf. 1011 : L 38 cm × l 38 cm × h 5 cm ; - réf. 1012 : L 43 cm × l 40 cm × h 5 cm ; - réf. 1013 : L 45 cm × l 43 cm × h 5 cm ; - réf. 1014 : L 43 cm × l 43 cm × h 5 cm ; - réf. 1015 : L 45 cm × l 40 cm × h 5 cm.	10 381	10 381
1249374	**Escarres, coussin en mousse et gel, s/classe IB, ESCARIUS, ELASTIL MOUSSE.**	10 381	10 381
1202250	**Escarres, coussin en mousse et gel, s/classe IB, ESCARIUS, GELO MOUSSE LOTUS.**	10 381	10 381

1283900	**Escarres, coussin en mousse et gel, s/classe IB, ESCARIUS, ELASTIL. 3D.**	10 381	10 381
1236911	**Escarres, coussin en mousse et gel, s/classe IB, ESCARIUS, ORTHOGEL.**	10 381	10 381
1256730	**Escarres, coussin en mousse et gel, s/classe IB, Invacare, Flo-Tech Image**. La prise en charge est assurée pour les patients de poids inférieur à 140 kg. La prise en charge est assurée pour les modèles suivants : - découpe droite ; - découpe toile assise (biseauté de chaque côté, pour fauteuils avec toile d'assise). Tailles : largeur ≥ 38 cm et longueur ≥ 40 cm.	10 381	10 381
1204012	**Escarres, coussin en mousse et gel, s/classe IB, JAY MEDICAL, JAY 2.**	10 381	10 381
1283359	**Escarres, coussin en mousse et gel, s/classe IB, JAY MEDICAL, JAY ACTIVE.**	10 381	10 381
1209908	**Escarres, coussin en mousse et gel, s\classe IB, DARULIFT, GEL'AIR 2D.** Coussin mixte en mousse et gel viscofluide, GEL AIR 2D, de la société DARULIFT SARL. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 90 kg. La prise en charge est assurée pour les coussins aux dimensions suivantes : dimensions partie gel : L 40 cm × l 40 cm × h 1,5 cm et dimensions partie mousse : L 40 cm × l 40 cm × h 6 cm	10 381	10 381
1264764	**Escarres, coussin en mousse et gel, s/classe IB, PHARMA OUEST, GELIDIS.** Coussin en mousse et gel, GELIDIS, de la société PHARMA OUEST. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids maximum de 90 kg. La prise en charge est assurée pour le modèle suivant : réf. 03/2554, dimensions : L 40 × l 40 × h 5 cm.	10 381	10 381
1201433	**Escarres, coussin en mousse et gel, s/classe IB, ROYAL MEDICAL, DUNE C300.**	10 381	10 381
1231960	**Escarres, coussin en mousse et gel, s/classe IB, ROYAL MEDICAL, DUNE C333.**	10 381	10 381
1286955	**Escarres, coussin en mousse et gel, s/classe IB, SYST'AM, POLYFORM MIXTE, P314C.** Coussin mixte en mousse et gel viscoélastique, POLYFORM P314C, de la société SYST'AM. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 120 kg. Une seconde housse de rechange est fournie avec ce coussin. La prise en charge est assurée pour le modèle suivant : dimensions : L 40 cm × l 40 cm × h 6 cm.	10 381	10 381
1241941	**Escarres, coussin en mousse et gel, s/classe IB, SYST'AM, DUOFORM, P341C.** Coussin mixte en mousse et gel viscoélastique, DUOFORM P341C, de la société SYST'AM. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 120 kg. Une seconde housse de rechange est fournie avec ce coussin.	10 381	10 381

	La prise en charge est assurée pour les modèles suivants : - dimensions : L 36 cm × l 36 cm × h. 8 cm ; - dimensions : L 42 cm × l 42 cm × h 8 cm ; - dimensions : L 42 cm × l 46 cm × h 8 cm ; - dimensions : L 45 cm × l 42 cm × h 8 cm ; - dimensions : L 45 cm × l 46 cm × h 9 cm ; - dimensions : L 51 cm × l 46 cm × h 9 cm.		

B - Coussins de série d'aide à la prévention des escarres de classe 2

Leur prise en charge est assurée :
- pour les patients assis en fauteuil pendant plus de dix heures par jour,
- pour les patients ayant un antécédent d'escarre et présentant un risque d'escarre évalué à un score inférieur ou égal à 14 sur l'échelle de Norton ou ayant un risque équivalent évalué par une autre échelle validée.

Leur prise en charge est assurée dans la limite d'un coussin maximum tous les trois ans.
La prise en charge est assurée pour les coussins suivants :

Coussin pneumatique à cellules télescopiques

La prise en charge est assurée pour les produits suivants:

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1245459	**Escarres, coussin pneumatique, classe II, ASKLE, KINERIS 7 FRANCE.** Coussin à air non motorisé à cellules pneumatiques individuellement déformables. La prise en charge est assurée pour les références V647, V727, V817, V907 et V107. La prise en charge est assurée pour les patients d'un poids maximum de 150 kg.	28 745	
1273875	**Escarres, coussin pneumatique, classe II, ASKLE, KINERIS 10 FRANCE.** Coussin à air non motorisé à cellules pneumatiques individuellement déformables. La prise en charge est assurée pour les références V6410, V7210, V8110, V9010 et V1010 La prise en charge est assurée pour les patients d'un poids maximum de 150 kg.	28 745	
1230972	**Escarres, coussin pneumatique, classe II, ASKLE, OPTIMAIR 7.** Coussin à air non motorisé à cellules pneumatiques individuellement déformables. La prise en charge est assurée pour la référence V77P.	28 745	
1200072	**Escarres, coussin pneumatique, classe II, ASKLE, OPTIMAIR 10.** Coussin à air non motorisé à cellules pneumatiques individuellement déformables. La prise en charge est assurée pour la référence V77G.	28 745	

1280562	**Escarres, coussin pneumatique, s/classe II, PHYSIPRO, SUPRACOR STIMULITE CONTOURED**	28 745	28 745
1201700	**Escarres, coussin pneumatique, s/classe II, PHYSIPRO, SUPRACOR STIMULITE SLIMLINE.**	28 745	28 745
1228857	**Escarres, coussin pneumatique, classe II, RECFRANCE, PROFIL'AIR.** Coussin à air non motorisé à cellules pneumatiques individuellement déformables. INDICATIONS : La prise en charge de PROFIL'AIR est assurée pour la prévention des escarres chez les patients à risque élevé ou très élevé d'escarres ischiatiques ou présentant une escarre maximale de stade 1 (présence d'érythème) sans trouble de la stabilité (monocompartiment) ou avec trouble de la stabilité (multicompartiment). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : La prise en charge de ce coussin est assurée pour des patients dont le poids est compris entre 35 et 120 kg. La prise en charge est limitée à un coussin tous les trois ans. La prescription du coussin PROFIL'AIR est réservée aux médecins de rééducation physique et de réadaptation, aux neurologues et aux gériatres. RÉFÉRENCES : - REC-CPA002 - 40 × 40 × 5 cm - mono-compartiment - REC-CPA003 - 40 × 45 × 5 cm - mono-compartiment - REC-CPA004 - 45 × 45 × 5 cm - mono-compartiment - REC-CPA005 - 40 × 40 × 7 cm - mono-compartiment - REC-CPA006 - 40 × 45 × 7 cm - mono-compartiment - REC-CPA007 - 45 × 45 × 7 cm - mono-compartiment - REC-CPA008 - 40 × 40 × 7 cm - bi-compartiment - REC-CPA009 - 40 × 45 × 7 cm - bi-compartiment - REC-CPA010 - 45 × 45 × 7 cm - bi-compartiment Ce coussin est conditionné de façon unitaire et est livré avec deux housses de protection, un système de gonflage, un kit de réparation et une notice d'utilisation.	28 745	28 745
1270687	**Escarres, coussin pneumatique, classe II, SYST'AM, POLYAIR P301C.** Coussin pneumatique à cellules télescopiques individuellement déformables, disponible en version mono ou multi-compartiment, POLYAIR P301C, de la société SYST'AM. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 120 kg. Une seconde housse de rechange est fournie avec ce coussin. La prise en charge est assurée pour les modèles suivants : dimensions : L 36 cm × l 36 cm × h 6 cm ; dimensions : L 40 cm × l 40 cm × h 6 cm ; dimensions : L 40 cm × l 43 cm × h 6 cm ; dimensions : L 40 cm × l 46 cm × h 6 cm ; dimensions : L 43 cm × l 43 cm × h 6 cm ;	28 745	

	dimensions : L 46 cm × l 40 cm × h 6 cm ; dimensions : L 46 cm × l 46 cm × h 6 cm ; dimensions : L 51 cm × l 46 cm × h 6 cm ; dimensions : L 51 cm × l 50 cm × h 6 cm.		
1272545	**Escarres, coussin pneumatique, classe II, SYST'AM, POLYAIR P302C.** Coussin pneumatique à cellules télescopiques individuellement déformables disponible en version mono ou multi-compartiment, POLYAIR P302C, de la société SYST'AM. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 120 kg. Une seconde housse de rechange est fournie avec ce coussin. La prise en charge est assurée pour les modèles suivants : - dimensions : L 40 cm × l 40 cm × h 10 cm ; - dimensions : L 40 cm × l 43 cm × h 10 cm ; - dimensions : L 40 cm × l 46 cm × h 10 cm ; - dimensions : L 43 cm × l 43 cm × h 10 cm ; - dimensions : L 46 cm × l 40 cm × h 10 cm ; - dimensions : L 46 cm × l 46 cm × h 10 cm ; - dimensions : L 51 cm × l 46 cm × h 10 cm ; - dimensions : L 51 cm × l 50 cm × h 10 cm.	28 745	
1226315	**Escarres, coussin pneumatique, classe II, PERMOBIL, ROHO MONO HIGH PROFILE.** Coussin ROHO MONOCOMPARTIMENT HIGH PROFILE de la société PERMOBIL FRANCE. INDICATION PRISE EN CHARGE Prévention pour des patients à risque élevé à très élevé de survenue d'escarre (selon jugement clinique et échelles) et/ou des risques spécifiques d'escarre ischiatique, sans asymétrie d'appui. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La prise en charge est limitée à un coussin tous les 3 ans. La prescription du coussin ROHO MONOCOMPARTIMENT est réservée aux médecins de rééducation physique et de réadaptation, aux neurologues et aux gériatres. La vérification de l'assise et de l'installation par le patient doit être réalisée par un professionnel médical ou paramédical qualifié. REFERENCES PRISES EN CHARGE 1832563 ; 1832565 ; 1832567 ; 1832570 ; 1832573 ; 1832577 ; 1832579 ; 1832582 ; 1832575 ; 1832590 ; 1832592 ; 1832585 ; 1832588 ; 1832549 ; 1832551 ; 1832542 ; 1832545 ; 1832548 ; 1832561 ; 1832554 ; 1832557 ; 1832560.	28 745	28 745
1253878	**Escarres, coussin pneumatique, classe II, PERMOBIL, ROHO MONO LOW PROFILE.** Coussin ROHO MONOCOMPARTIMENT LOW PROFILE de la société PERMOBIL FRANCE. INDICATION PRISE EN CHARGE	28 745	28 745

	Prévention pour des patients à risque élevé à très élevé de survenue d'escarre (selon jugement clinique et échelles) et/ou des risques spécifiques d'escarre ischiatique, sans asymétrie d'appui. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La prise en charge est limitée à un coussin tous les 3 ans. La prescription du coussin ROHO MONOCOMPARTIMENT est réservée aux médecins de rééducation physique et de réadaptation, aux neurologues et aux gériatres. La vérification de l'assise et de l'installation par le patient doit être réalisée par un professionnel médical ou paramédical qualifié. REFERENCES PRISES EN CHARGE 1832564 ; 1832566 ; 1832568 ; 1832571 ; 1832574 ; 1832578 ; 1832580 ; 1832583 ; 1832576 ; 1832591 ; 1832593 ; 1832586 ; 1832589 ; 1832550 ; 1832552 ; 1832543 ; 1832546 ; 1832562 ; 1832555 ; 1832558.		
1289422	**Escarres, coussin pneumatique, classe II, PERMOBIL, ROHO MONO MID PROFILE.** Coussin ROHO MONOCOMPARTIMENT MID PROFILE de la société PERMOBIL FRANCE. INDICATION PRISE EN CHARGE Prévention pour des patients à risque élevé à très élevé de survenue d'escarre (selon jugement clinique et échelles) et/ou des risques spécifiques d'escarre ischiatique, sans asymétrie d'appui. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La prise en charge est limitée à un coussin tous les 3 ans. La prescription du coussin ROHO MONOCOMPARTIMENT est réservée aux médecins de rééducation physique et de réadaptation, aux neurologues et aux gériatres. La vérification de l'assise et de l'installation par le patient doit être réalisée par un professionnel médical ou paramédical qualifié. REFERENCES PRISES EN CHARGE 1832569 ; 1832572 ; 1832581 ; 1832584 ; 1832594 ; 1832587 ; 1832553 ; 1832544 ; 1832547 ; 1832556 ; 1832559.	28 745	28 745
1238650	**Escarres, coussin pneumatique, classe II, PERMOBIL, QUADTRO SELECT HIGH PROFILE.** INDICATION PRISE EN CHARGE Prévention pour des patients à risque élevé à très élevé de survenue d'escarre (selon jugement clinique et échelles) et/ou des risques spécifiques d'escarre ischiatique, sans asymétrie d'appui. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La prise en charge est limitée à un coussin tous les 3 ans. La prescription du coussin ROHO QUADTRO SELECT est réservée aux médecins de rééducation physique et de réadaptation, aux neurologues et aux gériatres. La vérification de l'assise et de l'installation par le patient doit être réalisée par un professionnel médical ou paramédical qualifié. REFERENCES PRISES EN CHARGE 1832492 ; 1832494 ; 1832496 ; 1832498 ; 1832500 ; 1832504 ; 1832506 ; 1832509 ; 1832502 ; 1832518 ;	28 745	28 745

	1832520 ; 1832512 ; 1832515 ; 1832517 ; 1832479 ; 1832481 ; 1832472 ; 1832475 ; 1832477 ; 1832489 ; 1832484 ; 1832486 ; 1832488.		
1200014	**Escarres, coussin pneumatique, classe II, PERMOBIL, QUADTRO SELECT LOW PROFILE.** INDICATION PRISE EN CHARGE Prévention pour des patients à risque élevé à très élevé de survenue d'escarre (selon jugement clinique et échelles) et/ou des risques spécifiques d'escarre ischiatique, sans asymétrie d'appui. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La prise en charge est limitée à un coussin tous les 3 ans. La prescription du coussin ROHO QUADTRO SELECT est réservée aux médecins de rééducation physique et de réadaptation, aux neurologues et aux gériatres. La vérification de l'assise et de l'installation par le patient doit être réalisée par un professionnel médical ou paramédical qualifié. REFERENCES PRISES EN CHARGE 1832491 ; 1832493 ; 1832495 ; 1832497 ; 1832499 ; 1832501 ; 1832505 ; 1832507 ; 1832510 ; 1832503 ; 1832519 ; 1832521 ; 1832513 ; 1832516 ; 1832480 ; 1832482 ; 1832473 ; 1832476 ; 1832490 ; 1832485 ; 1832487.	28 745	28 745
1270180	**Escarres, coussin pneumatique, classe II, PERMOBIL, QUADTRO SELECT MID PROFILE.** INDICATION PRISE EN CHARGE Prévention pour des patients à risque élevé à très élevé de survenue d'escarre (selon jugement clinique et échelles) et/ou des risques spécifiques d'escarre ischiatique, sans asymétrie d'appui. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La prise en charge est limitée à un coussin tous les 3 ans. La prescription du coussin ROHO QUADTRO SELECT est réservée aux médecins de rééducation physique et de réadaptation, aux neurologues et aux gériatres. La vérification de l'assise et de l'installation par le patient doit être réalisée par un professionnel médical ou paramédical qualifié. REFERENCES PRISES EN CHARGE 1832508 ; 1832511 ; 1832522 ; 1832514 ; 1832483 ; 1832474.	28 745	28 745

Coussin en mousse viscoélastique dit "à mémoire de forme"

Un coussin en mousse viscoélastique s'adresse à des patients sans asymétrie d'appui et sans risque de glisser avant. Il est à 100 % en mousse viscoélastique. Le coussin à assise doit avoir une épaisseur d'au moins 6 cm au point le plus bas. Le coussin plat doit avoir une épaisseur d'au moins 6 cm.
Le coussin dit technique dispose :
- d'une butée pelvienne d'une hauteur de minimale de 8 cm ;
- et/ou d'une épaisseur minimale sous ischions de 8 cm ainsi que d'épaisseur de coussin mesurée au point le plus haut excédant de 15 mm au minimum celle mesurée sous les ischions, ceci de manière à former une forme ergonomique au coussin ;

- et/ou d'une conception multi-couches intégrant a minima une seconde couche répondant aux exigences minimales des paragraphes II-B.2.b.i ou II-B.2.d.i conformément à l'avis de la CNEDIMTS du 22 décembre 2009. Dans ce cas, la surface du coussin est intégralement constituée de mousse viscoélastique, dont l'épaisseur moyenne est au minimum de 25 mm. Une épaisseur de mousse viscoélastique d'au moins 6 cm sous ischions est exigée. Dans le cas spécifique où la couche inférieure répond aux exigences du paragraphe II-B.2.d.i, une différence de caractéristique de résistance à la compression est requise avec celle de la couche de surface.

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1244678	**Escarres, coussin visco, classe II, ABC, MEMOBA M-PUR, standard .** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, standard ou dit de forme de largeur comprise entre 38 cm et 45 cm, MEMOBA M-PUR, de la société ABC. Références prises en charge : MEM4040, MEM4540, MEM4043, MEM4343, MEM4545, MEM4038.	10 750	10 750
1247754	**Escarres, coussin visco, classe II, ABC, MEMOBA M-PUR, standard < 38 cm.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, standard ou dit de forme de largeur inférieure à 38 cm, MEMOBA M-PUR, de la société ABC. Références prises en charge : MEM3636, MEM3436.	12 620	12 620
1259177	**Escarres, coussin visco, classe II, ABC, MEMOBA M-PUR, standard > 45 cm.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, standard ou dit de forme de largeur supérieure à 45 cm, MEMOBA M- PUR, de la société ABC. Références prises en charge : MEM5045, MEM5050.	12 620	12 620
1223920	**Escarres, coussin visco, classe II, ABC, MEMOBA M-PUR, technique.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, technique quelle que soit la taille, MEMOBA M-PUR, de la société ABC. Références prises en charge : MEP4040, MEP4540, MEP4545, MEH4540, MEH4343, MEH4545, MEH5045 et MEH5050.	12 620	12 620
1251773	**Escarres, coussin visco, classe II, ASKLE, ALOVA ERGONOMIQUE, standard.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, standard ou dit de forme de largeur comprise entre 38 cm et 45 cm, ALOVA ERGONOMIQUE, de la société ASKLE SANTE. Références prises en charge : VCAE/M4343	10 750	10 750
1280036	**Escarres, coussin visco, classe II, ASKLE, ALOVA GALBE, standard.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, standard ou dit de forme de largeur comprise entre 38 cm et 45 cm ALOVA GALBE, de la société ASKLE SANTE. Références prises en charge : VCAG3841, VCAG4041, VCAG4341, VCAG4043, VCAG4343, VCAG4544, VCAG4347, VCAG4540 et VCAG4340.	10 750	10 750

	La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 30 et 120 kg. L'épaisseur en mousse viscoélastique sous les ischions est comprise entre 6 et 9 cm. Une notice et deux housses de protection en polyuréthane (PU) sont fournies avec ce coussin.		
1256546	**Escarres, coussin visco, classe II, ASKLE, ALOVA GALBE, standard < 38 cm.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, standard ou dit de forme de largeur inférieure à 38 cm, GALBE ALOVA, de la société ASKLE SANTE. Références prises en charge : VCAG3636 La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 20 et 80 kg. L'épaisseur en mousse viscoélastique sous les ischions est comprise entre 6 et 9 cm. Une notice et deux housses de protection en polyuréthane (PU) sont fournies avec ce coussin.	12 620	12 620
1276951	**Escarres, coussin en visco, classe II, ASKLE, ALOVA GALBE, standard > 45 cm.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, standard ou dit de forme de largeur supérieure à 45 cm, GALBE ALOVA, de la société ASKLE SANTE. Références prises en charge : VCAG5044, VCAG5250, VCAG5450, VCAG5650, VCAG6050 La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 30 et 200 kg. L'épaisseur en mousse viscoélastique sous les ischions est comprise entre 6 et 9 cm pour les coussins de 44 cm de profondeur et entre 7 et 10 cm pour ceux de 50 cm de profondeur. Une notice et deux housses de protection en polyuréthane (PU) sont fournies avec ce coussin.	12 620	12 620
1223297	**Escarres, coussin visco, classe II, ASKLE, ALOVA GALBE, technique.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, technique quelle que soit la taille, GALBE ALOVA, de la société ASKLE SANTE. Références prises en charge : VCAG3841BP, VCAG4041BP, VCAG4341BP, VCAG4343BP, VCAG4544BP, VCAG5044BP, VCAG4347BP, VCAG4343XL et VCAG5044XL	12 620	12 620
1202705	**Escarres, coussin visco, classe II, CARPENTER, CARPENTER VISCOLUX, standard.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, standard ou dit de forme de largeur comprise entre 38 cm et 45 cm, CARPENTER VISCOLUX, de la société CARPENTER SAS. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 120 kg. CARPENTER VISCOLUX est garanti trois ans. Une notice et deux housses de protection en polyuréthane (PU) sont fournies avec ce coussin. Références prises en charge : 706815, 706816, 706817, 706818, 724822, 724823, 768354, 768359, 768361, 768362, 768363, 768365.	10 750	10 750
1296793	**Escarres, coussin visco, classe II, CARPENTER, CARPENTER VISCOLUX, standard < 38 cm.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, standard ou dit de forme de largeur inférieure à 38 cm, CARPENTER VISCOLUX, de la société CARPENTER SAS. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 100 kg. CARPENTER VISCOLUX est garanti trois ans. Une notice et deux housses de protection en polyuréthane (PU) sont fournies avec ce coussin.	12 620	12 620

	Références prises en charge : 768309		
1292789	**Escarres, coussin visco, classe II, CARPENTER, CARPENTER VISCOLUX, standard > 45 cm.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, standard ou dit de forme de largeur supérieure à 45 cm, CARPENTER VISCOLUX, de la société CARPENTER SAS. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 100 kg. CARPENTER VISCOLUX est garanti trois ans. Une notice et deux housses de protection en polyuréthane (PU) sont fournies avec ce coussin. Références prises en charge : 706819, 768334.	12 620	12 620
1217664	**Escarres, coussin visco, classe II, CARPENTER, CARPENTER VISCOLUX, technique.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, technique, quelle que soit la taille, CARPENTER VISCOLUX, de la société CARPENTER SAS. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 100 kg. CARPENTER VISCOLUX est garanti trois ans. Une notice et deux housses de protection en polyuréthane (PU) sont fournies avec ce coussin. Références prises en charge : 768338, 768339, 768340, 768342, 768343, 768345.	12 620	12 620
1257155	**Escarres, coussin visco, classe II, ESCARIUS, VISCO, standard.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, standard ou dit de forme de largeur comprise entre 38 cm et 45 cm, VISCO, des laboratoires ESCARIUS. Références prises en charge : VISCO galbé : VGB-LGT-4040, VGB- LGT-4242, VGB-HVY-4040, VGB- HVY-4242, VGB-LGT-SPE-STD (sur mesure), VGB-HVY-SPE-STD (sur mesure). VISCO plat : VPL-LGT-4240, VPL- HVY-4240, VPL-LGT-SPE-STD (sur mesure), VPL-HVY-SPE-STD (sur mesure).	10 750	10 750
1206904	**Escarres, coussin visco, classe II, ESCARIUS, VISCO, standard < 38 cm.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, standard ou dit de forme de largeur inférieure à 38 cm, VISCO, des laboratoires ESCARIUS. Références prises en charge : VISCO galbé : VGB-LGT-3035, VGB-LGT-3438, VGB-LGT-SPE-38 (sur mesure), VGB-HVY-3035, VGB-HVY-3438, VGB-HVY-SPE-38 (sur mesure). VISCO plat : VPL-LGT-3035, VPL-LGT-3538, VPL-LGT-SPE-38 (sur mesure), VPL-HVY-3035, VPL-HVY-3538, VPL-HVY-SPE-38 (sur mesure).	12 620	12 620
1251460	**Escarres, coussin visco, classe II, ESCARIUS, VISCO, standard > 45 cm.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, standard ou dit de forme de largeur supérieure à 45 cm, VISCO, des laboratoires ESCARIUS. Références prises en charge : VISCO galbé : VGB-LGT-4545, VGB-LGT-4245, VGB-LGT-4542, VGB-LGT- 4550, VGB-LGT-SPE-45 (sur mesure), VGB-HVY-4545, VGB-HVY-4245, VGB-HVY-4542, VGB-HVY-4550, VGB-HVY-SPE-45 (sur mesure).	12 620	12 620

	VISCO plat : VPL-LGT-4545, VPL-LGT-4858, VPL-LGT-SPE-45 (sur mesure), VPL-HVY-4545, VPL-HVY-4858, VPL-HVY-5550, VPL-HVY-6655 VPL- HVY-SPE-45 (sur mesure).		
1229160	**Escarres, coussin visco, classe II, ESCARIUS, VISCOTECH, technique.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, technique, quelle que soit la taille, VISCOTECH, des laboratoires ESCARIUS. Références prises en charge : VISCOTECH galbé : VGB-LGT/TK-3035, VGB-LGT/TK-3438, VGB- LGT/TK-4040, VGB-LGT/TK-4242, VGB-LGT/TK-4545, VGB-LGT/TK-4245, VGB-LGT/TK-4542, VGB-LGT/TK-4550, VGB-LGT/TK-SPE (sur mesure), VGB-HVY/TK-3035, VGB-HVY/TK-3438, VGB-HVY/TK-4040, VGB-HVY- TK-4242, VGB-HVY-TK-4545, VGB-HVY-TK-4245, VGB-HVY-TK-4542, VGB-HVY-TK-4550, VGB-HVY-TK-SPE (sur mesure). VISCOTECH plat : VPL-LGT-TK-3035, VPL-LGT-TK-3538, VPL-LGT-TK- 4240, VPL-LGT-TK-4545, VPL-LGT-TK-4858, VPL-LGT-TK-SPE (sur mesure), VPL-HVY-TK-4240, VPL-HVY-TK-4545, VPL-HVY-TK-4858, VPL- HVY-TK-5550, VPL-HVY-TK-6655, VPL-HVY-TK-SPE (sur mesure)	12 620	12 620
1229785	**Escarres, coussin visco, classe II, INVACARE, FLO-TECH LITE VISCO, standard.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, standard ou dit de forme de largeur comprise entre 38 cm et 45 cm, FLO-TECH LITE VISCO, de la société INVACARE POIRIER SAS. La prise en charge est assurée pour les patients d'un poids maximum de 79 kg. Références prises en charge : 1501111, 1501112, 1525532, 1501109, 1501110, 1525533, 1501107, 1501108, 1525534.	10 750	10 750
1248713	**Escarres, coussin visco, classe II, INVACARE, FLO-TECH LITE VISCO, standard > 45 cm.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, standard ou dit de forme de largeur supérieure à 45 cm, FLO-TECH LITE VISCO, de la société INVACARE POIRIER SAS. La prise en charge est assurée pour les patients d'un poids maximum de 79 kg. Références prises en charge : 1523826, 1523866, 1525535	12 620	12 620
1255274	**Escarres, coussin visco, classe II, INVACARE, FLO-TECH CONTOUR VISCO, technique.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, technique quelle que soit la taille, FLO-TECH CONTOUR VISCO, de la société INVACARE POIRIER SAS. La prise en charge est assurée pour les patients d'un poids maximum de 125 kg. Références prises en charge : 1526594, 1501113, 1526595, 1501114, 1501115, 1526608, 1501116, 1501117, 1559658, 1559661, 1559731, 1500991, 1500992, 1500993, 1500994, 1525020, 1501118, 1501119, 1525021, 1525562, 1559590, 1559659, 1559730, 1559656, 1559660, 1559657, 1559789, 1559732, 1559787, 1559788, 1559884.	12 620	12 620
1258864	**Escarres, coussin visco, classe II, Invacare, CLASSIC VISCO, standard.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, standard ou dit de forme de largeur comprise entre 38 cm et 45 cm CLASSIC VISCO, de la société Invacare Poirier SAS. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION: La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 50 et 100 kg. L'épaisseur en mousse viscoélastique sous les ischions est de 7,5 cm.	10 750	10 750

	Une notice et deux housses de protection DARTEX sont fournies avec ce coussin. REFERENCES PRISES EN CHARGE: 1627254 et 1627255 La prise en charge est limitée à un coussin tous les 3 ans.		
1260677	**Escarres, coussin visco, classe II, Invacare, CLASSIC VISCO, standard < 38 cm.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, standard ou dit de forme de largeur inférieure à 38 cm, CLASSIC VISCO, de la société Invacare Poirier SAS MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION: La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 0 et 50 kg. L'épaisseur en mousse viscoélastique sous les ischions est de 7,5 cm. Une notice et deux housses de protection DARTEX sont fournies avec ce coussin. REFERENCE PRISE EN CHARGE: 1627253 La prise en charge est limitée à un coussin tous les 3 ans.	12 620	12 620
1203679	**Escarres, coussin en visco, classe II, Invacare, CLASSIC VISCO, standard > 45 cm.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, standard ou dit de forme de largeur supérieure à 45 cm, CLASSIC VISCO, de la société Invacare Poirier SAS. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION: La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 50 et 100 kg. L'épaisseur en mousse viscoélastique sous les ischions est de 7,5 cm. Une notice et deux housses de protection DARTEX sont fournies avec ce coussin. REFERENCE PRISE EN CHARGE: 1627256 La prise en charge est limitée à un coussin tous les 3 ans.	12 620	12 620
1204242	**Escarres, coussin visco, classe II, DARULIFT, VISCO'MOUSS, standard.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, standard ou dit de forme de largeur comprise entre 38 cm et 45 cm, VISCO'MOUSS, de la société DARULIFT SARL. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 90 kg. Références prises en charge : 410700 housses NAB et IMP, 410701 housses NAB et IMP, 410702 housses NAB et IMP, 410703 housses NAB et IMP, 410710 2 housses IMP, 410711 2 housses IMP, 410712 2 housses IMP, 410713 2 housses IMP, 410720 2 housses NAB, 410721 2 housses NAB, 410722 2 housses NAB, 410723 2 housses NAB, 410740 2 housses IMP, 410741 2 housses IMP, 410742 2 housses IMP, 410743 2 housses IMP, 410750 2 housses NAB, 410751 2 housses NAB, 410752 2 housses NAB, 410753 2 housses NAB, 410764 Plat, 410766 2 housses IMP, 410768 2 housses IMP, 410769 2 housses IMP	10 750	10 750
1243680	**Escarres, coussin visco, classe II, DARULIFT, VISCO'MOUSS, standard< 38 cm.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, standard ou dit de forme de largeur inférieure à 38 cm, VISCO'MOUSS, de la société DARULIFT SARL. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 90 kg. Références prises en charge : 410704 housses NAB et IMP, 410714 2 housses IMP, 410724 2 housses NAB, 410744 2 housses	12 620	12 620

	IMP, 410754 2 housses NAB, 410761 2 housses NAB, 410762 2 housses IMP, 410763 2 housses IMP, 41077XX 2 housses IMP		
1233143	**Escarres, coussin visco, classe II, DARULIFT, VISCO'MOUSS, standard> 45 cm.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, standard ou dit de forme de largeur supérieure à 45 cm, VISCO'MOUSS, de la société DARULIFT SARL. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 90 kg. Références prises en charge : 410705 housses NAB et IMP, 410715 2 housses IMP, 410725 2 housses NAB, 410745 2 housses IMP, 410755 2 housses NAB, 410760 2 housses IMP, 410765 Plat, 410767 2 housses IMP, 41078XX 2 housses IMP	12 620	12 620
1259214	**Escarres, coussin visco, classe II, DARULIFT, VISCO'MOUSS, technique.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, technique quelle que soit la taille, VISCO'MOUSS, de la société DARULIFT SARL. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 90 kg. Références prises en charge : 410770 housses NAB et IMP avec butée, 410771 housses NAB et IMP avec butée, 410772 housses NAB et IMP avec butée, 410773 housses NAB et IMP avec butée, 410774 housses NAB et IMP avec butée, 410775 housses NAB et IMP avec butée, 410780 2 housses IMP avec butée, 410781 2 housses IMP avec butée, 410782 2 housses IMP avec butée, 410783 2 housses IMP avec butée, 410784 2 housses IMP avec butée, 410785 2 housses IMP avec butée, 41079XX 2 housses IMP.	12 620	12 620
1273438	**Escarres, coussin en mousse viscoélastique, classe II, PHARMA OUEST, PHARMA FORM.** Coussin en mousse viscoélastique type mémoire de forme, PHARMA FORM, de la société PHARMA OUEST. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayantun poids maximum de 90 kg. La prise en charge est assurée pour le modèle suivant : Réf. 17/17200, dimensions : L 40 cm × l 40 cm × h 10 cm.	15 970	15 970
1231233	**Escarres, coussin visco, classe II, PHARMA OUEST, PHARMA FORM, standard.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, standard ou dit de forme de largeur comprise entre 38 cm et 45 cm, PHARMA FORM, de la société PHARMA OUEST. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids maximum de 90 kg. Références prises en charge : 17.17294, 17.17295, 17.17267.	10 750	10 750
1272344	**Escarres, coussin visco, classe II, PHARMA OUEST, PHARMA FORM, standard < 38 cm.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, standard ou dit de forme de largeur inférieure à 38 cm, PHARMA FORM, de la société PHARMA OUEST. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids maximum de 90 kg. Références prises en charge : 17.17234	12 620	12 620
1262713	**Escarres, coussin visco, classe II, PHARMA OUEST, PHARMA FORM, standard > 45 cm.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, standard ou dit de forme de largeur supérieure à 45 cm, PHARMA FORM, de la société PHARMA OUEST. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids maximum de 90 kg. Références prises en charge : 17.17235, 17.17299	12 620	12 620

1239022	**Escarres, coussin visco, classe II, PHARMA OUEST, PHARMA FORM, technique.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, technique quelle que soit la taille, PHARMA FORM, de la société PHARMA OUEST. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids maximum de 90 kg. Références prises en charge : 17.17008, 17.17018, 17.17028, 17.17038, 17.17106, 17.17116, 17.17126, 17.17136	12 620	12 620
1277749	**Escarres, coussin en mousse viscoélastique, classe II, PHARMA OUEST, PRIMA FORM.** Coussin en mousse viscoélastique type mémoire de forme, PRIMA FORM, de la société PHARMA OUEST. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids maximum de 80 kg. Références prises en charge : - réf. 17/17260, dimensions : L 40 × l 40 × h 7 cm ; - réf. 17/17265, dimensions : L 40 × l 38 × h 7 cm ; - réf. 17/17270, dimensions : L 43 × l 40 × h 7 cm ; - réf. 17/17275, dimensions : L 45 × l 43 × h 7 cm ; - réf. 17/17280, dimensions : L 50 × l 45 × h 7 cm.	15 970	15 970
1294653	**Escarres, coussin visco, classe II, PHARMA OUEST, PRIMA FORM, standard.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, standard ou dit de forme de largeur comprise entre 38 cm et 45 cm, PRIMA FORM, de la société PHARMA OUEST. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids maximum de 80 kg. Références prises en charge : 17.17260, 17.17265, réf. 17.17270, 17.17266	10 750	10 750
1231865	**Escarres, coussin visco, classe II, PHARMA OUEST, PRIMA FORM, standard < 38 cm.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, standard ou dit de forme de largeur inférieure à 38 cm, PRIMA FORM, de la société PHARMA OUEST. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids maximum de 80 kg. Références prises en charge : 17.17264	12 620	12 620
1285690	**Escarres, coussin visco, classe II, PHARMA OUEST, PRIMA FORM, standard > 45 cm.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, standard ou dit de forme de largeur supérieure à 45 cm, PRIMA FORM, de la société PHARMA OUEST. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids maximum de 80 kg. Références prises en charge : 17.17275, 17.17276, 17.17280	12 620	12 620
1261725	**Escarres, coussin visco, classe II, PHARMA OUEST, PRIMA FORM, technique.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, technique quelle que soit la taille, PRIMA FORM, de la société PHARMA OUEST. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids maximum de 80 kg. Références prises en charge : 17.17265P, 17.17260P, 17.17270P, 17.17275P, 17.17280P	12 620	12 620
1255096	**Escarres, coussin en mousse viscoélastique, classe II, SYST'AM, P 361 C.** Coussin en mousse viscoélastique type mémoire de forme, SYST'AM P361C, de la société SYST'AM. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 120 kg.	15 970	15 970

	Une seconde housse de rechange est fournie avec ce coussin. Références prises en charge : -dimensions : L 36 cm × l 36 cm × h 8 cm ; - dimensions : L 38 cm × l 38 cm × h 8 cm ; - dimensions : L 42 cm × l 41 cm × h 8 cm ; - dimensions : L 42 cm × l 46 cm × h 8 cm ; - dimensions : L 45 cm × l 42 cm × h 8 cm ; - dimensions : L 45 cm × l 46 cm × h 9 cm ; dimensions : L 51 cm × l 46 cm × h 9 cm.		
1224084	**Escarres, coussin visco, classe II, SYST'AM, P 361 C, standard.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, standard ou dit de forme, de largeur comprise entre 38 cm et 45 cm, SYST'AM P361C, de la société SYST'AM. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 30 à 130 kg. Une seconde housse de rechange est fournie avec ce coussin. Références prises en charge: Dimensions : L 38 cm × l 38 cm, L 38 cm × l 43 cm, L 40 cm × l 40 cm, L 40 cm × l 46 cm, L 42 cm × l 41 cm, L 42 cm × l 42 cm, L 42 cm × l 46 cm, L 45 cm × l 42 cm, L 45 cm × l 46 cm	10 750	10 750
1245844	**Escarres, coussin visco, classe II, SYST'AM, P 361 CL, standard.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, standard ou dit de forme, de largeur comprise entre 38 cm et 45 cm, SYST'AM P361CL, de la société SYST'AM. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 120 kg. Une seconde housse de rechange est fournie avec ce coussin. Références prises en charge: Dimensions : L 38 cm × l 38 cm, L 38 cm × l 43 cm, L 40 cm × l 40 cm, L 40 cm × l 46 cm, L 42 cm × l 41 cm, L 42 cm × l 42 cm, L 42 cm × l 46 cm, L 45 cm × l 42 cm, L 45 cm × l 46 cm	10 750	10 750
1262699	**Escarres, coussin visco, classe II, SYST'AM, P 361 C, standard < 38 cm.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, standard ou dit de forme, de largeur inférieure à 38 cm, SYST'AM P361C, de la société SYST'AM. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 15 à 80 kg. Une seconde housse de rechange est fournie avec ce coussin. Références prises en charge : Dimensions : L 32 cm × l 32 cm, L 36 cm × l 36 cm, L 36 cm × l 40 cm, L 37 cm × l 38 cm, L 37 cm × l 43 cm	12 620	12 620
1245034	**Escarres, coussin visco, classe II, SYST'AM, P 361 CL, standard < 38 cm.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, standard ou dit de forme, de largeur inférieure à 38 cm, SYST'AM P361CL, de la société SYST'AM. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 120 kg. Une seconde housse de rechange est fournie avec ce coussin. Références prises en charge : Dimensions : L 32 cm × l 32 cm, L 36 cm × l 36 cm, L 36 cm × l 40 cm, L 37 cm × l 38 cm, L 37 cm × l 43 cm.	12 620	12 620

1271379	**Escarres, coussin visco, classe II, SYST'AM, P 361 C, standard > 45 cm.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, standard ou dit de forme, de largeur supérieure à 45 cm, SYST'AM P361C, de la société SYST'AM. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 55 à 195 kg. Une seconde housse de rechange est fournie avec ce coussin. La prise en charge est assurée pour les modèles suivants : Dimensions : L 46 cm × l 42 cm, L 46 cm × l 46 cm, L 48 cm × l 43 cm, L 51 cm × l 46 cm, L 51 cm × l 50 cm, L 56 cm × l 46 cm, L 61 cm × l 46 cm, L 61 cm × l 50 cm.	12 620	12 620
1253766	**Escarres, coussin visco, classe II, SYST'AM, P 361 CL, standard > 45 cm.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, standard ou dit de forme, de largeur supérieure à 45 cm, SYST'AM P361CL, de la société SYST'AM. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 120 kg. Une seconde housse de rechange est fournie avec ce coussin. La prise en charge est assurée pour les modèles suivants : Dimensions : L 46 cm × l 42 cm, L 46 cm × l 46 cm, L 48 cm × l 43 cm, L 51 cm × l 46 cm, L 51 cm × l 50 cm, L 56 cm × l 46 cm, L 61 cm × l 46 cm, L 61 cm × l 50 cm	12 620	12 620
1215808	**Escarres, coussin visco, classe II, SYST'AM, P 361 CP, technique.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, technique, quelle que soit la taille, SYST'AM P361CP, de la société SYST'AM. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 120 kg. Une seconde housse de rechange est fournie avec ce coussin. Références prises en charge: Dimensions des coussins techniques avec butée pelvienne : L 32 cm × l 32 cm, L 36 cm × l 36 cm, L 36 cm × l 40 cm, L 37 cm × l 38 cm, L 37 cm × l 43 cm, L 38 cm × l 38 cm, L 38 cm × l 43 cm, L 40 cm × l 40 cm, L 40 cm × l 46 cm, L 42 cm × l 41 cm, L 42 cm × l 42 cm, L 42 cm × l 46 cm, L 45 cm × l 42 cm, L 45 cm × l 46 cm, L 46 cm × l 42 cm, L 46 cm × l 46 cm, L 48 cm × l 43 cm, L 51 cm × l 46 cm, L 51 cm × l 50 cm, L 56 cm × l 46 cm, L 61 cm × l 46 cm, L 61 cm × l 50 cm	12 620	12 620
1258730	**Escarres, coussin visco, classe II, SYST'AM, P 361 CA, technique.** Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, technique, quelle que soit la taille, SYST'AM P361CA, de la société SYST'AM. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 120 kg. Une seconde housse de rechange est fournie avec ce coussin. Références prises en charge : Dimensions des coussins techniques : L 32 cm × l 32 cm, L 36 cm × l 36 cm, L 36 cm × l 40 cm, L 37 cm × l 38 cm, L 37 cm × l 43 cm, L 38 cm × l 38 cm, L 38 cm × l 43 cm, L 40 cm × l 40 cm, L 40 cm × l 46 cm, L 42 cm × l 41 cm, L 42 cm × l 42 cm, L 42 cm × l 46 cm, L 45 cm × l 42 cm, L 45 cm × l 46 cm, L 46 cm × l 42 cm, L 46 cm × l 46 cm, L 48 cm × l 43 cm, L 51 cm × l 46 cm, L 51 cm × l 50 cm, L 56 cm × l 46 cm, L 61 cm × l 46 cm, L 61 cm × l 50 cm	12 620	12 620
1204288	**Escarres, coussin visco, classe II, SYST'AM, P 361 CV, technique.**	12 620	12 620

	Coussin en mousse viscoélastique pour prévention des escarres, de classe II, technique, quelle que soit la taille, SYST'AM P361CV, de la société SYST'AM. La prise en charge de ce coussin est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 120 kg. Une seconde housse de rechange est fournie avec ce coussin. Références prises en charge : Dimensions des coussins techniques avec ou sans butée pelvienne : L 32 cm× l 32 cm, L 36 cm × l 36 cm, L 36 cm × l 40 cm, L 37 cm × l 38 cm, L 37 cm× l 43 cm, L 38 cm × l 38 cm, L 38 cm × l 43 cm, L 40 cm × l 40 cm, L 40 cm× l 46 cm, L 42 cm × l 41 cm, L 42 cm × l 42 cm, L 42 cm × l 46 cm, L 45 cm× l 42 cm, L 45 cm × l 46 cm, L 46 cm × l 42 cm, L 46 cm × l 46 cm, L 48 cm× l 43 cm, L 51 cm × l 46 cm, L 51 cm × l 50 cm, L 56 cm × l 46 cm, L 61 cm× l 46 cm, L 61 cm × l 50 cm		

C - Coussins ischiatiques sur mesure

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1246424	**Escarres, coussin ischiatique sur mesure.** Coussin d'aide à la prévention des escarres ischiatiques réalisé sur mesure, avec ou sans système de repérage. Ce coussin est conçu à partir d'une empreinte réalisée à l'aide d'une nappe de capture de pression de type capacitif et d'un logiciel utilisant la méthode de calcul par éléments finis. Il est composé de deux couches de mousse de densités différentes, usinées en forme, par fraisage à commande numérique. Sa prise en charge est assurée pour les patients : - atteints de lésions médullaires, traumatiques ou médicales, - ou d'affections neuro-musculaires à haut risque d'escarres validé par l'échelle de Waterlow (ou son équivalent), et ayant une durée d'assise quotidienne de plus de 8 heures. La prise en charge de ce coussin est subordonnée : - à la prescription par une équipe pluridisciplinaire constituée au minimum d'un médecin de médecine physique et de réadaptation aidé d'un kinésithérapeute ou d'un ergothérapeute, - au suivi du patient tous les trois mois par une équipe de ce type, - à la fabrication et à l'adaptation de ce coussin par un orthoprothésiste. Le tarif de responsabilité couvre le coût d'achat du coussin et de deux housses. La prise en charge du renouvellement d'une des deux housses d'origine peut être assurée sous la référence 1203633 (accessoires de protection du coussin).	35 627	

D - Accessoires pour coussins

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1203633	**Escarres, rémplacement d'une des deux housses livrées avec le coussin.** Accessoire de protection du coussin de série d'aide à la prévention des escarres. Remplacement d'une des deux housses d'origine livrées avec le coussin.	2 374	

	Le rythmé de prise en charge de cette housse de remplacement ne peut excéder celui fixé pour chaque sous-classe ou classe de la nomenclature des coussins. La prise en charge de cette référence ne peut s'additionner aux : coussins en mousse monobloc ou avec découpe, coussins à eau, coussins à air statique, coussins mixtes (en mousse et eau ou en mousse et air statique), coussins en mousse structurée formés de modules amovibles, coussins en gel, coussins en mousse et gel, coussins en fibres siliconées; coussins pneumatiques à cellules télescopiques, coussins en mousse dits viscoélastique à mémoire de forme.		
1221855	**Escarres, accessoires, coussin de décharge du talon, des coudes ou des genoux.** Accessoire d'aide à la prévention des escarres. Coussin de décharge du talon (ou talonnière), des coudes (ou coudière) ou des genoux réalisé dans un des matériaux des coussins ou matelas ou surmatelas d'aide à la prévention des escarres inscrits sur la liste. Leur prise en charge est assurée : - pour les patients présentant un risque d'escarre évalué à un score inférieur ou égal à 14 sur l'échelle de Norton ou ayant un risque équivalent évalué par une autre échelle validée; - pour les patients atteints de lésions médullaires.	2 495	

1.3.2.1.2.3. Paragraphe 3 : Matelas ou surmatelas d'aide à la prévention des escarres

Le tarif de responsabilité couvre le coût d'achat du matelas ou du surmatelas et de sa housse ainsi que sa livraison.
La prise en charge d'un matelas ou d'un surmatelas adapté au couchage de deux personnes peut être assurée dans la limite des tarifs de responsabilité fixés.
La prise en charge d'un surmatelas exclut la prise en charge du code 1211383.

Support de plus de 5 cm pour surmatelas d'aide à la prévention des escarres

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1205477	**Escarres surmatelas, support de plus de 5 cm pour surmatelas.** La prise en charge de cette référence n'est assurée qu'en cas d'association avec un des codes suivants : 1280680, 1203113, 1254984, 1297628, 1295374, 1215205, 1252815, 1255506, 1263351, 1284927, 1206548, 1250259, 1249138, 1204220, 1244900, 1237218, 1224078, 1251342, 1220034, 1279317, 1278045, 1237017, 1200250 et 1267449.	7 703	7 703

A - Matelas ou surmatelas de classe 1

Leur prise en charge est assurée :
- pour les patients présentant un risque d'escarre évalué à un score inférieur ou égal à 14 sur l'échelle de Norton ou ayant un risque équivalent évalué par une autre échelle validée ;
- pour les patients atteints de lésions médullaires.

Matelas ou surmatelas de sous-classe (s\classe) 1A

Leur prise en chargé est assurée dans `la limite d'un matelas ou d'un surmatelas maximum par an.
La prise en charge est assurée pour les matelas ou surmatelas suivants :

Matelas ou surmatelas en mousse avec découpe en forme de gaufrier

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1240150	**Escarres matelas en mousse, s/classe IA, ASKLE, APLOT ZYPREX DERMALON.** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : VA103MP, VA103.	21 103	21 103
1211265	**Escarres matelas en mousse, s/classe IA, ASKLE, APLOT ZYPREX PUR.**	21 103	21 103
1219462	**Escarres matelas en mousse, s/classe IA, CARPENTER SA, CARPLOT.** Matelas en mousse polyuréthane en forme de gaufrier, CARPLOT, avec alèse polyuréthane, de la société CARPENTER SAS. La prise en charge de ce matelas est assurée pour les patients ayantun poids compris entre 40 et 100 kg. La prise en charge est assurée pour le modèle suivant : - dimensions : L 195 × l 86,5 × h 17,5 cm.	21 103	21 103
1294794	**Escarres matelas en mousse, s/classe IA, CARPENTER SA, MAT BASIC.** Matelas en mousse polyuréthane en forme de gaufrier, MAT BASIC, avec alèse polyuréthane 50µ, de la société CARPENTER SAS. La prise en charge de ce matelas est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 30 et 110 kg. La prise en charge est assurée pour les modèles suivants : MAT BASIC Monobloc : dimensions : L 195 × l 88 × h 17 cm ; dimensions : L 195 × l 110 × h 17 cm ; dimensions : L 195 × l 120 × h 17 cm ; dimensions : L 195 × l 140 × h 17 cm ; MAT BASIC 3 parties : dimensions : L 195 × l 88 × h 17 cm.	21 103	21 103
1263753	**Escarres matelas en mousse, s/classe IA, SA HERDEGEN, MG 37 HR HERDEGEN.**	21 103	21 103
1212276	**Escarres matelas en mousse, s/classe IA, INVACARE, SOFTFORM ATMOS.** Matelas en mousse en forme de gaufrier, SOFTFORM ATMOS, avec alèse Dermalon, de la société Invacare Poirier SAS. La prise en charge de ce matelas est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 100 kg. La prise en charge est assurée pour les modèles suivants : non compressé, 3 parties, découpé, dimensions : L. 190 cm × l. 90 cm × h. 17 cm non compressé, 1 partie, découpé, dimensions : L. 190 cm × l. 90 cm × h. 17 cm compressé, 1 partie, découpé, dimensions : L. 190 cm × l. 90 cm × h. 17 cm	21 103	21 103

	non compressé, 3 parties, moulé, dimensions : L. 190 cm × l. 90 cm × h. 17 cm non compressé, 1 partie, moulé, dimensions : L. 190 cm × l. 90 cm × h. 17 cm compressé, 1 partie, moulé, dimensions : L. 190 cm × l. 90 cm × h.17 cm non compressé, 1 partie, découpé, dimensions : L. 190 cm × l. 120 cm × h. 17 cm compressé, 1 partie, découpé, dimensions : L. 190 cm × l. 120 cm × h. 17 cm non compressé, 1 partie, découpé, dimensions : L. 190 cm × l. 140 cm × h. 17 cm compressé, 1 partie, découpé, dimensions : L. 190 cm × l. 140 cm × h. 17 cm non compressé, 1 partie, découpé, dimensions : L. 190 cm × l. 160 cm × h. 17 cm compressé, 1 partie, découpé, dimensions : L. 190 cm × l. 160 cm × h. 17 cm		
1204302	**Escarres matelas en mousse, s/classe IA, ARTOIS, MPA-HRA.**	21 103	21 103
1234600	**Escarres matelas en mousse, s/classe IA, PHARMA OUEST, PHARMA PLOTS.** Matelas en mousse polyuréthane avec découpe en forme de gaufrier, PHARMA PLOT 3 parties, de la société PHARMA OUEST. La prise en charge de ce matelas est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 90 kg. La prise en charge est assurée pour les matelas aux dimensions suivantes : - dimensions de chaque élément : L 90 × l 66 × h 17,5 cm ; - dimensions du matelas : L 198 × l 90 × h 17,5 cm.	21 103	21 103
1265166	**Escarres matelas en mousse, s/classe IA, PHARMA OUEST, PHARMA PLOTS COMPRESSE.** Matelas en mousse polyuréthane avec découpe en forme de gaufrier, PHARMA PLOT 3 PARTIES COMPRESSE, de la société PHARMA OUEST. La prise en charge de ce matelas est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 90 kg. La prise en charge est assurée pour les matelas aux dimensions suivantes : dimensions de chaque élément : L 90 × l 66 × h 17,5 cm ; dimensions du matelas : L 198 × l 90 × h 17,5 cm.	21 103	21 103
1224138	**Escarres matelas en mousse, s/classe IA, PHARMA OUEST, PHARMA OCEANIS.** Matelas en mousse polyuréthane avec découpe en forme de gaufrier, PHARMA OCEANIS, de la société PHARMA OUEST. La prise en charge de ce matelas est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 100 kg. La prise en charge est assurée pour les modèles suivants : réf. : 04/5700, matelas + alèse en Dermalon ; réf. : 04/5705, matelas + housse forme bonnette en Dermalon. La prise en charge est assurée pour les matelas aux dimensions suivantes : dimensions de chaque élément : L 88 × l 66 × h 17,5 cm ; dimensions du matelas : L 198 × l 88 × h 17,5 cm.	21 103	21 103
1256813	**Escarres matelas en mousse, s/classe IA, PROMOUSSE SA, MEDISOM DERMALON 10.**	21 345	21 345
1287340	**Escarres, matelas en mousse, s/classe IA, RECTICEL, MPE.**	21 103	21 103

	Matelas en mousse polyuréthane en forme de gaufrier, MPE, de la société RECTICEL SAS. La prise en charge de ce matelas est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 50 et 100 kg. La prise en charge est assurée pour le modèle suivant : dimensions : L 195 cm × l 85,5 cm × h 17 cm.		
1280065	**Escarres, matelas en mousse, s/classe IA, RECTICEL, CONFORT MAPE.** La prise en charge est assurée pour les patients d'un poids maximum de 80 kg.	21 103	21 103
1252689	**Escarres matelas en mousse, s/classe IA, SYST'AM, P101M.** Matelas en mousse avec découpe en forme de gaufrier, POLYPLOT-POLYFILM, P101M, de la société SYST'AM. La prise en charge de ce matelas est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 120 kg. La prise en charge est assurée pour les modèles suivants : - monobloc, dimensions : L 198 cm × l 88 cm × h 17 cm ; - 3 parties, dimensions : L 195 cm × l 86.5 cm × h 17 cm.	21 103	21 103
1220028	**Escarres matelas en mousse, s/classe IA, SYST'AM, P102M.** Matelas en mousse avec découpe en forme de gaufrier, POLYPLOT-POLYMAILLE, P102M, de la société SYST'AM. La prise en charge de ce matelas est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 120 kg. Il est adapté pour les couchages 90 cm × 200 cm ; La prise en charge est assurée pour les modèles suivants : - monobloc, dimensions : L 198 cm × l 88 cm × h 17 cm ; - 3 parties, dimensions : L 195 cm × l 86.5 cm × h 17 cm.	21 103	21 103
1285111	**Escarres matelas en mousse, s/classe IA, SYST'AM, P141M.** Matelas en mousse avec découpe en forme de gaufrier, POLYMULTI-POLYFILM, P141M, de la société SYST'AM. La prise en charge de ce matelas est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 120 kg. La prise en charge est assurée pour les modèles suivants : - monobloc : dimensions, L 198 cm × l 88 cm × h 17 cm ; - 3 parties : dimensions, L 195 cm × l 86.5 cm × h 17 cm.	21 103	21 103
1225273	**Escarres matelas en mousse, s/classe IA, TRECA, DERMOCONFORT.**	21 345	21 345
1253677	**Escarres matelas en mousse, s/classe IA, TRECA, DERMOCONFORT DERMALON.**	21 345	21 345

Matelas ou surmatelas à pression alternée

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1280680	**Escarres surmatelas à pression alternée, s/classe IA, ESCARIUS, PREVESCAR AIR.** Surmatelas à pression alternée, PREVESCAR AIR, des laboratoires Escarius. La prise en charge de ce surmatelas est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 80 kg. La prise en charge est assurée pour le modèle suivant : - dimensions : L 195 cm × l 88 cm ; - cellules de 5 à 10 cm d'épaisseur reliées entre elles, deux à deux.	7 703	7 703

1254984	**Escarres surmatelas à pression alternée, s/classe IA, LDTF, BERCENDOR, BUL.**	7 703	7 703
1297628	**Escarres surmatelas à pression alternée, s/classe IA, LDTF, BERCENDOR, BUS.**	7 703	7 703
1295374	**Escarres surmatelas à pression alternée, s/classe IA, LDTF, BERCENDOR, BUI.**	7 703	7 703
1215205	**Escarres surmatelas à pression alternée, s/classe IA, PHARMA OUEST, PHARMA AIR.** Surmatelas à pression alternée, PHARMA AIR, de la société PHARMA OUEST. La prise en charge de ce surmatelas est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 90 kg. La prise en charge est assurée pour les références 14/14030 et 14/14010. La prise en charge est assurée pour les surmatelas aux dimensions suivantes : L 195 × l 85 × h 5 cm.	7 703	7 703
1252815	**Escarres, surmatelas à pression alternée, s\classe IA, STRYKER, SYSTEME P-100.** Surmatelas M100 à pression alternée associé à l'unité de contrôle (ou compresseur) C100-E, SYSTEME P100, de la société STRYKER France SAS. La prise en charge du surmatelas est assurée pour les patients ayant un poids maximum de 130 kg. La prise en charge est assurée pour les modèles suivants : surmatelas M100, dimensions : L 203 cm × l 86 cm × h 16 cm ; compresseur C100-E, dimensions : L 23 cm × l 12 cm × h 8 cm. Le tarif inclut la fourniture du compresseur associé.	43 132	43 132

Matelas ou surmatelas mixte : en mousse et eau ou en mousse et air

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1233433	**Escarres matelas mixte, s/classe IA, ESCARIUS, HYDRESCARRE II.**	35 429	35 429

Matelas ou surmatelas de sous-classe (s\classe) 1B

Leur prise en charge est assurée dans la limite d'un matelas ou d'un surmatelas maximum tous les deux ans.
La prise en charge est assurée pour les matelas ou surmatelas suivants :

Matelas ou surmatelas à air statique ou à air motorisé

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1279317	**Escarres surmatelas, air motorisé, s/classe IB, ASKLE, AXTAIR TRIMODE AUTOMORPHO**. Ce code est à associer au code 1240054.	21 257	21 257
1278045	**Escarres surmatelas, air motorisé, s/classe IB, CARPENTER, CAIRFLOW PM100A.** Le tarif inclut la fourniture du compresseur associé.	45 905	45 905
1238896	**Escarres surmatelas à air statique, s/classe IB, HOSPIDEX FRANCE, REPOSE.** Surmatelas à air non motorisé autres qu'à cellules télescopiques ou pneumatiques individuellement déformables.	26 187	26 187

1255506	**Escarres surmatelas à air statique, s\classe IB, STRYKER, SOF.CARE, SCMU= SC 402.** Le tarif inclut la fourniture du compresseur associé.	45 905	45 905
1263351	**Escarres surmatelas à air statique, s\classe IB, STRYKER, SOF.CARE, SCPU=SC 840** Surmatelas SOFCARE SC840 à air motorisé associé à l'unité de contrôle (ou compresseur) C100-ES, SYSTEME SOFCARE SC840 de la société STRYKER France SAS. La prise en charge du surmatelas est assurée pour les patients ayant un poids maximum de 120 kg. La prise en charge est assurée pour les modèles suivants : - surmatelas SOFCARE SC840, dimensions : L 194 cm × l 91,3 cm x 10,1 cm ; - compresseur C100-E, dimensions : L 23 cm x l 1,2 cm × h 0,8 cm. Le tarif inclut la fourniture du compresseur associé.	45 905	45 905

Matelas ou surmatelas avec produits à forte viscosité ou en mousse et produits à forte viscosité

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1259220	**Escarres matelas, forte viscosité, s/classe IB, ESCARIUS, ELASTIL MOUSSE.**	21 103	21 103

Matelas ou surmatelas en mousse structurée formés de modules amovibles de densité et/ou hauteur variable

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1273065	**Escarres matelas en mousse structurée, s/classe IB, ASKLE, EPSUS DERMALON.** Matelas en mousse à modules amovibles de densité variable EPSUS ZYPREX DERMALON de la société ASKLÉSANTÉ. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - VE208MB : monobloc. Taille : 200 x 88 x 17,1 cm ; - VE208 : 3 parties. Taille : 200 x 88 x 17,1 cm.	35 429	35 429
1236696	**Escarres matelas en mousse structurée, s/classe IB, ASKLE, EPSUS PUR.** Matelas en mousse à modules amovibles de densité variable EPSUS ZYPREX PUR de la société ASKLÉSANTÉ. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : VE208MB/HE : monobloc. Taille : 200 x 88 x 17,1 cm ; VE208/HE : 3 parties. Taille : 200 x 88 x 17,1 cm.	35 429	35 429
1297427	**Escarres matelas en mousse structurée, s/classe IB, CARPENTER, HPR05.** Matelas PREVENTIX MAT 5, avec housse HPR05. La prise en charge est assurée pour les références: 70040 et 70027.	35 429	35 429
1203290	**Escarres matelas en mousse structurée, s/classe IB, ESCARIUS, VARIAPLOT.** Matelas VARIAPLOT GAUFRIER CLII DERMALON.	35 429	35 429
1232468	**Escarres (sur)matelas en mousse structurée, s/classe IB, ARTOIS, POLYMOUSSE.**	35 429	35 429

	Matelas POLYMOUSSE DERMALON.		
1228350	**Escarres matelas en mousse structurée, s/classe IB, PHARMA OUEST, PHARMA MOD'I.** Matelas en mousse structurée formé de modules amovibles de densité et/ou hauteur variables, PHARMA MOD'I, de la société PHARMA OUEST. La prise en charge de ce matelas est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 90 kg. La prise en charge est assurée pour le modèle suivant : - PHARMA MOD'I, monobloc, dimensions : L 195 × l 88 × h 17 cm.	35 429	35 429

B - Matelas ou surmatelas de classe 2

Leur prise en charge est assurée : pour les patients ayant un antécédent d'escarre et présentant un risque d'escarre évalué à un score inférieur ou égal à 14 sur l'échelle de Norton ou ayant un risque équivalent évalué par une autre échelle validée.
Leur prise en charge est assurée dans la limite d'un matelas ou surmatelas maximum tous les trois ans.
La prise en charge est assurée pour les matelas ou surmatelas suivants :

Matelas ou surmatelas en mousse viscoélastique dits "à mémoire de forme"

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1266421	**Escarres matelas en mousse viscoélastique, s/classe II, ABC, MEM 10**. Matelas AIRSOFT MEMOBA avec housse Bravo Réf. MEM 10.	46 740	46 740
1284927	**Escarres surmatelas en mousse viscoélastique, s/classe II, ABC, MEM 10.** Surmatelas AIRSOFT MEMOBA avec housse Bravo Réf. MEM 10.	38 511	38 511
1206548	**Escarres surmatelas mousse viscoélastique, s/classe II, ASKLE, ALOVA DERMALON FR.** Surmatelas en mousse viscoélastique référence VSA6/ST équipé d'un drap housse DERMALON FR. La prise en charge est assurée pour la référence VSA6/ST.	38 511	38 511
1223423	**Escarres matelas en mousse viscoélastique, classe II, ASKLE, ALOVA PROMUST.** Matelas ALOVA multiportance en mousse viscoélastique dit " à mémoire de forme " de la société ASKLESANTE. Ce matelas est fourni avec une housse PROMUST PU en polyuréthane. La prise en charge de ce matelas est assurée pour les patients dont le poids se situe entre 20 et 135 kg. La prise en charge est assurée pour le modèle suivant : - réf. VMAST2, dimensions : L 195 x 187,5 x h 14 cm.	46 214	46 214
1214890	**Escarres matelas en mousse viscoélastique, classe II, ASKLE, ALOVA DM.** Matelas multiportance monobloc, ALOVA DM.	46 214	46 214
1250259	**Escarres surmatelas mousse viscoélastique, s/classe II, ASKLE, ALOVA PROMUST.** Surmatelas en mousse viscoélastique référence VSA7/ST équipé d'un drap housse PROMUST PU. La prise en charge est assurée pour la référence VSA7/ST.	38 511	38 511
1249138	**Escarres surmatelas en mousse viscoélastique, s/classe II, CARPENTER, CARGUM**	38 511	38 511

1294506	**Escarres matelas en mousse viscoélastique, classe II, CARPENTER, CARGUMIXT.** La prise en charge est assurée pour les références 321055, 322655 et 322666.	46 214	46 214
1216937	**Escarres matelas en mousse viscoélastique, s/classe II, ESCARIUS, VISCO.**	46 214	46 214
1244900	**Escarres surmatelas en mousse viscoélastique, s/classe II, ESCARIUS, VISCO.**	38 511	38 511
1237017	**Escarres surmatelas mousse viscoélastique, classe II, INVACARE, SOFTFORM VISCO.** Surmatelas en mousse viscoélastique à mémoire de forme, SOFTFORM VISCO, avec housse, de la société Invacare Poirier SAS La prise en charge de ce surmatelas est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 110 kg. La prise en charge est assurée pour le modèle suivant : - dimensions : L. 195 cm × l. 88 cm × h. 6 cm.	38 511	38 511
1203640	**Escarres matelas en mousse viscoélastique, classe II, INVACARE, SOFTFORM VISCOMIXT.** Matelas en mousse viscoélastique à mémoire de forme, SOFTFORM VISCOMIXT, avec housse, de la société Invacare Poirier SAS. La prise en charge de ce matelas est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 110 kg. La prise en charge est assurée pour le modèle suivant : - dimensions : L. 195 cm × l. 88 cm × h. 14 cm.	46 214	46 214
1213092	**Escarres matelas en mousse viscoélastique, classe II, DARULIFT, VISCO MOUSS.** Matelas en mousse viscoélastique à mémoire de forme, VISCO MOUSS, de la société DARULIFT SARL. La prise en charge de ce matelas est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 120 kg. La prise en charge est assurée pour les matelas aux dimensions suivantes : - dimensions partie inférieure en mousse HR : L 195 cm × l 90 cm × h 10 cm. - dimensions de chaque bloc de mousse viscoélastique (au nombre de 3) : L 90 cm × l 65 cm × h 7 cm. dimensions du matelas : L 195 cm × l 90 cm × h 17 cm.	46 214	46 214
1237218	**Escarres surmatelas en mousse viscoélastique, s/classe II, PHARMA OUEST, PHARMA FORM.** Surmatelas en mousse viscoélastique type mémoire de forme, en 3 parties, PHARMA FORM, de la société PHARMA OUEST. La prise en charge de ce surmatelas est assurée pour les patients ayant un poids maximum de 100 kg. La prise en charge est assurée pour le modèle suivant : - PHARMA FORM, surmatelas en 3 parties, réf. 17/17300. La prise en charge est assurée pour les surmatelas aux dimensions suivantes : - dimensions de chaque élément : L 88 × l 66 × h 8,5 cm ; - dimensions du surmatelas : L 198 × l 88 × h 8,5 cm.	38 511	38 511
1269342	**Escarres matelas en mousse viscoélastique, classe II, PHARMA OUEST, VITAFORM.** Matelas en mousse viscoélastique type mémoire de forme, VITAFORM, de la société PHARMA OUEST. La prise en charge de ce matelas est assurée pour les patients ayant un poids entre 40 et 100 kg. La prise en charge est assurée pour les modèles suivants :	46 214	46 214

	- réf. : 17/17400, dimensions : L 198 × l 88 × h 17 cm ; - réf. : 17/17433, dimensions : L 198 × l 110 × h 17 cm ; - réf. : 17/17435, dimensions : L 198 × l 120 × h 17 cm ; - réf. : 17/17440, dimensions : L 198 × l 140 × h 17 cm ; - réf. : 17/17445, dimensions : L 198 × l 160 × h 17 cm.		
1236839	**Escarres matelas en mousse viscoélastique, classe II, PHARMAOUEST, NOVA FORM.** Matelas en mousse viscoélastique type mémoire de forme, NOVA FORM, de la société PHARMAOUEST INDUSTRIES. INDICATIONS: Support de lit d'aide à la prévention de l'escarre chez les patients à risque moyen à élevé de survenue d'escarre (selon jugement clinique et échelles), levé dans la journée et alité plus de 15 heures par 24 heures. Support de lit d'aide au traitement de l'escarre chez les patients à risque moyen à élevé de survenue d'escarre (selon jugement clinique et échelles) dans les indications suivantes: – une ou plusieurs escarres de stade 1 et/ou 2 hors zone d'appui, ou avec possibilité d'exclusion d'appui (avec système de décharge localisée), patient levé ou non dans la journée; – une escarre de stade 3 ou 4 hors zone d'appui ou avec possibilité d'exclusion d'appui (avec système de décharge localisée); – une escarre de stade 1 ou 2 en zone d'appui, patient levé ou non dans la journée, avec système de positionnement et intervention d'auxiliaires médicaux 3 fois par jour pour vérification de l'installation et réalisation de retournement. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION: La prise en charge de ce matelas est assurée pour les patients ayant un poids entre 40 et 140 kg. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE: 17.17612.07: 70 × 194 × 14,5 cm ; 17.17612.07J: 70 × 198 × 14,5 cm 17.17612.08: 80 × 194 × 14,5 cm ; 17.17612.08J: 80 × 198 × 14,5 cm 17.17612L: 86 × 194 × 14,5 cm ; 17.17612LJ: 88 × 198 × 14,5 cm 17.17612.10: 100 × 194 × 14,5 cm ; 17.17612.10J: 100 × 198 × 14,5 cm 17.17612.11: 110 × 194 × 14,5 cm ; 17.17612.11J: 110 × 198 × 14,5 cm 17.17612.12: 120 × 194 × 14,5 cm ; 17.17612.12J: 120 × 198 × 14,5 cm 17.17612.14: 140 × 194 × 14,5 cm ; 17.17612.14J: 140 × 198 × 14,5 cm 17.17612.16: 160 × 194 × 14,5 cm ; 17.17612.16J: 160 × 198 × 14,5 cm	46 214	46 214
1260602	**Escarres matelas en mousse viscoélastique, classe II, PHARMAOUEST, VITA FORM 4.** Matelas en mousse viscoélastique type mémoire de forme, VITA FORM 4, de la société PHARMAOUEST INDUSTRIES. INDICATIONS: Support de lit d'aide à la prévention de l'escarre chez les patients à risque moyen à élevé de survenue d'escarre (selon jugement clinique et échelles), levé dans la journée et alité plus de 15 heures par 24 heures.	6 214	46 214

	Support de lit d'aide au traitement de l'escarre chez les patients à risque moyen à élevé de survenue d'escarre (selon jugement clinique et échelles) dans les indications suivantes: – une ou plusieurs escarres de stade 1 et/ou 2 hors zone d'appui, ou avec possibilité d'exclusion d'appui (avec système de décharge localisée), patient levé ou non dans la journée; – une escarre de stade 3 ou 4 hors zone d'appui ou avec possibilité d'exclusion d'appui (avec système de décharge localisée); – une escarre de stade 1 ou 2 en zone d'appui, patient levé ou non dans la journée, avec système de positionnement et intervention d'auxiliaires médicaux 3 fois par jour pour vérification de l'installation et réalisation de retournement. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION: La prise en charge de ce matelas est assurée pour les patients ayant un poids entre 40 et 150 kg. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE: 17.17413.07: 70 × 192 × 17,5 cm ; 17.17413.07J: 70 × 198 × 17,5 cm 17.17413.08: 80 × 192 × 17,5 cm ; 17.17413.08J: 80 × 198 × 17,5 cm 17.17413: 86 × 192 × 17,5 cm ; 17.17413J: 88 × 198 × 17,5 cm 17.17413.10: 100 × 192 × 17,5 cm ; 17.17413.10J: 100 × 198 × 17,5 cm 17.17413.11: 110 × 192 × 17,5 cm ; 17.17413.11J: 110 × 198 × 17,5 cm 17.17413.12: 120 × 192 × 17,5 cm ; 17.17413.12J: 120 × 198 × 17,5 cm 17.17413.14: 140 × 192 × 17,5 cm ; 17.17413.14J: 140 × 198 × 17,5 cm 17.17413.16: 160 × 192 × 17,5 cm ; 17.17413.16J: 160 × 198 × 17,5 cm		
1267449	**Escarres surmatelas en mousse viscoélastique, classe II, RECTICEL, Visco-Topi.** Surmatelas en mousse viscoélastique, Visco-Topi, avec housse intégrale en tissu enduit de polyuréthane, de la société RECTICEL. La prise en charge est assurée pour les patients d'un poids maximum de 140 kg. Le surmatelas Visco-Topi est garanti trois ans. La prise en charge est assurée pour le modèle de dimension : 195 × 88 × 6 cm.	38 511	38 511
1222808	**Escarres matelas en mousse viscoélastique, classe II, SYST'AM, P161M.** Matelas en mousse viscoélastique à mémoire de forme, SYST'AM, P161M, de la société SYST'AM. La prise en charge de ce matelas est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 120 kg. La prise en charge est assurée pour les modèles suivants : monobloc, dimensions : L 198 cm × l 86.5 cm × h 14 cm ; 3 parties, dimensions : L 193 cm × l 85 cm × h 15 cm.	46 214	46 214
1224078	**Escarres surmatelas en mousse viscoélastique, s/classe II, SYST'AM, P161M.** Surmatelas en mousse viscoélastique à mémoire de forme, SYST'AM, P161M, de la société SYST'AM. La prise en charge de ce surmatelas est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 120 kg. La prise en charge est assurée pour le modèle suivant : - dimensions : L 197 cm × l 86 cm × h 6 cm.	38 511	38 511

1228917	**Escarres matelas en mousse viscoélastique, s/classe II, TEMPUR, DISCOVERY.**	46 214	46 214
1251342	**Escarres surmatelas en mousse viscoélastique, s/classe II, TEMPUR, DISCOVERY.**	38 511	38 511

Matelas ou surmatelas mixte incluant une couche en mousse viscoélastique

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1234728	**Escarres matelas mixte, multiportance, classe II, ASKLE, ALOVA.** Escarres matelas mixte, multiportance, incluant une couche en mousse viscoélastique, classe II, ASKLE, ALOVA. La prise en charge est assurée pour les patients en maintien à domicile dont le poids est compris entre 135 et 270 kg. La prise en charge est assurée pour les références: VMA 90BAR, VMA 120BAR et VMA 140BAR.	46 740	
1221536	**Escarres matelas mousse viscoélastique, s/classe II, ASKLE, ALOVA VCL74HEP.** Matelas mixte incluant une couche en mousse viscoélastique équipé d'un drap housse PROMUST référence PU. La prise en charge est assurée pour la référence VCL74HEP.	46 214	46 214
1202272	**Escarres matelas mixte, classe II, RECTICEL, Visco-Maxi.** Matelas mixte en mousse haute résilience recouverte d'une couche en mousse viscoélastique, Visco-Maxi, avec housse intégrale en tissu enduit de polyuréthane, de la société RECTICEL. La prise en charge est assurée pour les patients d'un poids maximum de 140 kg. Le matelas Visco-Maxi est garanti trois ans. La prise en charge est assurée pour le modèle de dimension : 195 × 88 × 14 cm.	46 214	46 214

Matelas ou surmatelas en mousse multistrate

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1283260	**Escarres matelas en mousse multistrate, classe II, A. BAUER, AIRSOFT DUOLIGHT.** La prise en charge de ce matelas est assurée pour les patients ayant un poids maximum de 120 kg. La prise en charge est assurée pour le modèle suivant : - dimensions : L 200 cm × l 87 cm × h 15 cm.	46 214	46 214

C - Matelas de classe 3

Leur prise en charge est assurée : pour les patients ayant un antécédent d'escarre et présentant un risque d'escarre évalué à un score inférieur ou égal à 14 sur l'échelle de Norton ou ayant un risque équivalent évalué par une autre échelle validée.
Leur prise en charge est assurée dans la limite d'un matelas ou d'un surmatelas maximum tous les cinq ans.
La prise en charge est assurée pour les matelas suivants :

Matelas en mousse multistrate

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

1294570	**Escarres matelas en mousse multistrate, classe III, A. BAUER, AIRSOFT DUO** La prise en charge est assurée pour les patients d'un poids maximum de 120 kg.	61 617	61 617

D - Accessoires de protection du matelas ou surmatelas

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1298119	**Escarres, remplacement de la housse d'origine du (sur)matelas. Remplacement de la housse d'origine livrée avec le matelas ou surmatelas.** La prise en charge de cette référence ne peut s'additionner aux références des matelas ou surmatelas : - en mousse avec découpe en forme de gaufrier; - à eau ; - à pression alternée; - mixtes: en mousse et eau ou en mousse et air; - à air statique ou air motorisé; - avec produits à forte viscosité ou en mousse et produits à forte viscosité; - en mousse structurée formé de modules amovibles de densité et/ou de hauteur variables; - en fibres siliconées; - pneumatiques à cellules télescopiques; - en mousse viscoélastique dits «à mémoire de forme ». Le rythme de prise en charge de cette housse de remplacement ne peut excéder celui fixé pour chaque sousclasse ou classe de la nomenclature des matelas ou surmatelas.	4 038	

1.3.2.2. Section 2. - Dispositifs médicaux et matériels d'aide à la vie

1.3.2.2.1. Sous-section l : Appareil modulaire de verticalisation

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Appareil destiné, entre autres, aux infirmes moteurs d'origine cérébrale, aux myopathes, aux malades présentant des lésions neurologiques médullaires (en particulier les modèles avec embase antidérapante de sustentation, appui dorso-lombaire, tablette réglable).		
1266846	**Appareil modulaire de verticalisation, modèle enfant et adulte.**	60 472	
1238152	**Appareil modulaire de verticalisation, jeu de roulettes, achat.** La prise en charge de cette référence est subordonnée au caractère remboursable de l'appareil modulaire de verticalisation inscrit au code 1266846.	3 068	

1207507	**Appareil modulaire de verticalisation, appui frontal, achat.** La prise en charge de cette référence est subordonnée au caractère remboursable de l'appareil modulaire de verticalisation inscrit au code 1266846:	5 829	

1.3.2.2.2. Sous-section 2 : Cannes et béquilles

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Elles comportent des sabots ou embouts adaptés.		
1270463	**Canne en bois verni, à l'achat.**	1 015	
1296787	**Canne métallique réglable, avec appui antébrachial ou poignet en T, à l'achat.**	2 028	
1200764	**Canne tripode ou quadripode réglable en hauteur, à l'achat.**	2 103	
1206880	**Canne blanche pour aveugle, pliable ou non, à l'achat.**	1 141	
1261872	**Béquilles d'aisselles réglables en hauteur, tout type, la paire, à l'achat.**	3 041	

1.3.2.2.3. Sous-section 3 : Coussins de série de positionnement des hanches et des genoux, pour patients polyhandicapés, en position allongée

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Leur prise en charge peut s'ajouter pendant la même période à celle d'un corset siège mais exclut celle d'un appareil de maintien en position horizontale sur moulage.		
	Coussin standard		
1220471	**Coussin de série de positionnement, standard, des hanches et des genoux.**	28 892	
	Coussin modulaire La prise en charge du coussin modulaire est assurée pour les patients dont les déformations orthopédiques sont asymétriques ou symétriques en abduction bilatérale de hanche.		
1269224	**Coussin de série, de positionnement, modulaire, des hanches et des genoux, base.** Base du coussin modulaire.	21 543	
1254895	**Coussin de série de positionnement, modulaire, des hanches et des genoux, plot.** Plot(s) pour coussin modulaire. La prise en charge des plots est limitée à **27 371** F.CFP maximum par coussin.	6 843	

1.3.2.2.4. Sous-section 4 : Déambulateurs et prestation de livraison

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Fixes ou articulés ou à roulettes, ils doivent être réglables en hauteur.		
1285619	**Déambulateur, achat.**	8 946	
1225646	**Déambulateur, location hebdomadaire, < ou = 26 semaines.** Location hebdomadaire, calculée de date à date, pendant la première période jusqu'à la 26° semaine (< ou = 26 semaines).	368	
1260418	**Déambulateur, location hebdomadaire, > 26 semaines.** Location hebdomadaire, calculée de date à date, pendant la deuxième période au-delà de la 26° semaine (> 26 semaines).	223	
1290968	**Déambulateur, forfait de livraison.** Ce forfait ne peut s'ajouter à aucun autre forfait de livraison. La livraison de plusieurs appareils chez le même patient donne lieu à la prise en charge du forfait le plus élevé.	2 155	

1.3.2.2.5. Sous-section 5 : Dispositif de traction continue et dynamique du rachis et prestation de livraison

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Location hebdomadaire, calculée de date à date, comprenant la fourniture de la mentonnière.		
1270380	**Dispositif de traction, rachis, location hebdomadaire, < ou = 65 semaines.** Location hebdomadaire pendant la première période jusqu'à la 65° semaine (< ou = 65 semaines).	1445	
1258189	**Dispositif de traction, rachis, location hebdomadaire, > 65 semaines.** Location hebdomadaire pendant, la deuxième période au-delà de la 65°semaine (> 65 semaines).	888	
1235484	**Dispositif de traction, rachis, forfait de livraison.** Ce forfait ne peut s'ajouter à aucun autre forfait de livraison. La livraison de plusieurs appareils chef le même patient donne lieu à la prise en charge du forfait le plus élevé. La prise en de cette référence est subordonnée au caractère remboursable charge du dispositif de traction continue et dynamique du rachis inscrit sous les références 1270380 et 1258189.	2939	

1.3.2.2.6. Sous-section 6 : Fauteuil roulant à la location et prestation de livraison

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Location hebdomadaire, calculée de date à date. Seuls sont pris en charge les fauteuils roulants conformes aux spécifications techniques du titre IV et inscrits à la nomenclature.		

	En cas de nécessité de garde-robe, seule la formule achat est retenue pour cette adjonction, sur la base du tarif mentionné au titre IV relatif aux véhicules pour handicapés physiques.		
1292105	**VHP, forfait de livraison** Forfait de livraison à domicile pour un fauteuil roulant en location Ce forfait ne peut s'ajouter à aucun autre forfait de livraison. La livraison de plusieurs appareils chez le même patient donné lieu à la, prise en charge du forfait le plus élevé	2 939	
	Location hebdomadaire du fauteuil roulant pendant la première période jusqu'à la 52ème semaine (< ou = 52 semaines)		
1298680	**VHP avec 1 accessoire, location hebdomadaire, < ou = 52 semaines.**	2 735	
1204800	**VHP avec 2 accessoires, location hebdomadaire, < ou = 52 semaines.**	3 542	
1210917	**VHP avec plus de 2 accessoires, location hebdomadaire, < ou = 52 semaines.**	4 241	
	Location hebdomadaire du fauteuil roulant Pendant la deuxième- période au-delà de la 52ème semaine (> 52 semaines.		
1255682	**VHP avec l accessoire, location hebdomadaire, > 52 semaines.**	1 682	
1232988	**VHP avec 2 accessoires, location hebdomadaire, > 52 semaines.**	2 173	
1240976	**VHP avec plus de 2 accessoires, location hebdomadaire, > 52 semaines.**	2 594	

1.3.2.2.7. Sous-section 7 : Sièges pouvant être adaptés sur un châssis à roulettes

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Leur prise en charge est assurée exclusivement pour les patients présentant une impossibilité de se maintenir en position assise sans un soutien.		
	Siège coquille de série, amovible, adaptable au patient d'après une prise de mesures. Il est soit moulé en matériau thermoformable, soit constitué d'une coque en stratifié de polyester, disponible en au moins quinze tailles différentes, comportant dans les deux cas un capitonnage intérieur en mousse. Il est adaptable dans le temps aux modifications du maintien du patient. Il est recouvert d'une housse et est complété par des sangles de fixation. Ce siège coquille est destiné à être adapté sur un fauteuil roulant, ou sur un pied support à roulettes.		
1277270	**Siège coquille de série, amovible, modèle simple.**	44 798	
1283365	**Siège coquille de série, amovible, modèle avec cales et maintien auto-accrochables.**	51 187	
	Siège de série modulable et évolutif, adaptable aux mesures du patient		
1269336	**Siège de série modulable et évolutif, tout modèle et adjonctions.**	139 395	

	La prise en charge est subordonnée à une prescription médicale émanant d'un médecin spécialisé en pédiatrie, rééducation fonctionnelle, rhumatologie, chirurgie orthopédique. Elle est assurée dans la limité maximale d'une attribution tous les trois ans. La prise en charge de cette référence ne peut se cumuler avec le siège coquille de série modèle simple référencé au code 1277270 et le modèle avec cales et maintien auto- accrochables 1283365, ou la référence TR43Z01 (corset-siège en matériau thermoformable haute température). Le tarif ne couvre pas celui des accessoires.		
	Accessoires des sièges pouvant être adaptés sur un châssis à roulette. Leur prise en charge est subordonnée au caractère remboursable du siège coquille de série (1277270 et 1283365), ou du siège de série modulable et évolutif (1269336).		
1279027	**Accessoires de siège pour châssis à roulettes, pied support télescopique.** Pied support télescopique avec cinq roulettes pivotantes et système de frein.	23 380	
1203248	**Accessoires de siège pour châssis à roulettes, tablette amovible.**	10 026	
1201114	**Accessoires de siège pour châssis. à roulettes, repose-pieds réglable.** Repose-pieds réglable avec coussins de protection.	13 969	

1.3.2.2.8. Sous-section 8 : Appareils destinés au soulèvement du alade

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Location hebdomadaire continue, calculée de date à date.		
	Potence pour support de membre ou d'aide au relèvement du malade, adaptable ou sur pied et prestation de livraison. La prise en charge est assurée exclusivement pour les patients ne nécessitant pas de lits médicaux. Pour les patients pour lesquels la prise en charge d'un lit médical est assurée, celle des références qui suivent est assurée dans le tarif des références 1270316 (lit à l'achat) et 1241763 (lit à la location).		
1273415	**Potence de support ou de relèvement, location hebdomadaire, < ou = 65 semaines.** Location pendant la première période, jusqu'à la 65° semaine incluse (< ou = 65 semaines).	381	
1201858	Potence de support ou de relèvement, location hebdomadaire, > ou = 66 semaines. Location pendant la deuxième période, à partir de la 66° semaine (> 66 semaines).	253	

1293412	**Potence de support ou de relèvement, forfait de livraison.** Forfait de livraison à domicile d'une potence adaptable ou sur pied (potence pour support de membre ou aide au relèvement du malade). Ce forfait ne peut s'ajouter à aucun autre forfait de livraison. La livraison de plusieurs appareils chez le même patient donne lieu à la prise en charge du forfait le plus élevé. La prise en charge de cette référence est subordonnée su caractère remboursable des potences inscrites sous les références 1273415 et 1201858.	2 155	
	Soulève-malade mécanique ou électrique accessoires et prestation de livraison.		
1231782	**Soulève-malade, location hebdomadaire, < ou = 32 semaines.** Soulève-malade mécanique ou électrique. Location hebdomadaire, pendant la première période jusqu'à la 32ème semaine (< ou = 32 semaines).	2 915	
1278654	**Soulève-malade, location hebdomadaire, > 32 semaines.** Soulève-malade mécanique ou électrique. Location hebdomadaire, pendant la deuxième période au-delà de la 32ème semaine (> 32 semaines).	1 799	
1272195	**Soulève-malade, forfait de livraison** Ce forfait ne peut s'ajouter à aucun autre forfait de livraison. La livraison de plusieurs appareils chez le même patient donne lieu à la prise en charge du forfait le plus élevé La prise en charge de cette référence est subordonnée au caractère remboursable de la location des soulève-malades inscrits sous les références 1231782 et 1278654	2 939	
1280533	**Soulève-malade; achat des sangles.**	4 015	
PF00004	**Soulève-malade, achat.** Soulève-malade mécanique ou électrique. La prise en charge est autorisée uniquement dans les iles autres que Tahiti. La prise en charge est soumise à une demande d'entente préalable. Elle répond aux dispositions de l'article LP 33 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée.	100 320	

1.3.2.2.9. Sous-section 9 : Appareils divers d'aide à la vie

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1211489	**Appareil de soutien partiel de la tête.**	28 513	
1290916	**Appareil de soutien partiel de la tête, remplacement du serre-tête.**	4 055	
1292424	**Casque de protection pour enfant handicapé.**	1 490	
1243302	**Chaise percée avec accoudoirs et seau.** Chaise percée avec accoudoirs, avec ou sans roulettes, avec ou sans repose-pieds, avec un seau.	17 061	

1245407	**Coquille pour bain en matière plastique, modèle enfant,< ou = 16 ans.** Coquille pour bain en matière plastique, modèle pour enfant, jusqu'à son 16ème anniversaire (< ou =), avec matelas de protection et de confort et sangles de fixation, ssurant le maintien du patient dans la coquille. Cette coquille peut être montée sur un socle en matière thermoformable à inclinaison ariable.	21 165	
1216481	**Socle à inclinaison variable de coquille pour bain, matière .plastique, < ou = 16 ans.** Socle à inclinaison variable pour coquille pour bain en matière plastique, modèle pour enfant, jusqu'au 16° anniversaire (< ou = 16 ans). La prise en charge de cette référence est subordonnée au caractère remboursable de la coquille pour bain en matière plastique 1245407.	6 672	
1293955	**Gants de cuir pour prothèse de main, la paire.**	3 041	
1222406	**Gant sur mesure pour mutilation de main, en cuir, non fourré.**	3 169	
1246967	**Gant sur mesure pour mutilation de main, en cuir, fourré.**	4 309	
1244589	**Postiche pour homme ou femme.**	20 781	
1281202	**Couteau, couteau-fourchette, liants avec étui.**	4 626	

1.3.2.2.10. Sous-section 10 : Prothèses capillaires

1. Définition des prothèses capillaires

Les prothèses capillaires peuvent faire l'objet d'une prise en charge lorsqu'elles répondent aux spécificités techniques et aux conditions décrites au sein du présent chapitre. Les prothèses capillaires sont des coiffures artificielles, d'origine naturelle ou synthétique, remplaçant ou complétant une chevelure. Elles sont composées d'un bonnet sur lequel des fibres, naturelles ou synthétiques, sont implantées mécaniquement ou de façon manuelle.

2. Spécifications techniques

2.1. Les prothèses capillaires

a) Spécifications techniques applicables à l'ensemble des prothèses capillaires totales

Les prothèses capillaires totales satisfont les conditions suivantes :
- les fibres synthétiques, lorsqu'elles sont utilisées :
  - sont non toxiques et non inflammables ;
  - le diamètre des fibres synthétiques implantées est compris entre 71 et 76 µm ;
- la densité de fibres implantées est au minimum de 30 fibres par cm2 ;
- la zone exclusivement implantée manuellement est de 15 cm2 minimum, répartie au niveau du vertex, de la raie et / ou de la bordure frontale ;
- le poids du bonnet est compris entre 10 et 15 g ;

- le bonnet est composé de matière hypoallergénique, non inflammable et non toxique ;
- les prothèses permettent un ajustement tenant compte du tour de tête du patient ;
- le bonnet est ajustable au moyen d'élastiques ou de fixations comme les bandes auto-grippantes, des agrafes ou des crochets.

b) Spécifications techniques particulières requises pour certains patients

Les prothèses capillaires satisfont en outre les conditions suivantes, dès lors qu'elles sont requises pour le patient concerné :
- la matière du bonnet ou de la base limite au maximum les agressions cutanées pour les patients en radiothérapie localisée sur le cuir chevelu et les patients ayant une zone étendue en phase de cicatrisation (grands brûlés ou ayant eu un traumatisme localisé sur le cuir chevelu) ;
- le bonnet ou la base ne comportent pas de latex pour les patients ayant une allergie à cette matière ;
- pour les enfants, une possibilité d'ajustement spécifique du bonnet par rapport à son tour de tête est présente.

2.2. Les accessoires

La prise en charge d'une prothèse capillaire s'accompagne de la prise en charge indissociable d'un accessoire textile de type turban, foulard, bonnet ou autre tissu hypoallergénique, non toxique, non inflammable, permettant de recouvrir la tête nue.
La prise en charge d'un accessoire textile (mentionné à l'alinéa précédent), peut être dissociée de la prise en charge d'une prothèse capillaire et renouvelée après une période de 12 mois suivant la date de la prise en charge précédente.
Les fibres synthétiques utilisées, le cas échéant, pour ces accessoires sont non toxiques et non inflammables et ont un diamètre compris entre 71 et 76 µm.

3. Modalités de prescription

La prescription de la prothèse capillaire est effectuée par un médecin.

4. Modalités de délivrance

La distribution des prothèses capillaires est effectuée par des professionnels titulaires d'un diplôme de coiffeur, de perruquier-posticheur ou de professionnel de santé, ayant une expérience ou une formation complémentaire à leur parcours initial, leur permettant l'accompagnement du patient sur les aspects techniques et sur le plan psychologique (aider le patient à retrouver son identité et sa confiance en soi).
La délivrance est associée à un accompagnement personnalisé et de conseils sur les aspects techniques et d'entretien de la prothèse capillaire.
Les distributeurs sont équipés de locaux disposant d'un espace de confidentialité pour l'essayage des prothèses capillaires.
Lors de la première délivrance, la prise en charge d'une prothèse capillaire n'intervient qu'après un essayage sur site en présence d'un professionnel formé conformément aux dispositions ci-dessus.
Les distributeurs proposant des prothèses capillaires aux enfants assurent l'ajustement spécifique du bonnet par rapport au tour de tête de l'enfant.
Les distributeurs informent préalablement le patient par un système d'information clair et visible que l'essayage n'engage pas l'achat.
La vente à distance sans essayage est réservée aux seules situations de renouvellement de délivrance.

5. Indications prises en charge

Les prothèses capillaires et les accessoires sont pris en charge pour des patients, adultes ou enfants, atteints d'alopécie temporaire ou définitive, partielle ou totale, consécutive à une pathologie ou à sa prise en charge.
Dans le cadre de l'alopécie androgénique, la prise en charge est limitée à l'alopécie androgénique féminine sévère, égale au stade 3 de la classification de Ludwig.

6. Conditions de renouvellement de la prise en charge

La prise en charge d'une prothèse capillaire (codes 1215636 et 1277057) peut être renouvelée après une période de 12 mois suivant la date de la prise en charge précédente.
La prise en charge d'un accessoire (code 1241651) peut être renouvelée après une période de 12 mois suivant la date de la prise en charge précédente.

7. Conditionnement

Un document décrivant les spécifications techniques de la prothèse capillaire est fourni. L'origine des matériaux utilisés (pour le bonnet ou la base, et pour les fibres synthétiques ou naturelles) et de la fabrication est mentionnée sur ce document.
La prise en charge est permise pour les dispositifs suivants, dès lors que l'ensemble des exigences mentionnées ci-dessus ainsi que dans la nomenclature ci-dessous sont satisfaites :

8-Prothèses capillaires totales avec zone de montage exclusivement manuel

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1215636	**PROTHESE CAPILLAIRE TOTALE, classe I** Prothèse capillaire totale avec une zone de montage exclusivement manuel, classe I. Elle satisfait à l'ensemble des spécifications techniques mentionnées à l'alinéa 2.1 relatives aux prothèses capillaires totales. Ce code inclut la prise en charge d'un accessoire textile de la liste de l'alinéa 2.2. Indications prises en charge Les prothèses capillaires totales sont prises en charge pour des patients, adultes ou enfants, atteints d'alopécie temporaire ou définitive, partielle ou totale, consécutive à une pathologie ou à sa prise en charge. Dans le cadre de l'alopécie androgénique, la prise en charge est limitée à l'alopécie androgénique féminine sévère, égale au stade 3 de la classification de Ludwig. Conditions de renouvellement de la prise en charge La prise en charge d'une prothèse capillaire totale peut être renouvelée après une période de 12 mois suivant la date de la prise en charge précédente. Conditionnement Un document décrivant les spécifications techniques de la prothèse capillaire est fourni. L'origine des matériaux utilisés (pour le bonnet ou la base, et pour les fibres synthétiques ou naturelles) et de la fabrication est mentionnée sur ce document.	36 575	
1277057	**PROTHESE CAPILLAIRE TOTALE, classe II** Prothèse capillaire totale avec une zone de montage exclusivement manuel, classe II.	36 575	

	La prothèse capillaire totale de classe II satisfait à l'ensemble des spécifications techniques mentionnées à l'alinéa 2.1 relatives aux prothèses capillaires totales, ainsi qu'aux spécifications techniques suivantes : - une implantation de cheveux naturels d'une surface minimale de 30 %, quel que soit le type de montage (manuel ou mécanique) ; - ou pour une prothèse implantée en fibres synthétiques, une zone de surface supérieure à 30 cm2 exclusivement implantée manuellement. Ce code inclut la prise en charge d'un accessoire textile de la liste de l'alinéa 2.2. Indications prises en charge Les prothèses capillaires totales sont prises en charge pour des patients, adultes ou enfants, atteints d'alopécie temporaire ou définitive, partielle ou totale, consécutive à une pathologie ou à sa prise en charge. Dans le cadre de l'alopécie androgénique, la prise en charge est limitée à l'alopécie androgénique féminine sévère, égale au stade 3 de la classification de Ludwig. Conditions de renouvellement de la prise en charge La prise en charge d'une prothèse capillaire totale peut être renouvelée après une période de 12 mois suivant la date de la prise en charge précédente. Conditionnement Un document décrivant les spécifications techniques de la prothèse capillaire est fourni. L'origine des matériaux utilisés (pour le bonnet ou la base, et pour les fibres synthétiques ou naturelles) et de la fabrication est mentionnée sur ce document.		

9-Accessoire

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1241651	**ACCESSOIRE CAPILLAIRE** Un accessoire de type turban, foulard, bonnet ou autre tissu hypoallergénique. Ce code exclut la prise en charge d'une prothèse capillaire. Indications prises en charge Un accessoire est pris en charge pour des patients, adultes ou enfants, atteints d'alopécie temporaire ou définitive, partielle ou totale, consécutive à une pathologie ou à sa prise en charge. Dans le cadre de l'alopécie androgénique, la prise en charge est limitée à l'alopécie androgénique féminine sévère, égale au stade 3 de la classification de Ludwig. Conditions de renouvellement de la prise en charge La prise en charge d'un accessoire peut être renouvelée après une période de 12 mois suivant la date de la prise en charge précédente. Conditionnement	3 325	

	Un document décrivant les spécifications techniques de l’accessoire est fourni. L'origine des matériaux utilisés et de la fabrication est mentionnée sur ce document.		

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

1.4. Chapitre 3. - Articles pour pansements, matériels de contention

1.4.1. Spécifications techniques

1.4.1.1. Section 1

1.4.1.1.1. Bandes élastiques de contention

1.4.1.1.1.1. Caractéristiques générales

Désignation	Contention	Poids g/m² mini	Largeur cm
Bandes de contention élastiques en un sens longitudinal		Allongement > 120 % dans le sens	
Fil élastique nu			
- V 18 :	Force 2	200	7 ou 8 ou 10
- V 19	Force 1	100	7 ou 8 ou 10
Fil élastique guipé			
- V 20	Force 2	200	8 ou 10
- V 21	Force 3	300	8 ou 10
- V 22	Force 1	180	8 ou 10
Bandes de contention élastiques en tout sens longitudinal transversal		Allongement > 120 % dans le sens Allongement > 70 % dans le sens	
Fil élastique guipé			
- V 23	Force 4	500	10
- V 24	Force 3	400	8 ou 10 ou 12
- V 25	Force 2	380	8 ou 10 ou 12
Bandes de contention thoraciques ou abdominales longitudinal		Allongement > 100 % dans le sens	
Fil élastique guipé			

- V26	Force 3	400	18 ou 25

Les bandes élastiques doivent avoir de véritables lisières tissées ou tricotées (sauf V 18, V 19) pour être réutilisables après de nombreux lavages. Les fils élastiques de conformité doivent avoir une âme dont la masse linéique ne peut être inférieure à 310 dtex.-
Il est toléré que 10 % de la masse des fils élastiques ait un titre compris en 40 dtex et 310 dtex. La tolérance sur le titrage des fils élastiques est de ± 20 %.

1.4.1.1.1.2. Force de contention

La force de contention est mesurée sur dynamomètre. Après 3 cycles de fatigue de 0 % à 30 %, on enregistre la force nécessaire pour allonger à 30 % la bande élastique lors du dernier cycle (selon la méthode mise au point par l'ITFH). Chaque référence de bande est classée suivant le tableau ci-dessous :
Force 1 ..... 20 à 45 cN/cm ;
Force 2 ..... 46 à 100 cN/cm ;
Force 3 ..... 101 à 160 cN/cm ;
Force 4 ..... > 160 cN/cm.

1.4.1.1.1.3. Contrôle du comportement à l'usage

Après avoir subi :
* 1 lavage selon la norme NF 007 136 6A ;
* 24 heures de vieillissement artificiel à la température de 70 °C sous 20 d'allongement ;
* 12 heures de tenue en extension sous 30 % d'allongement ;
* 5 lavages selon la norme NF 007 136 6A.

La perte de force mesurée entre le premier test (après un lavage à l'état neuf) et le dernier test (après vieillissement, fatigue et 5 lavages) ne devra pas être supérieure à 20 % de la force initiale.
La perte de force avant et après stérilisation en chaleur humide à 120 °C pendant 20 minutes suivant la méthode décrite au paragraphe 2 ne doit pas être supérieure à 25 % de la force initiale.

1.4.1.1.1.4. Conformité aux spécifications techniques

Le contrôle technique de conformité aux spécifications techniques est réalisé par un laboratoire compétent et indépendant. Ce contrôle technique est complété par un audit dans l'entreprise. Les résultats de ce contrôle sont validés par un organisme certificateur compétent et indépendant.

1.4.1.1.2. Bandes pour capitonnages

Elles sont en mousse de caoutchouc alvéolé à bords droits, perméables aux rayons X et de pH neutre : Longueur : 1 m;
Épaisseur : 8 mm ou 12 mm;
Hauteur: 80 mm;
Hauteur: 100 mm.
L'identification de ces bandes s'effectue selon les conditions décrites pour les bandes élastiques de contention.

1.4.1.1.3. Coussins pour pansements élasto-compressifs

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Coussins en latex malaxé et émulsionné, obtenus par moulage, à bords biseautés, perméables à l'air, pour tous pansements élasto-compressifs.
Modèles :
N° 0. Ovale
Surface: 90 mm x 60 mm sur 15 mm d'épaisseur; N° 1. Réniforme
Surface : 135 mm x 75 mm sur 15 mm d'épaisseur; N° 2. Rectangulaire
Surface : 130 mm x 170 mm sur 18 mm d'épaisseur; Surface: 200 mm x 250 mm sur 10 mm d'épaisseur; N° 3. Trapézoïdal
Surface: base : 200 mm x 380 mm ; hauteur 330 mm. Épaisseur : 5 mm.

1.4.2. Nomenclature et tarifs

1.4.2.1. Section 1. - Articles pour pansements

Les plaies concernées sont définies de la manière suivante :
- plaie chronique : plaie dont le délai de cicatrisation est allongé en raison de la présence d'une ou plusieurs causes de retard de cicatrisation. Selon l'étiologie, une plaie est considérée comme chronique après quatre à six semaines d'évolution. Les étiologies incluent notamment les ulcères de jambe, les escarres, les plaies diabétiques, les moignons d'amputation et les brûlures étendues en cas d'allongement des délais de cicatrisation.
- plaie aiguë : plaie dont le délai envisagé de cicatrisation est supposé normal c'est-à-dire sans cause locale ou générale pouvant retarder la cicatrisation. Les étiologies incluent notamment les brûlures, greffes, prises de greffe et plaies à cicatrisation dirigée postchirurgicale, morsures, abcès et abcès du sinus pilonidal (kyste sacro-coccygien opéré), gelures, dermabrasions profondes.

A compter du 01-04-2013, l'inscription sous description générique est réservée aux pansements exempts de composants ou substances ajoutés possédant une propriété, revendiquée ou connue, de type pharmacologique ou biologique. Tout pansement incorporant ce type de composant ou substance devra être inscrit sous nom de marque ou nom commercial.

1.4.2.1.1. Sous-section 1 : Pansements

Les pansements suivants sont stériles et emballés individuellement. Les indications de prise en charge sont définies pour chaque type de pansement.
Les pansements de type hydrocolloïde, hydrocellulaire, alginate, hydrogel, en fibres de carboxyméthylcellulose, à base d'acide hyaluronique, interface (toute forme), à l'argent et vaselinés ne sont pas destinés à être associés entre eux sur une même plaie sauf précision contraire de la nomenclature. L'association entre deux ou plus de ces pansements pour une même plaie n'est pas prise en charge à l'exception des cas prévus par la nomenclature.
Un set de pansement est défini comme un ensemble d'articles pour pansement. Il est considéré comme un produit à part entière distinct des produits qui le composent. Pour être pris en charge, il est doit être inscrit en tant que tel dans cette sous-section.

1.4.2.1.1.1. Paragraphe 1 : Pansements hydrocolloïdes

Les pansements hydrocolloïdes sont des pansements constitués de polymères absorbants, dont les propriétés physico-chimiques sont liées à la présence de carboxyméthylcellulose (CMC). Ils existent sous forme de plaques adhésives ou non adhésives ou de pâtes ou de poudres.

Les pâtes et les poudres doivent bénéficier d'une concentration en CMC 18 %.
Les plaques adhésives ont une surface adhésive en contact avec la peau et ont la face externe imperméable aux liquides.
Les plaques adhésives ou non :
- doivent avoir les propriétés de drainage (absorption/TTVE) mesurées conformément à la norme EN 13726-1 (chapitre 3.3) et supérieures ou égales à 15 g/100 cm²/24 h ;
- existent sous formes standard ou anatomique, opaque ou transparente.

La prise en charge des pansements hydrocolloïdes est assurée pour les plaies chroniques :
- sans distinction de phase ;
- ou en phase d'épidermisation en cas de traitement séquentiel.

Les plaques adhésives minces et transparentes sont également prises en charge en cas d'escarres chez l'adulte et chez le sujet âgé pour protéger la peau lorsqu'elle est au stade de la rougeur (urines, macération).

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1322792	**Pansements hydrocolloïdes, > ou = 25 cm² et < 50 cm², boîte de 5**	732	732
1387113	**Pansements hydrocolloïdes, > ou = 25 cm² et < 50 cm², boîte de 10**	1 046	1 046
1321321	**Pansements hydrocolloïdes, > ou = 50 cm² et < 63 cm², boîte de 10**	1 958	1 958
1396632	**Pansements hydrocolloïdes, > ou = 63 cm² et < 100 cm², boîte de 10**	2 433	2 433
1335004	**Pansements hydrocolloïdes, > ou = 100 cm² et < 120 cm², boîte de 10**	3 781	3 781
1323805	**Pansements hydrocolloïdes, > ou = 120 cm² et < 156 cm², boîte de 10**	4 511	4 511
1314261	**Pansements hydrocolloïdes, > ou = 156 cm² et < 200 cm², boîte de 10**	5 736	5 736
1311446	**Pansements hydrocolloïdes, > ou = 200 cm² et < 225 cm², boîte de 10**	7 317	7 317
1339090	**Pansements hydrocolloïdes, > ou = 225 cm² et < 300 cm², boîte de 10**	8 216	8 216
1399895	**Pansements hydrocolloïdes, > ou = 300 cm² et < 400 cm², boîte de 10**	10 739	10 739
1303688	**Pansements hydrocolloïdes, > ou = 400 cm² et < 460 cm², boîte de 10**	14 275	14 275
1331383	**Pansements hydrocolloïdes, > ou = 460 cm², boîte de 10**	16 397	16 397

Pansements hydrocolloïdes anatomiques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1381990	**Pansement hydrocolloïde anatomique, 272 cm2, COLOPLAST, COMFEEL +, B/10.** Pansement hydrocolloïde anatomique, COMFEEL PLUS CONTOUR LARGE en taille 272 cm2 en boîte de 10 pansements.	10 896	10 896

	MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE : La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 032732 (20 cm × 17,5 cm, coeur 9 cm × 11 cm)		
1395006	**Pansement hydrocolloïde anatomique, 272 cm2, COLOPLAST, COMFEEL +, B/5.** Pansement hydrocolloïde anatomique, COMFEEL PLUS CONTOUR LARGE en taille 272 cm2 en boîte de 5 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 332830 (20 cm × 17,5 cm, coeur 9 cm × 11 cm)	7 627	7 627
1313244	**Pansement hydrocolloïde anatomique, 258 cm2, CONVATEC, DUODERM SIGNAL Talon, B/10.** Pansement hydrocolloïde anatomique, DUODERM SIGNAL Talon en taille 258 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 410507 (18,5 cm × 19,5 cm)	10 341	10 341
1360210	**Pansement hydrocolloïde anatomique, 302 cm2, CONVATEC, DUODERM SIGNAL Sacrum, B/10.** Pansement hydrocolloïde anatomique, DUODERM SIGNAL Sacrum en taille 302 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 410508 (20 cm × 22,5 cm)	11 890	11 890
1312115	**Pansement hydrocolloïde anatomique, 205 cm2, HARTMANN, HYDROCOLL SACRAL, B/10.** Pansement hydrocolloïde anatomique, HYDROCOLL SACRAL en taille 205 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 900945 (18 cm × 18 cm)	8 247	8 247
1378893	**Pansement hydrocolloïde anatomique, 147 cm2, HARTMANN, HYDROCOLL CONCAVE, B/10.** Pansement hydrocolloïde anatomique, HARTMANN, HYDROCOLL CONCAVE en taille 147 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 900946 (15 cm × 13,5 cm)	5 956	5 956

1.4.2.1.1.2. Paragraphe 2 Pansements hydrocellulaires

Pansements hydrocellulaires à absorption importante (absorp impte)

Indications prise en charge :
Traitement des plaies aiguës, sans distinction de phase et traitement des plaies chroniques dès la phase de bourgeonnement en traitement séquentiel, localisées dans des endroits difficiles à panser tels que le sacrum, le talon, le coude et le genou.
Spécifications techniques :
Les pansements hydrocellulaires à absorption importante sont des pansements composés de plusieurs couches dont une couche hydrophile de polymères absorbants et éventuellement une couche externe semi-perméable.
Ils existent sous forme de plaques ou tridimensionnelles, adhésives ou non adhésives.

Ceux qui sont pourvus d'une couche externe semi-perméable, doivent disposer d'un pouvoir absorbant supérieur ou égal à 40 g/100 cm2/24 h mesuré à partir de la méthode décrite dans le chapitre 3.3 de la norme EN 13726-1.
Ceux qui sont dépourvus de couche externe semi-perméable, doivent disposer d'un pouvoir absorbant mesuré à partir de la méthode décrite dans le chapitre 3.2 de la norme EN 13726-1 :

- supérieur ou égal à 8 g/g d'échantillon/30 min pour les formes cavitaires ;
- inférieur à 100 g/100 cm2/30 min pour les formes plaque ou tridimensionnelle incluant les formes anatomiques.

Les pansements hydrocellulaires dits de forme anatomique ou cavitaire sont plus particulièrement conçus pour les plaies de localisation difficile.
Les pansements dits de forme anatomique ou cavitaire ne peuvent être pris en charge sous les codes désignés ci-dessous que si leur forme est de forme géométrique standard. Les bords de ces pansements pouvant être arrondis ou en angle droit ou aigu.
Les formes anatomiques sont dites de forme géométrique standard lorsque la forme représente soit un cercle, une ellipse, un triangle, un carré, un rectangle ou un losange.
Un pansement hydrocellulaire adhésif comporte une couche externe adhésive dont la superficie est supérieure à celle de la partie absorbante et permet son maintien en place.
Un pansement hydrocellulaire non adhésif doit être associé à un système de fixation permettant son maintien en place.
La prise en charge est assurée pour les pansements suivants :

Code	**Nomenclature**	**Tarif en F.CFP**	**PLV en F.CFP TTC**
1307692	**Pansement hydrocellulaire absorp impte, adhésif, > ou = 25 cm2 et < 50 cm2, B/10**	1 046	1 046
1326666	**Pansement hydrocellulaire absorp impte, > ou = 25 cm2 et < 50 cm2, B/10**	1 046	1 046
1308898	**Pansement hydrocellulaire absorp impte, adhésif, > ou = 50 cm2 et < 63 cm2, B/10**	1 958	1 958
1397732	**Pansement hydrocellulaire absorp impte, > ou = 50 cm2 et < 63 cm2, B/10**	1 958	1 958
1365755	**Pansement hydrocellulaire absorp impte, adhésif, > ou = 50 cm2 et < 63 cm2, B/16**	2 742	2 742
1370704	**Pansement hydrocellulaire absorp impte, > ou = 50 cm2 et < 63 cm2, B/16**	2 742	2 742
1351747	**Pansement hydrocellulaire absorp impte, adhésif, > ou = 63 cm2 et < 100 cm2, B/10**	2 433	2 433
1348633	**Pansement hydrocellulaire absorp impte, > ou = 63 cm2 et < 100 cm2, B/10**	2 433	2 433
1348679	**Pansement hydrocellulaire absorp impte, adhésif, > ou = 63 cm2 et < 100 cm2, B/16**	3 406	3 406
1374381	**Pansement hydrocellulaire absorp impte, > ou = 63 cm2 et < 100 cm2, B/16**	3 406	3 406
1365117	**Pansement hydrocellulaire absorp impte, adhésif, > ou = 100 cm2 et < 120 cm2, B/10**	3 781	3 781
1308668	**Pansement hydrocellulaire absorp impte, > ou = 100 cm2 et < 120 cm2, B/10**	3 781	3 781
1312760	**Pansement hydrocellulaire absorp impte, adhésif, > ou = 100 cm2 et < 120 cm2, B/16**	5 292	5 292
1319643	**Pansement hydrocellulaire absorp impte, > ou = 100 cm2 et < 120 cm2, B/16**	5 292	5 292

1333399	**Pansement hydrocellulaire absorp impte, adhésif, > ou = 120 cm2 et < 156 cm2, B/10**	4 511	4 511
1380074	**Pansement hydrocellulaire absorp impte, > ou = 120 cm2 et < 156 cm2, B/10**	4 511	4 511
1326560	**Pansement hydrocellulaire absorp impte, adhésif, > ou = 120 cm2 et < 156 cm2, B/16**	6 315	6 315
1303470	**Pansement hydrocellulaire absorp impte, > ou = 120 cm2 et < 156 cm2, B/16**	6 315	6 315
1393616	**Pansement hydrocellulaire absorp impte, adhésif, > ou = 156 cm2 et < 200 cm2, B/10**	5 736	5 736
1372672	**Pansement hydrocellulaire absorp impte, > ou = 156 cm2 et < 200 cm2, B/10**	5 736	5 736
1337026	**Pansement hydrocellulaire absorp impte, adhésif, > ou = 156 cm2 et < 200 cm2, B/16**	8 030	8 030
1370236	**Pansement hydrocellulaire absorp impte, > ou = 156 cm2 et < 200 cm2, B/16**	8 030	8 030
1320913	**Pansement hydrocellulaire absorp impte, adhésif, > ou = 200 cm2 et < 225 cm2, B/10**	7 317	7 317
1333198	**Pansement hydrocellulaire absorp impte, > ou = 200 cm2 et < 225 cm2, B/10**	7 317	7 317
1389112	**Pansement hydrocellulaire absorp impte, adhésif, > ou = 200 cm2 et < 225 cm2, B/16**	10 244	10 244
1392717	**Pansement hydrocellulaire absorp impte, > ou = 200 cm2 et < 225 cm2, B/16**	10 244	10 244
1335866	**Pansement hydrocellulaire absorp impte, adhésif, > ou = 225 cm2 et < 300 cm2, B/10**	8 216	8 216
1336558	**Pansement hydrocellulaire absorp impte, > ou = 225 cm2 et < 300 cm2, B/10**	8 216	8 216
1359097	**Pansement hydrocellulaire absorp impte, adhésif, > ou = 300 cm2 et < 400 cm2, B/10**	10 739	10 739
1364342	**Pansement hydrocellulaire absorb impte, > ou = 300 cm2 et < 400 cm2, B/10**	10 739	10 739
1358152	**Pansement hydrocellulaire absorb impte, adhésif, > ou = 400 cm2 et < 460 cm2, B/10**	14 275	14 275
1328493	**Pansement hydrocellulaire absorb impte, > ou = 400 cm2 et < 460 cm2, B/10**	14 275	14 275
1376990	**Pansement hydrocellulaire absorb impte, adhésif, > ou = 460 cm2, B/10**	16 397	16 397
1314829	**Pansement hydrocellulaire absorb impte, > ou = 460 cm2, B/10**	16 397	16 397

Pansements anatomiques hydrocellulaires à absorption importante

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1330515	**Pansement anatomique absorp impte, 100 cm2, B.BRAUN, ASKINA cavity, B/10.** Pansement anatomique hydrocellulaire à absorption importante, ASKINA cavity strips en taille 100 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 7246010FR (2,5 cm × 40 cm)	4 538	4 538

1399955	**Pansement anatomique absorp impte, adh, 465 cm2, COLOPLAST, BIATAIN Talon, B/5.** Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante, BIATAIN Talon en taille 465 cm2 en boîte de 5 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 334871 (23 cm × 23 cm)	12 761	12 761
1374470	**Pansement anatomique absorp impte, adh, 402 cm2, COLOPLAST, BIATAIN Sacrum, B/5.** Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante, BIATAIN Sacrum en taille 402 cm2 en boîte de 5 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 334850 (23 cm × 23 cm)	11 047	11 047
1306787	**Panst anat absorp impte, adh silic, 293 cm2, COLOPLAST, BIATAIN SILICONE Tal, B/5** Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire siliconé à absorption importante, BIATAIN SILICONE Talon en taille 293 cm2 en boîte de 5 pansements. MODALITÉS D'UTILISATION ET DE PRESCRIPTION Les pansements de la gamme BIATAIN SILICONE peuvent rester en place jusqu'à 7 jours, selon la quantité d'exsudat et les caractéristiques de la plaie. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE : La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 334060 (18 cm × 18 cm).	797	7 797
1324093	**Panst anat absorp impte, adh silic, 229 cm2, COLOPLAST, BIATAIN SILICONE Sac, B/5** Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire siliconé à absorption importante, BIATAIN SILICONE Sacrum en taille 229 cm2 en boîte de 5 pansements. MODALITÉS D'UTILISATION ET DE PRESCRIPTION Les pansements de la gamme BIATAIN SILICONE peuvent rester en place jusqu'à 7 jours, selon la quantité d'exsudat et les caractéristiques de la plaie. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE : La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 334040 (15 cm × 19 cm).	114	6 114
1324667	**Panst anat absorp impte, adh silic, 485 cm2, COLOPLAST, BIATAIN SILICONE Sac, B/5** Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire siliconé à absorption importante, BIATAIN SILICONE Sacrum en taille 485 cm2 en boîte de 5 pansements. MODALITÉS D'UTILISATION ET DE PRESCRIPTION Les pansements de la gamme BIATAIN SILICONE peuvent rester en place jusqu'à 7 jours, selon la quantité d'exsudat et les caractéristiques de la plaie. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE :	2 640	12 640

	La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 334050 (25 cm × 25 cm).		
1397809	**Panst anat absorp impte, adh silic, 215 cm2, COLOPLAST, BIATAIN SILICONE Multi, B/5** Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire siliconé à absorption importante, BIATAIN SILICONE Multisite en taille 215 cm2 en boîte de 5 pansements. MODALITÉS D'UTILISATION ET DE PRESCRIPTION Les pansements BIATAIN SILICONE Multisite peuvent s'adapter à la forme du talon, du coude ou du genou. Les pansements de la gamme BIATAIN SILICONE peuvent rester en place jusqu'à 7 jours, selon la quantité d'exsudat et les caractéristiques de la plaie. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE : La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 334080 (14 cm × 19,5 cm).	747	5 747
1344575	**Pansement anatomique absorp impte, adh, 247 cm2, CONVATEC, AQUACEL FOAM T, B/10.** Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante, AQUACEL FOAM Talon (T) en taille 247,01 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 420655 (19,8 cm × 14 cm)	9 908	9 908
1316194	**Pansement anatomique absorp impte, adh, 282 cm2, CONVATEC, AQUACEL FOAM S, B/10.** Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante, AQUACEL FOAM Sacrum petit en taille 282,95 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 420656 (20 cm × 16,9 cm)	11 289	11 289
1301643	**Pansement anatomique absorp impte, adh, 434 cm2, CONVATEC, AQUACEL FOAM S, B/10.** Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante, AQUACEL FOAM Sacrum standard en taille 434,05 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 421049 (24 cm × 21,5 cm)	17 026	17 026
1378686	**Pansement anatomique absorp impte, adh, 302 cm2, KCI, TIELLE Sacrum, B/10.** Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante, TIELLE Sacrum en taille 302 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 3401072933017 (18 cm × 18 cm)	11 890	11 890
1302795	**Pansement anatomique absorp impte, adh, 339 cm2, KCI, TIELLE Talon, B/10.** Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante, TIELLE Talon en taille 339 cm2 en boîte de 10 pansements.	13 329	13 329

	MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 3401043418093 (20 cm × 26,5 cm)		
1360404	**Pansement anatomique absorp impte, adh, 226 cm2, HARTMANN, HYDROTAC SACRAL, B/10.** Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante, HYDROTAC SACRAL en taille 226 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 685827 (18 cm × 18 cm)	9 077	9 077
1324839	**Pansement anatomique absorp impte, adh, 336 cm2, HARTMANN, HYDROTAC SACRAL, B/10.** Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante, HYDROTAC SACRAL en taille 336 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 685850 (22 cm × 22 cm)	13 214	13 214
1326123	**Pansement anatomique absorp impte, 234 cm2, HARTMANN, HYDROTAC CONCAVE, B/10.** Pansement anatomique hydrocellulaire à absorption importante, HYDROTAC CONCAVE en taille 234 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 685825 (18 cm × 18,5 cm)	11 101	11 101
1329890	**Pansement anatomique absorp impte, adh, 200 cm2, HARTMANN, PERMAFOAM SACRAL, B/10.** Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante, HYDROTAC SACRAL en taille 200 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 409431 (18 cm × 18 cm)	8 049	8 049
1393409	**Pansement anatomique absorp impte, adh, 326 cm2, HARTMANN, PERMAFOAM SACRAL, B/10.** Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante, PERMAFOAM SACRAL en taille 326 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 409430 (22 cm × 22 cm)	12 824	12 824
1355030	**Pansement anatomique absorp impte, adh, 215 cm2, HARTMANN, PERMAFOAM CONCAVE, B10.** Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante, PERMAFOAM CONCAVE en taille 215 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 409429 (16,5 cm × 18 cm)	10 213	10 213

1345907	**Pansement anatomique absorp impte, 302 cm2, LOHMANN, SUPRASORB P Sacrum, B/10.** Pansement anatomique hydrocellulaire à absorption importante, SUPRASORB P Sacrum en taille 302 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 20535 (18 cm × 20,5 cm)	11 890	11 890
1398358	**Pansement anatomique absorp impte, 210 cm2, MÖLNLYCKE, MEPILEX Talon, B/10.** Pansement anatomique hydrocellulaire à absorption importante, MEPILEX Talon en taille 210 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 288220 (13 cm × 21 cm)	8 445	8 445
1383931	**Pansement anatomique absorp impte, 255 cm2, MÖLNLYCKE, MEPILEX Talon, B/10.** Pansement anatomique hydrocellulaire à absorption importante, MEPILEX Talon en taille 255 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 288320 (15 cm × 22 cm)	10 222	10 222
1380039	**Pansement anatomique absorp impte, adh, 290 cm2, MÖLNLYCKE, MEPILEX B Talon, B/10.** Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante, MEPILEX BORDER (B) Talon en taille 290 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 283220 (18,5 cm × 25 cm)	11 606	11 606
1342895	**Pansement anatomique absorp impte, adh, 320 cm2, MÖLNLYCKE, MEPILEX B Sacrum, B/10.** Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante, MEPILEX BORDER (B) Sacrum en taille 320 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 282220 (20 cm × 20cm)	13 735	13 735
1378730	**Pansement anatomique absorp impte, adh, 429 cm2, MÖLNLYCKE, MEPILEX B Sacrum, B/10.** Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante, MEPILEX BORDER (B) Sacrum en taille 429 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 282420 (23 cm × 23 cm)	16 830	16 830

1339002	**Pansement anatomique absorp impte, adh, 398cm2, MÖLNLYCKE, MEPILEX B Talon, B/10.** Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante, MEPILEX BORDER (B) Talon en taille 398 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE : La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 282720 (22cm x 23cm)	14 297	14 297
1303381	**Pansement anatomique absorp impte, adh, 380cm2, MÖLNLYCKE, MEPILEX B Sacrum, B/10.** Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante, MEPILEX BORDER (B) Sacrum en taille 380 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE : La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 282440 (22cm x 25cm)	13 656	13 656
1330099	**Pansement anatomique absorp impte, adh, 223cm2, MÖLNLYCKE, MEPILEX BP Sacrum, B/10** DESCRIPTION Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante, MEPILEX BORDER PROTECT (BP) Sacrum en taille 223 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 282040 (16x20 cm)	7 192	7 192
1364537	**Pansement anatomique absorp impte, adh, 220 cm2, SMITH, ALLEVYN GBM, B/10.** Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante, ALLEVYN GENTLE BORDER MULTISITE (GBM) en taille 220,7 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 66800959 (17,1 cm × 17,9 cm)	8 839	8 839
1310694	**Pansement anatomique absorp impte, 198 cm2, SMITH, ALLEVYN Heel, B/10.** Pansement anatomique hydrocellulaire à absorption importante, ALLEVYN Heel en taille 198,16 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 66000773 (Préformé)	9 781	9 781
1320505	**Pansement anatomique absorp impte, adh, 545 cm2, SMITH, ALLEVYN LIFE Heel, B/10.** Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante, ALLEVYN LIFE Heel en taille 545,33 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 66801305 (25 cm × 25,2 cm)	21 342	21 342

1378255	**Pansement anatomique absorp impte, adh, 234 cm2, SMITH, ALLEVYN LIFE Sacrum, B/10.** Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante, ALLEVYN LIFE Sacrum en taille 234,68 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 66801306 (17,2 cm × 17,5 cm)	9 394	9 394
1344546	**Pansement anatomique absorp impte, 385 cm2, SMITH, ALLEVYN LIFE Sacrum, B/10.** Pansement anatomique hydrocellulaire à absorption importante, ALLEVYN LIFE Sacrum en taille 385,76 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 66801307 (21,6 cm × 23 cm)	15 120	15 120
1314841	**Pansement anatomique absorp impte, 207 cm2, URGO, URGOTUL ABSORB Talon, B/10.** Pansement anatomique hydrocellulaire à absorption importante, URGOTUL ABSORB Talon en taille 207 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 503902 (12 cm × 19 cm)	8 325	8 325
1384758	**Pansement anatomique absorp impte, adh, 325 cm2, URGO, URGOTUL BORDER Sacrum, B/10.** Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante, URGOTUL BORDER Sacrum en taille 325 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 550748 (20 cm × 20 cm)	12 785	12 785
1375920	**Panst anatomique absorp impte, adh, 247 cm2, CONVATEC, AQUACEL FOAM PRO T, B/10.** Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante, AQUACEL FOAM PRO TALON (T) en taille 247 cm2 en boîte de 10 pansements. DESCRIPTION : Les pansements AQUACEL FOAM PRO TALON sont des pansements hydrocellulaires à absorption importante de forme anatomique non standard composés des éléments suivants (de la zone d'application cutanée vers l'extérieur) : – interface adhésive en silicone alvéolé au contact de la plaie ; – une couche hydrofibre (carboxyméthylcellulose de sodium) se gélifiant au contact de la plaie ; – une couche de liaison en polyuréthane ; – une couche de mousse de polyuréthane absorbante ; – une couche externe en film de polyuréthane imperméable à l'eau. INDICATION PRISE EN CHARGE :	7 603	7 603

	Traitement des plaies aiguës, sans distinction de phase et traitement des plaies chroniques dès la phase de bourgeonnement en traitement séquentiel, localisées dans des endroits difficiles à panser (talon). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : Les pansements hydrocellulaires siliconés AQUACEL FOAM PRO Talon peuvent rester en place jusqu'à 7 jours en fonction de la condition du patient et de la quantité d'exsudat. La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : AQUACEL Foam Pro Talon 19,8cm x 14cm (Boîte de 10 pansements) : 422356.		
1338971	**Panst anatomique absorp impte, adh, 282 cm2, CONVATEC, AQUACEL FOAM PRO S, B/5.** Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante, AQUACEL FOAM PRO Sacrum (S) Standard en taille 282 cm2 en boîte de 5 pansements. DESCRIPTION : Les pansements AQUACEL FOAM PRO Sacrum sont des pansements hydrocellulaires à absorption importante de forme anatomique non standard composés des éléments suivants (de la zone d'application cutanée vers l'extérieur) : – interface adhésive en silicone alvéolé au contact de la plaie ; – une couche hydrofibre (carboxyméthylcellulose de sodium) se gélifiant au contact de la plaie ; – une couche de liaison en polyuréthane ; – une couche de mousse de polyuréthane absorbante ; – une couche externe en film de polyuréthane imperméable à l'eau. INDICATION PRISE EN CHARGE : Traitement des plaies aiguës, sans distinction de phase et traitement des plaies chroniques dès la phase de bourgeonnement en traitement séquentiel, localisées dans des endroits difficiles à panser (sacrum). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : Les pansements hydrocellulaires siliconés AQUACEL FOAM PRO Sacrum peuvent rester en place jusqu'à 7 jours en fonction de la condition du patient et de la quantité d'exsudat. La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : AQUACEL Foam Pro Sacrum Standard 20 x 16,9 cm (Boîte de 5 pansements) : 421579.	6 218	6 218
1338155	**Panst anatomique absorp impte, adh, 434 cm2, CONVATEC, AQUACEL FOAM PRO S, B/5.** Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption importante, AQUACEL FOAM PRO Sacrum (S) Large en taille 434cm2 en boîte de 5 pansements. DESCRIPTION : Les pansements AQUACEL FOAM PRO SACRUM sont des pansements hydrocellulaires à absorption importante de forme anatomique non standard composés des éléments suivants (de la zone d'application cutanée vers l'extérieur) : – interface adhésive en silicone alvéolé au contact de la plaie ;	8 689	8 689

	– une couche hydrofibre (carboxyméthylcellulose de sodium) se gélifiant au contact de la plaie ; – une couche de liaison en polyuréthane ; – une couche de mousse de polyuréthane absorbante ; – une couche externe en film de polyuréthane imperméable à l'eau. INDICATION PRISE EN CHARGE : Traitement des plaies aiguës, sans distinction de phase et traitement des plaies chroniques dès la phase de bourgeonnement en traitement séquentiel, localisées dans des endroits difficiles à panser (sacrum). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : Les pansements hydrocellulaires siliconés AQUACEL FOAM PRO Sacrum peuvent rester en place jusqu'à 7 jours en fonction de la condition du patient et de la quantité d'exsudat. La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : AQUACEL Foam Pro Sacrum Large 24 x 21,5 cm (Boîte de 5 pansements) : 421580.		

Autres pansements hydrocellulaires à absorption importante

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1302996	**Pansements hydrocellulaires, 36 cm2, URGO, URGOSTART, B/16** INDICATIONS PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour : - L'ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). - dans les ulcères du pied chez le patient diabétique, d'origine neuro-ischémique (ischémie non critique), non infectés (critères d'infection IDSA/IWGDF), en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée pour le modèle : 6 x 6 cm.	4 537	4 537
1375564	**Pansements hydrocellulaires, 156 cm2, URGO, URGOSTART, B/16.** INDICATIONS PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour : - L'ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). - dans les ulcères du pied chez le patient diabétique, d'origine neuro-ischémique (ischémie non critique), non infectés (critères d'infection IDSA/IWGDF), en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION	16 828	16 828

	Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée pour le modèle : 12 x 13 cm		
1316320	**Pansements hydrocellulaires, 228 cm2, URGO, URGOSTART, B/16.** INDICATIONS PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour : - L'ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). - dans les ulcères du pied chez le patient diabétique, d'origine neuro-ischémique (ischémie non critique), non infectés (critères d'infection IDSA/IWGDF), en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée pour le modèle : 12 x 19 cm.	23 565	23 565
1338936	**Pansements hydrocellulaires, 300 cm2, URGO, URGOSTART, B/16.** INDICATIONS PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour : - L'ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). - dans les ulcères du pied chez le patient diabétique, d'origine neuro-ischémique (ischémie non critique), non infectés (critères d'infection IDSA/IWGDF), en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée pour le modèle : 15 x 20 cm.	30 786	30 786
1322065	**Pansements hydrocellulaires, 64 cm2, URGO, URGOSTART BORDER, B/10.** INDICATIONS PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour : - L'ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). - dans les ulcères du pied chez le patient diabétique, d'origine neuro-ischémique (ischémie non critique), non infectés (critères d'infection IDSA/IWGDF), en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION	4 963	4 963

	Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée pour le modèle : 8 x 8 cm.		
1327186	**Pansements hydrocellulaires, 64 cm2, URGO, URGOSTART BORDER, B/16.** INDICATIONS PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour : - L'ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). - dans les ulcères du pied chez le patient diabétique, d'origine neuro-ischémique (ischémie non critique), non infectés (critères d'infection IDSA/IWGDF), en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée pour le modèle : 8 x 8 cm.	6 942	6 942
1315384	**Pansements hydrocellulaires, 169 cm2, URGO, URGOSTART BORDER, B/10.** INDICATIONS PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour : - L'ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). - dans les ulcères du pied chez le patient diabétique, d'origine neuro-ischémique (ischémie non critique), non infectés (critères d'infection IDSA/IWGDF), en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée pour le modèle : 13 x 13 cm.	10 692	10 692
1365270	**Pansements hydrocellulaires, 169 cm2, URGO, URGOSTART BORDER, B/16.** INDICATIONS PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour : - L'ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). - dans les ulcères du pied chez le patient diabétique, d'origine neuro-ischémique (ischémie non critique), non infectés (critères d'infection IDSA/IWGDF), en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION	16 687	16 687

	Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée pour le modèle : 13 x 13 cm.		
1326502	**Pansements hydrocellulaires, 300 cm2, URGO, URGOSTART BORDER, B/10.** INDICATIONS PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour : - L'ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). - dans les ulcères du pied chez le patient diabétique, d'origine neuro-ischémique (ischémie non critique), non infectés (critères d'infection IDSA/IWGDF), en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée pour le modèle : 15 x 20 cm.	17 906	17 906
1311943	**Pansements hydrocellulaires, 300 cm2, URGO, URGOSTART BORDER, B/16.** INDICATIONS PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour : - L'ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). - dans les ulcères du pied chez le patient diabétique, d'origine neuro-ischémique (ischémie non critique), non infectés (critères d'infection IDSA/IWGDF), en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée pour le modèle : 15 x 20 cm	28 228	28 228
1357106	**Pansements hydrocellulaires, 400 cm2, URGO, URGOSTART BORDER, B/10.** INDICATIONS PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour : - L'ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). - dans les ulcères du pied chez le patient diabétique, d'origine neuro-ischémique (ischémie non critique), non infectés (critères d'infection IDSA/IWGDF), en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION	22 952	22 952

	Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie 2410préalablement nettoyée au sérum physiologique. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée pour le modèle : 20 x 20 cm.		
1301070	**Pansements hydrocellulaires, 400 cm2, URGO, URGOSTART BORDER, B/16.** INDICATIONS PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour : - L'ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). - dans les ulcères du pied chez le patient diabétique, d'origine neuro-ischémique (ischémie non critique), non infectés (critères d'infection IDSA/IWGDF), en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée pour le modèle : 20 x 20 cm.	36 303	36 303
1336297	**Pansements hydrocellulaires, 64 cm2, URGO, URGOSTART PLUS BORDER, B/16** INDICATIONS PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour : - L'ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). - dans les ulcères du pied chez le patient diabétique, d'origine neuro-ischémique (ischémie non critique), non infectés (critères d'infection IDSA/IWGDF), en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée pour le modèle : 8 x 8 cm.	6 942	6 942
1364112	**Pansements hydrocellulaires, 169 cm2, URGO, URGOSTART PLUS BORDER, B/16** INDICATIONS PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour : - L'ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). - dans les ulcères du pied chez le patient diabétique, d'origine neuro-ischémique (ischémie non critique), non infectés (critères d'infection IDSA/IWGDF), en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION	16 687	16 687

	Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée pour le modèle : 13 x 13 cm.		
1314686	**Pansements hydrocellulaires, 300 cm2, URGO, URGOSTART PLUS BORDER, B/16** INDICATIONS PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour : - L'ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). - dans les ulcères du pied chez le patient diabétique, d'origine neuro-ischémique (ischémie non critique), non infectés (critères d'infection IDSA/IWGDF), en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée pour le modèle : 15 x 20 cm.	28 228	28 228
1337090	**Pansements hydrocellulaires, 400 cm2, URGO, URGOSTART PLUS BORDER, B/16** INDICATIONS PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour : - L'ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). - dans les ulcères du pied chez le patient diabétique, d'origine neuro-ischémique (ischémie non critique), non infectés (critères d'infection IDSA/IWGDF), en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée pour le modèle : 20 x 20 cm.	36 303	36 303
1351820	**Pansements hydrocellulaires, 36 cm2, URGO, URGOSTART PLUS COMPRESSE, B/16** INDICATIONS PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour : - L'ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). - dans les ulcères du pied chez le patient diabétique, d'origine neuro-ischémique (ischémie non critique), non infectés (critères d'infection IDSA/IWGDF), en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION	4 537	4 537

	Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée pour le modèle : 6 x 6 cm.		
1394053	**Pansements hydrocellulaires, 156 cm2, URGO, URGOSTART PLUS COMPRESSE, B/16** INDICATIONS PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour : - L'ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). - dans les ulcères du pied chez le patient diabétique, d'origine neuro-ischémique (ischémie non critique), non infectés (critères d'infection IDSA/IWGDF), en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée pour le modèle : 12 x 13 cm.	16 828	16 828
1376351	**Pansements hydrocellulaires, 300 cm2, URGO, URGOSTART PLUS COMPRESSE, B/16** INDICATIONS PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour : - L'ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). - dans les ulcères du pied chez le patient diabétique, d'origine neuro-ischémique (ischémie non critique), non infectés (critères d'infection IDSA/IWGDF), en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée pour le modèle : 15 x 20 cm.	30 786	30 786
1379310	**Pansements hydrocellulaires, 36 cm2, URGO, URGOSTART PLUS, B/16** INDICATIONS PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour : - L'ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). - dans les ulcères du pied chez le patient diabétique, d'origine neuro-ischémique (ischémie non critique), non infectés (critères d'infection IDSA/IWGDF), en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION	4 537	4 537

	Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée pour le modèle : 6 x 6 cm.		
1328872	**Pansements hydrocellulaires, 156 cm2, URGO, URGOSTART PLUS, B/16** INDICATIONS PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour : - L'ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). - dans les ulcères du pied chez le patient diabétique, d'origine neuro-ischémique (ischémie non critique), non infectés (critères d'infection IDSA/IWGDF), en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée pour le modèle : 12 x 13 cm.	16 828	16 828
1333873	**Pansements hydrocellulaires, 300 cm2, URGO, URGOSTART PLUS, B/16** INDICATIONS PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour : - L'ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). - dans les ulcères du pied chez le patient diabétique, d'origine neuro-ischémique (ischémie non critique), non infectés (critères d'infection IDSA/IWGDF), en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée pour le modèle : 15 x 20 cm.	30 786	30 786
1322243	**Pansements hydrocellulaires, 36 cm2, URGO, URGOSTART PLUS, B/10.** INDICATIONS PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour le traitement des : -ulcères de jambe veineux ou mixtes à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel) ; -ulcères du pied chez le patient diabétique, d'origine neuro-ischémique (ischémie non critique), non infectés (critères d'infection IDSA/IWGDF), en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION	3 098	3 098

	Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée pour le modèle : 6 x 6 cm.		
1372710	**Pansements hydrocellulaires, 156 cm2, URGO, URGOSTART PLUS, B/10.** INDICATIONS PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour le traitement des : - ulcères de jambe veineux ou mixtes à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel) ; -ulcères du pied chez le patient diabétique, d'origine neuro-ischémique (ischémie non critique), non infectés (critères d'infection IDSA/IWGDF), en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée pour le modèle : 12 x 13 cm.	10 780	10 780
1328151	**Pansements hydrocellulaires, 300 cm2, URGO, URGOSTART PLUS, B/10.** INDICATIONS PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour le traitement des : – ulcères de jambe veineux ou mixtes à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel) ; –ulcères du pied chez le patient diabétique, d'origine neuro-ischémique (ischémie non critique), non infectés (critères d'infection IDSA/IWGDF), en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE La prise en charge est assurée pour le modèle : 15x 20 cm.	19 504	19 504
1327074	**Pansements hydrocellulaires, 120 cm2, URGO, URGOSTART PLUS BORDER, B/16.** INDICATIONS PRISES EN CHARGE : – l'ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel) ; – l'ulcère du pied chez le patient diabétique, d'origine neuro-ischémique (ischémie non critique), non infectés (critères d'infection IDSA/IWGDF), en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique.	11 879	11 879

	RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : La prise en charge est assurée pour le modèle : 10 x 12 cm.		
1327016	**Pansements hydrocellulaires, 195 cm2, URGO, URGOSTART PLUS BORDER, B/16.** INDICATIONS PRISES EN CHARGE : – l'ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel) ; – l'ulcère du pied chez le patient diabétique, d'origine neuro-ischémique (ischémie non critique), non infectés (critères d'infection IDSA/IWGDF), en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : La prise en charge est assurée pour le modèle : 13 x 15 cm.	18 920	18 920
1371425	**Pansements hydrocellulaires, 340 cm2, URGO, URGOSTART PLUS BORDER, B/16.** INDICATIONS PRISES EN CHARGE : – l'ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel) ; – l'ulcère du pied chez le patient diabétique, d'origine neuro-ischémique (ischémie non critique), non infectés (critères d'infection IDSA/IWGDF), en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : La prise en charge est assurée pour le modèle : 17 x 20 cm.	30 644	30 644
1351753	**Pansements hydrocellulaires, 100 cm2, URGO, URGOSTART PLUS ABSORB, B/16.** INDICATIONS PRISES EN CHARGE : – l'ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel) ; – l'ulcère du pied chez le patient diabétique, d'origine neuro-ischémique (ischémie non critique), non infectés (critères d'infection IDSA/IWGDF), en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : La prise en charge est assurée pour le modèle : 10 × 10 cm par boîte de 16 (référence : 604190).	10 875	10 875
1359387	**Pansements hydrocellulaires, 100 cm2, URGO, URGOSTART PLUS ABSORB, B/10.** INDICATIONS PRISES EN CHARGE :	7 111	7 111

	– l'ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel) ; – l'ulcère du pied chez le patient diabétique, d'origine neuro-ischémique (ischémie non critique), non infectés (critères d'infection IDSA/IWGDF), en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : La prise en charge est assurée pour le modèle : 10 × 10 cm par boîte de 10.		

Pansements hydrocellulaires à absorption moyenne (absorp moy)

Indications de prise en charge :

Plaies aiguës et chroniques faiblement exsudatives dès la phase de bourgeonnement

Spécifications techniques :

Les pansements hydrocellulaires à propriétés d'absorption moyenne sont des pansements composés de plusieurs couches dont une couche hydrophile de polymères absorbants et éventuellement une couche externe semi-perméable.

Ils existent sous forme de plaques ou tridimensionnelles, adhésives ou non adhésives.

Ceux qui sont pourvus d'une couche externe semi-perméable, doivent disposer d'un pouvoir absorbant supérieur ou égal à 10 et inférieur à 40 g/100 cm2/24 h mesuré à partir de la méthode décrite dans le chapitre 3.3 de la norme EN 13726-1.

Ceux qui sont dépourvus d'une couche externe semi-perméable, doivent disposer d'un pouvoir absorbant mesuré, à partir de la méthode décrite dans le chapitre 3.2 de la norme EN 13726-1, supérieur ou égal à 2 g/100 cm2/30 min et inférieur à 8 g/100 cm2/30 min.

Les pansements hydrocellulaires dits de forme anatomique sont plus particulièrement conçus pour les plaies de localisation difficile.

Les pansements dits de forme anatomique ne peuvent être pris en charge sous les codes désignés ci-dessous que si leur forme anatomique est de forme géométrique standard. Les bords de ces pansements pouvant être arrondis ou en angle droit ou aigu.

Les formes anatomiques sont dites de forme géométrique standard lorsque leur forme représente soit un cercle, une ellipse, un triangle, un carré, un rectangle ou un losange.

Un pansement hydrocellulaire adhésif comporte une couche externe adhésive dont la superficie est supérieure à celle de la partie absorbante et permet son maintien en place.

Un pansement hydrocellulaire non adhésif doit être associé à un système de fixation permettant son maintien en place.

Conditions de délivrance :

Compte tenu de l'existence de conditionnements par 10 pansements, il ne peut pas être délivré plus d'une boîte de 5 pansements.

La prise en charge est assurée pour les pansements suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1306497	**Pansement hydrocellulaire absorp moy, adhésif, > ou = 25 cm2 et < 50 cm2, B/5**	696	696

1368185	**Pansement hydrocellulaire absorp moy, > ou = 25 cm2 et < 50 cm2, B/5**	696	696
1351262	**Pansement hydrocellulaire absorp moy, adhésif, > ou = 25 cm2 et < 50 cm2, B/10**	994	994
1396690	**Pansement hydrocellulaire absorp moy, > ou = 25 cm2 et < 50 cm2, B/10**	994	994
1336015	**Pansement hydrocellulaire absorp moy, adhésif, > ou = 50 cm2 et < 63 cm2, B/5**	1 303	1 303
1303748	**Pansement hydrocellulaire absorp moy, > ou = 50 cm2 et < 63 cm2, B/5**	1 303	1 303
1318030	**Pansement hydrocellulaire absorp moy, adhésif, > ou = 50 cm2 et < 63 cm2, B/10**	1 861	1 861
1315852	**Pansement hydrocellulaire absorp moy, > ou = 50 cm2 et < 63 cm2, B/10**	1 861	1 861
1381576	**Pansement hydrocellulaire absorp moy, adhésif, > ou = 63 cm2 et < 100 cm2, B/5.**	1 619	1 619
1306400	**Pansement hydrocellulaire absorp moy, > ou = 63 cm2 et < 100 cm2, B/5**	1 619	1 619
1321982	**Pansement hydrocellulaire absorp moy, adhésif, > ou = 63 cm2 et < 100 cm2, B/10**	2 311	2 311
1398708	**Pansement hydrocellulaire absorp moy, > ou = 63 cm2 et < 100 cm2, B/10**	2 311	2 311
1327536	**Pansement hydrocellulaire absorp moy, adhésif, > ou = 100 cm2 et < 120 cm2, B/5**	2 515	2 515
1346829	**Pansement hydrocellulaire absorp moy, > ou = 100 cm2 et < 120 cm2, B/5**	2 515	2 515
1356319	**Pansement hydrocellulaire absorp moy, adhésif, > ou = 100 cm2 et < 120 cm2, B/10**	3 591	3 591
1330509	**Pansement hydrocellulaire absorp moy, > ou = 100 cm2 et < 120 cm2, B/10**	3 591	3 591
1375618	**Pansement hydrocellulaire absorb moy, adhésif, > ou = 120 cm2 et < 156 cm2, B/5**	2 999	2 999
1379378	**Pansement hydrocellulaire absorb moy, > ou = 120 cm2 et < 156 cm2, B/5**	2 999	2 999
1322326	**Pansement hydrocellulaire absorb moy, adhésif, > ou = 120 cm2 et < 156 cm2, B/10**	4 285	4 285
1358347	**Pansement hydrocellulaire absorb moy, > ou = 120 cm2 et < 156 cm2, B/10**	4 285	4 285
1378485	**Pansement hydrocellulaire absorb moy, adhésif, > ou = 156 cm2 et < 200 cm2, B/5**	3 814	3 814
1375587	**Pansement hydrocellulaire absorb moy, > ou = 156 cm2 et < 200 cm2, B/5**	3 814	3 814
1338942	**Pansement hydrocellulaire absorb moy, adhésif, > ou = 156 cm2 et < 200 cm2, B/10**	5 463	5 463
1388319	**Pansement hydrocellulaire absorb moy, > ou = 156 cm2 et < 200 cm2, B/10**	5 463	5 463
1314278	**Pansement hydrocellulaire absorb moy, adhésif, > ou = 200 cm2 et < 225 cm2, B/5**	4 865	4 865
1301525	**Pansement hydrocellulaire absorb moy, > ou = 200 cm2 et < 225 cm2, B/5**	4 865	4 865
1307700	**Pansement hydrocellulaire absorb moy, adhésif, > ou = 200 cm2 et < 225 cm2, B/10**	6 950	6 950
1380097	**Pansement hydrocellulaire absorb moy, > ou = 200 cm2 et < 225 cm2, B/10**	6 950	6 950

1383397	**Pansement hydrocellulaire absorb moy, adhésif, > ou = 225 cm2 et < 300 cm2, B/5**	5 463	5 463
1382759	**Pansement hydrocellulaire absorb moy, > ou = 225 cm2 et < 300 cm2, B/5**	5 463	5 463
1388153	**Pansement hydrocellulaire absorb moy, adhésif, > ou = 225 cm2 et < 300 cm2, B/1**	7 806	7 806
1374932	**Pansement hydrocellulaire absorb moy, > ou = 225 cm2 et < 300 cm2, B/10.**	7 806	7 806
1319904	**Pansement hydrocellulaire absorb moy, adhésif, > ou = 300 cm2 et < 400 cm2, B/5**	7 142	7 142
1300744	**Pansement hydrocellulaire absorb moy, > ou = 300 cm2 et < 400 cm2, B/5**	7 142	7 142
1392574	**Pansement hydrocellulaire absorb moy, adhésif, > ou = 300 cm2 et < 400 cm2, B/10**	10 202	10 202
1367501	**Pansement hydrocellulaire absorb moy, > ou = 300 cm2 et < 400 cm2, B/10**	10 202	10 202
1379444	**Pansement hydrocellulaire absorb moy, adhésif, > ou = 400 cm2 et < 460 cm2, B/5**	9 492	9 492
1307769	**Pansement hydrocellulaire absorb moy, > ou = 400 cm2 et < 460 cm2, B/5**	9 492	9 492
1370897	**Pansement hydrocellulaire absorb moy, adhésif, > ou = 400 cm2 et < 460 cm2, B/10**	13 561	13 561
1357336	**Pansement hydrocellulaire absorb moy, > ou = 400 cm2 et < 460 cm2, B/10**	13 561	13 561
1376747	**Pansement hydrocellulaire absorb moy, adhésif, > ou = 460 cm2, B/5**	10 904	10 904
1324868	**Pansement hydrocellulaire absorb moy, > ou = 460 cm2, B/5**	10 904	10 904
1355136	**Pansement hydrocellulaire absorb moy, adhésif, > ou = 460 cm2, B/10**	15 576	15 576
1328748	**Pansement hydrocellulaire absorb moy, > ou = 460 cm2, B/10**	15 576	15 576

Pansements anatomiques hydrocellulaires à absorption moyenne

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1365063	**Pansement anatomique absorp moy, 225 cm2, B.BRAUN, ASKINA Heel, B/10.** Pansement anatomique hydrocellulaire à absorption moyenne, ASKINA HEEL en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 7240110FR	10 147	10 147
1321670	**Pansement anatomique absorp moy, adh, 226 cm2, B.BRAUN, ASKINA Sacrum, B/10.** Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption moyenne, ASKINA Dressil Sacrum en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 5491610FR (16 cm × 17,5 cm)	8 623	8 623
1317609	**Pansement anatomique absorp moy, adh, 433 cm2, B.BRAUN, ASKINA Dressil Heel, B/10.**	16 137	16 137

	Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption moyenne, ASKINA Dressil Heel en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 5592210FR (22 cm × 21,6 cm)		
1303961	**Pansement anatomique absorp moy, adh, 47 cm2, SMITH, ALLEVYN GBLM, B/10.** Pansement adhésif (adh) anatomique hydrocellulaire à absorption moyenne, ALLEVYN GENTLE BORDER LITE MULTISITE (GBLM) en taille 47,1 cm2 en boîte de 10 pansements. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE: La surface exacte du pansement doit figurer sur la boîte de pansements. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE: 66801041 (8 cm × 8,4 cm)	1 932	1 932

Pansements hydrocellulaires superabsorbants

Indications de prise en charge :
Plaies aiguës et chroniques très exsudatives, en traitement séquentiel pour les phases de détersion et de bourgeonnement.
Modalités d'utilisation :
En cas de plaie cavitaire, le pansement superabsorbant peut être associé à un pansement primaire adapté. L'usage de ces pansements est préconisé dès lors que la fréquence de renouvellement des pansements absorbants classiques est supérieure ou égale à 2 fois par jour.
Spécifications techniques :
Les pansements superabsorbants sont des pansements composés de plusieurs couches, dont une couche hydrophile contenant des polymères superabsorbants. Ces pansements sont caractérisés par leur forte capacité d'absorption et de rétention des exsudats y compris lors d'un traitement compressif associé. La couche en contact avec la plaie doit permettre un passage des exsudats dans le coussin absorbant. La couche externe déperlante permet les échanges gazeux. Ils existent sous forme adhésive ou non adhésive. Un pansement hydrocellulaire adhésif comporte une couche externe adhésive dont la superficie est supérieure à celle de la partie absorbante et permet son maintien en place. Un pansement hydrocellulaire non adhésif doit être associé à un système de fixation permettant son maintien en place. La surface absorbante des pansements superabsorbants doit avoir des capacités d'absorption libre supérieures ou égales à 100 g/100 cm2/30 mn mesurées à partir de la méthode décrite dans le chapitre 3.2 de la norme EN 13726-1. Les capacités d'absorption sous charge doivent être supérieures ou égales à 50 g/100 cm2 à partir de la méthode décrite ci-dessous. Les capacités de rétention sous pression après absorption libre doivent être supérieures ou égales à 65 g/100 cm2 mesurées à partir de la méthode décrite ci-dessous.
Méthode de mesure de l'absorption libre et de la capacité de rétention des fluides
1 Intérêt et utilisation : L'essai est destiné à mesurer la performance des pansements, généralement utilisés sur des plaies modérément à fortement exsudatives, où la capacité d'absorption totale des pansements et leur capacité à retenir un fluide absorbé sous compression est une caractéristique importante. L'essai est seulement approprié pour les pansements qui resteront physiquement intacts et qui atteindront leur capacité d'absorption maximale en 60 minutes, dans les conditions de l'essai.
Remarque: Le test est approprié pour les pansements hydrocellulaires et les pansements contenant des particules super-absorbantes.
2 Equipement
2.1 Réservoir, assez grand pour contenir le pansement à l'essai, ainsi que tout équipement associé utilisé pour maintenir le pansement, et un excédent de solution d'essai A.
2.2 Plaque perforée, destinée à être placée dans le réservoir et équipée de butées, permettant à celle-ci d'être surélevée par rapport au fond du réservoir. La plaque doit être plus large que les pansements à l'essai. La plaque est utilisée pour maintenir le pansement à l'essai totalement immergé dans la solution d'essai durant l'incubation, mais également en tant que plate-forme pour l'essorage du pansement. La plaque est perforée de trous circulaires de 3 mm de diamètre, espacés de façon égale, de sorte

que le centre de chaque trou se trouve à une distance de 5 mm des centres des trous adjacents, et de moins de 2 mm d'épaisseur dans un matériau résistant à la corrosion. L'acier inoxydable est un matériau approprié. *Remarque: un matériel perforé adéquat est disponible chez RS, Cat. no. 447-5329 (feuille perforée en acier, épaisseur 3 mm dimensions 1 x 0,5 m, modèle 5)*

2.3 Etuve (incubateur), avec circulation d'air forcée, capable de maintenir une température de (37 ± 1) °C.

2.4 Solution d'essai A, consistant en une solution de chlorure de sodium et de chlorure de calcium contenant 142 mmol d'ions sodium et 2,5 mmol d'ions calcium sous forme de chlorure. Cette solution a une composition ionique comparable à celle du sérum humain ou de l'exsudat des plaies. Elle est préparée par dissolution de 8,298 g de chlorure de sodium et 0,3768 g de chlorure de calcium dihydrate dans de l'eau désioniosée et complétée jusqu'à constituer 1 litre de solution dans un flacon volumétrique.

2.5 Balance, capable de peser au minimum 2 000 g avec une résolution de 0,01 g. *Remarque: Il a été démontré qu'il était possible de tester une gamme de pansements super-absorbants de 30 x 20 cm avec une balance de 2 000 g.*

2.6 Gabarit rigide, de forme et taille semblable au pansement à l'essai et assez large pour recouvrir celui-ci. Le gabarit ne doit pas se déformer lors de l'application des masses nécessaires.

2.7 Masses, assez grandes pour exercer une pression de 40 mmHg sur le pansement à l'essai.

2.8 Récipient de pesage, assez grand pour contenir le pansement à l'essai.

3 Procédure

3.1 Placer le réservoir dans l'incubateur et ajouter une quantité suffisante de solution de test de sorte que l'ensemble plaque perforée/pansement à l'essai soit complètement immergé. Laisser le temps nécessaire afin que la solution soit à la température de 37 ± 1 °C. *Remarque: une quantité de solution d'essai A suffisante est nécessaire pour que le récipient contienne un excédent de liquide à la fin de l'essai. Un thermomètre d'immersion peut être utilisé pour vérifier la température de la solution d'essai.*

3.2 Mettre un pansement préalablement pesé (m1) dans la solution d'essai, puis placer la plaque perforée sur le pansement. *Remarque: La plaque perforée assure que le pansement reste totalement immergé dans la solution d'essai sans appliquer une pression sur le pansement. Des méthodes alternatives pour assurer l'immersion peuvent aussi être utilisées.*

3.3 Après 60 minutes d'incubation, s'assurer que le pansement soit toujours complètement immergé dans la solution d'essai, puis retirer la plaque perforée et le pansement de la solution. *Remarque: Si le pansement n'est pas complètement immergé après incubation, l'essai est jugé invalide.* **3.4** Placer le pansement sur la plaque perforée et le laisser égoutter pendant 30 secondes.

3.5 Peser à nouveau le pansement (m2) en plaçant le pansement dans un récipient de pesage sur la balance tarée.

3.6 Remettre le pansement sur la plaque perforée. Positionner le gabarit sur le pansement et ajouter une masse suffisante pour exercer une pression de 40 mmHg pendant 30 s. *Remarque: Par exemple, pour un pansement de 10 x 10 cm (100 cm2), une masse de 5 438 g correspondrait à 40 mmHg.*

3.7 Peser à nouveau le pansement comme dans l'étape 3.5 (m3).

3.8 Répéter les étapes 3.1 à 3.7 avec deux autres échantillons.

Calcul des résultats : Calculer la capacité d'absorption sans gonflement (m2-m1) et la rétention d'eau (m3-m1). Exprimer la capacité d'absorption sans gonflement et la rétention d'eau comme la masse moyenne de la solution (g) retenu par cm2 de surface absorbante (tel que présenté à la plaie).

Rapport d'essai : Le rapport doit comprendre au moins les informations suivantes: a. type de pansement, y compris le numéro de lot; b. tout écart par rapport à la méthode d'essai; c. résultats individuels et moyenne; rapporté comme en g/ cm2 surface absorbante telle que présenté à la plaie; d. date de l'essai.

La prise en charge est assurée pour les pansements suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1363325	**Pansement hydrocellulaire superabsorbant, > ou = 50 cm2 et < 63 cm2, B/10**	1 665	1 665
1365904	**Pansement hydrocellulaire superabsorbant, adhésif, > ou = 50 cm2 et < 63 cm2, B/10**	1 665	1 665
1330082	**Pansement hydrocellulaire superabsorbant, > ou = 63 cm2 et < 100 cm2, B/10**	2 068	2 068
1399263	**Pansement hydrocellulaire superabsorbant, adhésif, > ou = 63 cm2 et < 100 cm2, B/10**	2 068	2 068
1356207	**Pansement hydrocellulaire superabsorbant, > ou = 100 cm2 et < 120 cm2, B/10**	3 213	3 213
1310033	**Pansement hydrocellulaire superabsorbant, adhésif, > ou = 100 cm2 et < 120 cm2, B/10**	3 213	3 213
1302298	**Pansement hydrocellulaire superabsorbant, > ou = 120 cm2 et < 156 cm2, B/10**	3 833	3 833
1345942	**Pansement hydrocellulaire superabsorbant, adhésif, > ou = 120 cm2 et < 156 cm2, B/10**	3 833	3 833
1370800	**Pansement hydrocellulaire superabsorbant, > ou = 156 cm2 et < 200 cm2, B/10**	4 875	4 875
1349319	**Pansement hydrocellulaire superabsorbant, adhésif, > ou = 156 cm2 et < 200 cm2, B/10**	4 875	4 875
1340330	**Pansement hydrocellulaire superabsorbant, > ou = 200 cm2 et < 225 cm2, B/10**	6 220	6 220
1354600	**Pansement hydrocellulaire superabsorbant, adhésif, > ou = 200 cm2 et < 225 cm2, B/10**	6 220	6 220
1381056	**Pansement hydrocellulaire superabsorbant, > ou = 225 cm2 et < 300 cm2, B/10**	6 984	6 984
1364974	**Pansement hydrocellulaire superabsorbant, adhésif, > ou = 225 cm2 et < 300 cm2, B/10**	6 984	6 984
1368363	**Pansement hydrocellulaire superabsorbant, > ou = 300 cm2 et < 400 cm2, B/10.**	9 128	9 128
1373565	**Pansement hydrocellulaire superabsorbant, adhésif, > ou = 300 cm2 et < 400 cm2, B/10**	9 128	9128
1330805	**Pansement hydrocellulaire superabsorbant, > ou = 400 cm2 et < 460 cm2, B/10**	12 134	12 134
1314284	**Pansement hydrocellulaire superabsorbant, adhésif, > ou = 400 cm2 et < 460 cm2, B/10**	12 134	12 134
1342872	**Pansement hydrocellulaire superabsorbant, > ou = 460 cm2 et < 600 cm2, B/10**	13 937	13 937
1348484	**Pansement hydrocellulaire superabsorbant, adhésif, > ou = 460 cm2 et < 600 cm2, B/10**	13 937	13 937
1337820	**Pansement hydrocellulaire superabsorbant, > ou = 600 cm2, B/10**	18 145	18 145
1374694	**Pansement hydrocellulaire superabsorbant, adhésif, > ou = 600 cm2, B/10**	18 145	18 145

1.4.2.1.1.3. Paragraphe 3 : Pansements alginates

Les pansements alginates sont des pansements composés de plus de 50 % d'alginates, associés ou non à de la carboxyméthylcellulose (CMC). Les alginates sont des polymères d'acides alginiques obtenus à partir d'algues. Ils sont caractérisés par leur capacité d'absorption et leurs propriétés hémostatiques. Ils se présentent sous forme de compresses ou de mèches.

Les compresses d'alginate doivent présenter des propriétés d'absorption mesurées selon la norme EN 13726-1 (chapitre 3.2), supérieures ou égales à 16 g/100 cm²/30 min. Les mèches d'alginate doivent avoir les propriétés d'absorption mesurées selon la norme EN 13726-1 (chapitre 3.2), supérieures ou égales à 10 g/g d'échantillon/30 min. La prise en charge est assurée en traitement séquentiel, pour :

- les plaies chroniques en phase de détersion ;
- les plaies très exsudatives.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1306155	**Pansement d'alginate, > ou = 25 cm² et < 50 cm², boîte de 5**	732	732
1319040	**Pansement d'alginate, > ou = 25 cm² et < 50 cm², boîte de 10**	1 046	1 046
1319896	**Pansement d'alginate, > ou = 50 cm² et < 63 cm², boîte de 10**	1 958	1 958
1366128	**Pansement d'alginate, > ou = 63 cm² et < 100 cm², boîte de 10**	2 433	2 433
1316633	**Pansement d'alginate, > ou = 100 cm² et < 120 cm², boîte de 10**	3 781	3 781
1310464	**Pansement d'alginate, > ou = 120 cm² et < 156 cm², boîte de 10**	4 511	4 511
1395259	**Pansement d'alginate, > ou = 156 cm² et < 200 cm², boîte de 10**	5 736	5 736
1342174	**Pansement d'alginate, > ou = 200 cm² et < 225 cm², boîte de 10**	7 317	7 317
1372420	**Pansement d'alginate, > ou = 225 cm² et < 300 cm², boîte de 10**	8 216	8 216
1384988	**Pansement d'alginate, > ou = 300 cm² et < 400 cm², boîte de 10**	10 739	10 739
1306304	**Pansement d'alginate, > ou = 400 cm² et < 460 cm², boîte de 10**	14 275	14 275
1345830	**Pansement d'alginate, > ou = 460 cm², boîte de 10**	16 397	16 397
1365465	**Pansement d'alginate de Ca pur, BROTHIER, ALGOSTERIL, < 100 cm2, B10.** Pansement d'alginate de calcium pur des laboratoires BROTHIER, réf. ALGOSTERIL, boîte de 10 compresses. La prise en charge est assurée, en traitement séquentiel, pour les plaies chroniques en phase de détersion et pour les plaies très exsudatives. Elle est également assurée pour le traitement des plaies hémorragiques.	1 313	1 313
1394521	**Pansement d'alginate de Ca pur, BROTHIER, ALGOSTERIL, ≥ 100 cm2 et < 200cm2, B16**. Pansement d'alginate de calcium pur des laboratoires BROTHIER, réf. ALGOSTERIL, boîte de 16 compresses. La prise en charge est assurée, en traitement séquentiel, pour les plaies chroniques en phase de détersion et pour les plaies très exsudatives. Elle est également assurée pour le traitement des plaies hémorragiques.	7 424	7 424

1371253	**Pansement d'alginate de Ca pur, BROTHIER, ALGOSTERIL, ≥ 200 cm2, B16.** Pansement d'alginate de calcium pur des laboratoires BROTHIER, réf. ALGOSTERIL, boîte de 16 compresses ou mèches. La prise en charge est assurée, en traitement séquentiel, pour les plaies chroniques en phase de détersion et pour les plaies très exsudatives. Elle est également assurée pour le traitement des plaies hémorragiques.	12 656	12 656
1314953	**Alginate de calcium, tampon de 0,4 g, BROTHIER, COALGAN, boîte de 5.** Tampon hémostatique local d'alginate de calcium, tampon de 0,4 g d'alginate de calcium. La prise en charge est assurée pour les épistaxis et autres saignements cutanés et muqueux chez les patients présentant des troubles de l'hémostase congénitaux ou acquis.	292	

1.4.2.1.1.4. Paragraphe 4 : Pansements hydrogels

Indications de prise en charge La prise en charge est assurée en traitement séquentiel pour les plaies chroniques en phase de détersion.
Spécifications techniques Les hydrogels sont des gels contenant plus de 50 % d'eau. Ils sont principalement destinés à assurer l'humidification des plaies pour faciliter l'élimination des tissus fibrineux et/ou nécrotiques. Les pansements sont stériles et emballés individuellement. Les pansements hydrogels se présentent sous forme de plaque, de compresse ou de conditionnement tel que tube… Les pansements hydrogels doivent présenter des propriétés d'hydratation mesurées sur substrat gélatine conformément à la norme EN13726-1 (chapitre 3.4) et supérieures ou égales à 4 % de variation en poids du gel sur 48 h.
La prise en charge est assurée pour les pansements suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1354154	**Pansements hydrogel, > ou = 1g ou ml et < 5g ou ml, boîte de 5**	2 329	2 329
1355350	**Pansements hydrogel, > ou = 1 g ou ml et < 5 g ou ml, boîte de 10**	3 327	3 327
1334690	**Pansements hydrogel, > ou = 5 g ou ml et < 10 g ou ml, boîte de 5**	2 717	2 717
1311624	**Pansements hydrogel, > ou = 5 g ou ml et < 10 g ou ml, boîte de 10**	3 882	3 882
1396939	**Pansements hydrogel, > ou = 10 g ou ml et < 15 g ou ml, boîte de 5**	3 106	3 106
1305718	**Pansements hydrogel, > ou = 10 g ou ml et < 15 g ou ml, boîte de 10**	4 437	4 437
1351109	**Pansements hydrogel, > ou = 15 g ou 15 ml et < 30 g ou ml, boîte de 5**	3 882	3 882
1340399	**Pansements hydrogel, > ou = 15 g ou 15 ml et < 30 g ou ml, boîte de 10**	5 545	5 545
1339404	**Pansement hydrogel, > ou = 30 g et < 60 g, boîte de 5**	4 658	4 658
1396891	**Pansements hydrogel, > ou = 30 g et < 60 g, boîte de 10**	6 655	6 655
1328895	**Pansement hydrogel, > ou = 60 g, boîte de 5**	5 434	5 434

1328501	**Pansements hydrogel, > ou = 60 g, boîte de 10**	7 763	7 763

1.4.2.1.1.5. Paragraphe 5 : Pansements en fibres à haut pouvoir d'absorption

Ces pansements sont caractérisés par leur capacité d'absorption.
Ces pansements doivent avoir les propriétés d'absorption mesurées selon la norme EN13726.1 (chapitre 3.2) et supérieures ou égales à 9 g/100 cm².

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1357833	**Pansement en fibres de CMC, ≥ 25 cm² et < 50 cm², boîte de 5.** Les pansements en fibres de carboxyméthylcellulose sont des pansements composés de plus de 50 % de fibres non tissées de carboxyméthylcellulose (CMC) pure. Ils se présentent sous forme de compresses ou de mèches. Ces fibres se transforment au contact des exsudats en gel cohésif. Indications : La prise en charge est assurée pour les plaies aiguës et chroniques très exsudatives sans distinction de phase.	732	732
1347830	**Pansement en fibres de CMC, ≥ 25 cm² et < 50 cm², boîte de 10.** Les pansements en fibres de carboxyméthylcellulose sont des pansements composés de plus de 50 % de fibres non tissées de carboxyméthylcellulose (CMC) pure. Ils se présentent sous forme de compresses ou de mèches. Ces fibres se transforment au contact des exsudats en gel cohésif. Indications : La prise en charge est assurée pour les plaies aiguës et chroniques très exsudatives sans distinction de phase.	1 046	1 046
1325299	**Pansement en fibres de CMC, ≥ 50 cm² et < 63 cm², boîte de 10.** Les pansements en fibres de carboxyméthylcellulose sont des pansements composés de plus de 50 % de fibres non tissées de carboxyméthylcellulose (CMC) pure. Ils se présentent sous forme de compresses ou de mèches. Ces fibres se transforment au contact des exsudats en gel cohésif. Indications : La prise en charge est assurée pour les plaies aiguës et chroniques très exsudatives sans distinction de phase.	1 958	1 958
1304498	**Pansement en fibres de CMC, ≥ 50 cm² et < 63 cm², boîte de 16.** Les pansements en fibres de carboxyméthylcellulose sont des pansements composés de plus de 50 % de fibres non tissées de carboxyméthylcellulose (CMC) pure. Ils se présentent sous forme de compresses ou de mèches. Ces fibres se transforment au contact des exsudats en gel cohésif. Indications : La prise en charge est assurée pour les plaies aiguës et chroniques très exsudatives sans distinction de phase.	2 742	2 742
1333695	**Pansement en fibres de CMC, ≥ 63 cm² et < 100 cm², boîte de 10.** Les pansements en fibres de carboxyméthylcellulose sont des pansements composés de plus de 50 % de fibres non tissées de carboxyméthylcellulose (CMC) pure. Ils se présentent sous forme de compresses ou de mèches. Ces fibres se transforment au contact des exsudats en gel cohésif.	2 433	2 433

	Indications : La prise en charge est assurée pour les plaies aiguës et chroniques très exsudatives sans distinction de phase.		
1305026	**Pansement en fibres de CMC, ≥ 63 cm² et < 100 cm², boîte de 16.** Les pansements en fibres de carboxyméthylcellulose sont des pansements composés de plus de 50 % de fibres non tissées de carboxyméthylcellulose (CMC) pure. Ils se présentent sous forme de compresses ou de mèches. Ces fibres se transforment au contact des exsudats en gel cohésif. Indications : La prise en charge est assurée pour les plaies aiguës et chroniques très exsudatives sans distinction de phase.	3 406	3 406
1344842	**Pansement en fibres de CMC, ≥ 100 cm² et < 120 cm², boîte de 10.** Les pansements en fibres de carboxyméthylcellulose sont des pansements composés de plus de 50 % de fibres non tissées de carboxyméthylcellulose (CMC) pure. Ils se présentent sous forme de compresses ou de mèches. Ces fibres se transforment au contact des exsudats en gel cohésif. Indications : La prise en charge est assurée pour les plaies aiguës et chroniques très exsudatives sans distinction de phase.	3 781	3 781
1365488	**Pansement en fibres de CMC, ≥ 100 cm² et < 120 cm², boîte de 16.** Les pansements en fibres de carboxyméthylcellulose sont des pansements composés de plus de 50 % de fibres non tissées de carboxyméthylcellulose(CMC) pure. Ils se présentent sous forme de compresses ou de mèches. Ces fibres se transforment au contact des exsudats en gel cohésif. Indications : La prise en charge est assurée pour les plaies aiguës et chroniques très exsudatives sans distinction de phase.	5 292	5 292
1371388	**Pansement en fibres de CMC, ≥ 120 cm² et < 156 cm², boîte de 10**. Les pansements en fibres de carboxyméthylcellulose sont des pansements composés de plus de 50 % de fibres non tissées de carboxyméthylcellulose (CMC) pure. Ils se présentent sous forme de compresses ou de mèches. Ces fibres se transforment au contact des exsudats en gel cohésif. Ces pansements sont caractérisés par leur capacité d'absorption. Ces pansements doivent avoir les propriétés d'absorption mesurées selon la norme EN13726.1 (chapitre 3.2) et supérieures ou égales à 9 g/100 cm². Indications : La prise en charge est assurée pour les plaies aiguës et chroniques très exsudatives sans distinction de phase.	4 511	4 511
1393295	**Pansement en fibres de CMC, ≥ 120 cm² et < 156 cm², boîte de 16.** Les pansements en fibres de carboxyméthylcellulose sont des pansements composés de plus de 50 % de fibres non tissées de carboxyméthylcellulose (CMC) pure. Ils se présentent sous forme de compresses ou de mèches. Ces fibres se transforment au contact des exsudats en gel cohésif. Indications : La prise en charge est assurée pour les plaies aiguës et chroniques très exsudatives sans distinction de phase.	6 315	6 315
1379088	**Pansement en fibres de CMC, ≥ 156 cm² et < 200 cm², boîte de 10.**	5 736	5 736

	Les pansements en fibres de carboxyméthylcellulose sont des pansements composés de plus de 50 % de fibres non tissées de carboxyméthylcellulose (CMC) pure. Ils se présentent sous forme de compresses ou de mèches. Ces fibres se transforment au contact des exsudats en gel cohésif. Indications : La prise en charge est assurée pour les plaies aiguës et chroniques très exsudatives sans distinction de phase.		
1305598	**Pansement en fibres de CMC, ≥ 156 cm² et < 200 cm², boîte de 16.** Les pansements en fibres de carboxyméthylcellulose sont des pansements composés de plus de 50 % de fibres non tissées de carboxyméthylcellulose (CMC) pure. Ils se présentent sous forme de compresses ou de mèches. Ces fibres se transforment au contact des exsudats en gel cohésif. Indications : La prise en charge est assurée pour les plaies aiguës et chroniques très exsudatives sans distinction de phase.	8 030	8 030
1310346	**Pansement en fibres de CMC, ≥ 200 cm² et < 225 cm², boîte de 10.** Les pansements en fibres de carboxyméthylcellulose sont des pansements composés de plus de 50 % de fibres non tissées de carboxyméthylcellulose (CMC) pure. Ils se présentent sous forme de compresses ou de mèches. Ces fibres se transforment au contact des exsudats en gel cohésif. Ces pansements sont caractérisés par leur capacité d'absorption. Ces pansements doivent avoir les propriétés d'absorption mesurées selon la norme EN13726.1 (chapitre 3.2) et supérieures ou égales à 9 g/100 cm². Indications : La prise en charge est assurée pour les plaies aiguës et chroniques très exsudatives sans distinction de phase.	7 317	7 317
1327039	**Pansement en fibres de CMC, ≥ 200 cm² et < 225 cm², boîte de 16.** Les pansements en fibres de carboxyméthylcellulose sont des pansements composés de plus de 50 % de fibres non tissées de carboxyméthylcellulose (CMC) pure. Ils se présentent sous forme de compresses ou de mèches. Ces fibres se transforment au contact des exsudats en gel cohésif. Indications : La prise en charge est assurée pour les plaies aiguës et chroniques très exsudatives sans distinction de phase.	10 244	10 244
1390055	**Pansement en fibres de CMC, ≥ 225 cm² et < 300 cm², boîte de 10.** Les pansements en fibres de carboxyméthylcellulose sont des pansements composés de plus de 50 % de fibres non tissées de carboxyméthylcellulose (CMC) pure. Ils se présentent sous forme de compresses ou de mèches. Ces fibres se transforment au contact des exsudats en gel cohésif. Indications : La prise en charge est assurée pour les plaies aiguës et chroniques très exsudatives sans distinction de phase.	8 216	8 216
1338132	**Pansement en fibres de CMC, ≥ 300 cm² et < 400 cm², boîte de 10.** Les pansements en fibres de carboxyméthylcellulose sont des pansements composés de plus de 50 % de fibres non tissées de carboxyméthylcellulose (CMC) pure. Ils se présentent sous forme de compresses ou de mèches. Ces fibres se transforment au contact des exsudats en gel cohésif.	10 739	10 739

	Indications : La prise en charge est assurée pour les plaies aiguës et chroniques très exsudatives sans distinction de phase.		
1304742	**Pansement en fibres de CMC, ≥ 400 cm² et < 460 cm², boîte de 10.** Les pansements en fibres de carboxyméthylcellulose sont des pansements composés de plus de 50 % de fibres non tissées de carboxyméthylcellulose (CMC) pure. Ils se présentent sous forme de compresses ou de mèches. Ces fibres se transforment au contact des exsudats en gel cohésif. Indications : La prise en charge est assurée pour les plaies aiguës et chroniques très exsudatives sans distinction de phase.	13 346	13 346
1355165	**Pansement en fibres de CMC, ≥ 460 cm², boîte de 10.** Les pansements en fibres de carboxyméthylcellulose sont des pansements composés de plus de 50 % de fibres non tissées de carboxyméthylcellulose (CMC) pure. Ils se présentent sous forme de compresses ou de mèches. Ces fibres se transforment au contact des exsudats en gel cohésif. Indications : La prise en charge est assurée pour les plaies aiguës et chroniques très exsudatives sans distinction de phase.	16 397	16 397

Laboratoires URGO

URGOCLEAN se présente sous forme de compresse ou de mèche. Il s'agit d'un pansement stérile non tissé composé de fibres en polyacrylate dites « à haut pouvoir d'absorption et de cohésion », enduites sur une face par une matrice « micro-adhérente » et non occlusive portant la dénomination commerciale « matrice TLC ».
Indications : La prise en charge est assurée pour les plaies chroniques très exsudatives en phase de détersion.
Modalités d'utilisation : URGOCLEAN doit être recouvert d'un pansement secondaire approprié à la localisation et au caractère exsudatif de la plaie et devra être renouvelé tous les un à deux jours pendant la phase de détersion de la plaie.
La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1358063	**Pansement en fibres, polyacrylate, URGO, URGOCLEAN, 60 cm², B/16.** Références prises en charge : La prise en charge est assurée pour la référence 506439 : taille 6 × 10 = 60 cm².	3 771	3 771
1333732	**Pansement en fibres, polyacrylate, URGO, URGOCLEAN, 156 cm², B/16.** Références prises en charge : La prise en charge est assurée pour la référence 506440 : taille 13 × 12 = 156 cm².	9 533	9 533
1361800	**Pansement en fibres, polyacrylate, URGO, URGOCLEAN, 300 cm², B/10**. Références prises en charge : La prise en charge est assurée pour la référence 506481 : taille 15 × 20 = 300 cm².	11 394	11 394
1331667	**Pansement en fibres, polyacrylate, URGO, URGOCLEAN, 200 cm², B/16.** Références prises en charge : La prise en charge est assurée pour la référence 506437 : taille 5 × 40 = 200 cm².	12 175	12 175

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Société MÖLNLYCKE HEALTH CARE (MÖLNLYCKE)

Description :
EXUFIBER est un pansement stérile non tissé comprenant des fibres d'alcool polyvinylique (PVA), polymère hydrosoluble, à haut pouvoir d'absorption. Il est composé de la technologie Hydrolock qui consiste à l'enchevêtrement étroit de fibres de PVA dans toutes les directions et liées mécaniquement les unes aux autres. EXUFIBER se présente sous forme de mèche et de compresse. Il peut être posé sous une compression et découpé.
Indications :
Plaies chroniques très exsudatives, en phase de détersion.
Modalités de prescription et d'utilisation :
Application : Nettoyer la plaie avec une solution saline ou de l'eau, conformément au protocole de soins en vigueur, et sécher soigneusement la peau périlésionnelle. Appliquer le pansement EXUFIBER sur la plaie sans l'humidifier au préalable, après avoir choisi la taille appropriée, et fixer à l'aide d'un système de fixation approprié (pansement secondaire ou bandage). Renouvellement et retrait du pansement : EXUFIBER peut rester en place jusqu'à 7 jours, en fonction de l'état de la plaie et de la pratique clinique. Le pansement doit être changé lorsqu'il est complètement saturé, aux premiers signes de fuites ou conformément aux pratiques cliniques.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1359565	**Pansement en fibres, PVA, MÖLNLYCKE, EXUFIBER, 50 cm2, B/16.** La prise en charge est assurée pour la référence 709912 : taille 5 X 10 = 50 cm2.	2 673	2 673
1350707	**Pansement en fibres, PVA, MÖLNLYCKE, EXUFIBER, 100 cm2 (10 X 10), B/16.** La prise en charge est assurée pour la référence 709913 : taille 10 X 10 = 100 cm2.	4 676	4 676
1354415	**Pansement en fibres, PVA, MÖLNLYCKE, EXUFIBER, 156 cm2, B/16.** La prise en charge est assurée pour la référence 709914 : taille 12 X 13 = 156 cm2.	6 734	6 734
1330886	**Pansement en fibres, PVA, MÖLNLYCKE, EXUFIBER, 200 cm2 (10 X 20), B/16.** La prise en charge est assurée pour la référence 709915 : taille 10 X 20 = 200 cm2	8 672	8 672
1366418	**Pansement en fibres, PVA, MÖLNLYCKE, EXUFIBER, 400 cm2, B/10.** La prise en charge est assurée pour la référence 709916 : taille 20 X 20 = 400 cm2	12 710	12 710
1335375	**Pansement en fibres, PVA, MÖLNLYCKE, EXUFIBER, 600 cm2, B/10.** La prise en charge est assurée pour la référence 709917 : taille 20 X 30 = 600 cm2	18 695	18 695
1322540	**Pansement en fibres, PVA, MÖLNLYCKE, EXUFIBER, 100 cm2 (2,5 X 40), B/16.** La prise en charge est assurée pour la référence 709918 : taille 2,5 X 40 = 100 cm2	4 676	4 676
1348277	**Pansement en fibres, PVA, MÖLNLYCKE, EXUFIBER, 200 cm2 (5 X 40), B/16.** La prise en charge est assurée pour la référence 709919 : taille 5 X 40 = 200 cm2	8 672	8 672

1.4.2.1.1.6. Paragraphe 6 : Pansements à base de charbon actif

Les pansements à base de charbon actif sont des pansements constitués de différents supports auxquels a été ajouté du charbon actif, à visée d'absorption des molécules responsables des mauvaises odeurs des plaies. Ils se présentent sous forme de plaques et de compresses.

La prise en charge est assurée pour les plaies malodorantes.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1346628	**Pansements à base de charbon actif, > ou = 100 cm² et < 200 cm², boîte de 12.**	4 651	4 651
1327772	**Pansements à base de charbon actif, > ou = 200 cm² et < 300 cm², boîte de 12.**	9 152	9 152
1309202	**Pansements à base de charbon actif, > ou = 300 cm², boîte de 5.**	5 741	5 741

Société systagenix Wound Management Ltd (SYSTAGENIX)

Le pansement ACTISORB est une compresse composée d'une enveloppe en nylon non tissé, perméable aux exsudats et d'une couche centrale de charbon actif. Ce pansement permet le recouvrement de plaies chroniques avec maintien d'un environnement humide au niveau de la plaie.
Indications : Traitement des plaies malodorantes, notamment cancers ORL, de la peau ou du sein.
Conditions d'utilisation :
- élimination préalable par débridement chirurgical, enzymatique ou autolytique des tissus secs et nécrosés ;
- préparation de la plaie, conformément à un protocole de soins des plaies ;
- imprégnation possible par une solution saline ou d'eau stérile avant application au contact de la plaie ;
- en fonction du degré d'exsudation, utilisation d'un pansement secondaire absorbant ;
- la fréquence de changement du pansement doit être conforme au protocole de soin des plaies et adaptée en fonction de l'état de la plaie ; le pansement secondaire absorbant doit être changé selon les besoins.

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1339321	**Pansement charbon actif, 110,25 cm², SYSTAGENIX, ACTISORB, B/12.** Références : ACT105 F, taille 10,5 x 10,5 cm.	4 603	4 603
1311469	**Pansement charbon actif, 199,50 cm², SYSTAGENIX, ACTISORB, B/12** Références : ACT190 F, taille 19 x 10,5 cm.	8 209	8 209

BRAUN MEDICAL SAS (BRAUN)

ASKINA CARBOSORB est une compresse composée de 3 couches :
- au contact de la plaie, couche perméable aux exsudats, thermoformée, composée de viscose/rayonne/polyamide/polyester ;
- couche interne absorbant les odeurs en fibres de charbon actif (fabriqué à partir de viscose/rayonne) ;
- couche externe mince en non-tissé, composée de viscose/rayonne/polyamide.

Ce pansement permet le recouvrement de plaies chroniques avec maintien d'un environnement humide au niveau de la plaie. Indications : Traitement des plaies malodorantes (notamment cancers ORL, de la peau ou du sein).
Conditions d'utilisation :

- élimination préalable par débridement chirurgical, enzymatique ou autolytique des tissus secs et nécrosés ;
- nettoyage de la plaie conformément à un protocole de soins des plaies ;
- sur les plaies peu exsudatives, imprégnation possible par une solution saline ou d'eau stérile avant application au contact de la plaie ;
- en fonction de l'importance de l'exsudat, utilisation possible d'un pansement secondaire absorbant ;
- renouvellement du pansement toutes les 24 heures ou plus fréquemment si saturation de la capacité d'absorption.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1345557	**Pansement charbon actif, 100 cm², BRAUN, ASKINA CARBOSORB B/12.** Référence prise en charge : 9025070 FR : taille 10 × 10 cm.	4 176	4 176
1333436	**Pansement charbon actif, 200 cm², BRAUN, ASKINA CARBOSORB B/12.** Référence prise en charge : 9025078 FR : taille 10 × 20 cm.	8 204	8 204

1.4.2.1.1.7. Paragraphe 7 : Pansements à base d'acide hyaluronique seuls

Seuls sont pris en charge les pansements ayant reçu l'avis favorable du groupe d'experts sur la sécurité virale placé auprès de l'ANSM.
L'inscription sous description générique est réservée aux pansements à base d'acide hyaluronique exempts d'autres composants ou substances ajoutés possédant une propriété, revendiquée ou connue, de type pharmacologique ou biologique.
La prise en charge est assurée pour le traitement des ulcères.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1300299	**Pansement à base d'acide hyaluronique, > ou = 100 cm² boîte de 10.** Pansement à base d'acide hyaluronique (à raison de 0,05 g d'acide hyaluronique pour 100 g), pour la préparation imprégnant les compresses.	3 890	3 890
1369227	**Pansement à base d'acide hyaluronique, crème, tube, > ou = 25 g et < 100 g.** Pansement à base d'acide hyaluronique (à raison de 0,2 g d'acide hyaluronique pour 100 g), sous forme de crème.	428	428
1395420	**Pansement à base d'acide hyaluronique, crème, tube, > ou = 100 g.** Pansement à base d'acide hyaluronique (à raison de 0,2 g d'acide hyaluronique pour 100 g), sous forme de crème.	1 535	1 535

Laboratoires GENEVRIER

La prise en charge est assurée pour les pansements IALUSET et IALUSET PLUS suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1348550	**Pansement à base d'acide hyaluronique, GENEVRIER, IALUSET, les 10.** Compresses imprégnées de 4 g de crème dosée à 0,05 % d'acide hyaluronique (2 mg par compresse), IALUSET, boîte de 10 (10 cm × 10 cm).	3 890	3 890

	La prise en charge est assurée pour le traitement non séquentiel des ulcères de jambe.		
1380950	**Pansement à base d'acide hyaluronique, GENEVRIER, IALUSET, tube 25 g.** Crème en tube de 25 g contenant 0,2 % d'acide hyaluronique, IALUSET. La prise en charge est assurée pour le traitement non séquentiel des ulcères de jambe.	428	428
1360350	**Pansement à base d'acide hyaluronique, GENEVRIER, IALUSET, tube 100 g.** Crème en tube de 100 g contenant 0,2 % d'acide hyaluronique, IALUSET. La prise en charge est assurée pour le traitement non séquentiel des ulcères de jambe.	1 535	1 535
1335062	**Pansement à base d'acide hyaluronique, GENEVRIER, IALUSET, flacon pres. 100 g.** Crème en flacon préssurisé de 100 g contenant 0,2 % d'acide hyaluronique, IALUSET. La prise en charge est assurée pour le traitement non séquentiel des ulcères de jambe.	1 535	1 535
1366921	**Crème ac. hyaluronique & sulfadiazine argentique, GENEVRIER, IALUSET+, tube 100 g.** Crème contenant 0,2 % d'hyaluronate de sodium et 1 % de sulfadiazine argentique, non stérile. Indications : La prise en charge est assurée pour le traitement des brûlures du second degré superficiel et du second degré profond. Conditions d'utilisation : Cette crème doit être appliquée deux fois par jour sur la plaie désinfectée et nettoyée. Elle peut être appliquée directement sur la plaie en couche de 2 à 3 mm avant application d'une gaze stérile, ou appliquée préalablement sur une gaze stérile. La crème doit être recouverte d'une gaze stérile et de ouate. L'ensemble peut être maintenu à l'aide d'un système de fixation	1 073	1 073
1397790	**Compresses ac. hyaluronique & sulfadiazine argentique, GENEVRIER, IALUSET+, les 10.** Compresse imprégnée de 4 g de crème dosée à 0,05 % d'hyaluronate de sodium (2 mg par compresse) et 1 % de sulfadiazine argentique (4 mg par compresse), stérile. Indications : La prise en charge est assurée pour le traitement des brûlures du second degré superficiel et du second degré profond. Conditions d'utilisation : Cette compresse doit être appliquée au contact de la plaie, 2 fois par jour, sur une plaie désinfectée et nettoyée. La compresse doit être recouverte d'une gaze stérile et de ouate. L'ensemble peut être maintenu à l'aide d'un système de fixation	3 604	3 604

Société FIDIA FARMACEUTICI SPA (FIDIA)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1335040	**Pansement à base d'acide hyaluronique, FIDIA, EFFIDIA, B/10.** Compresse 10 × 10 cm, imprégnée de 4 g de crème dosée à 0,05 % d'hyaluronate de sodium (soit 2 mg par compresse), stérile. Indications : La prise en charge est assurée pour le traitement non séquentiel des ulcères de jambe.	3 503	3 503

	Conditions d'utilisation : Cette compresse doit être appliquée au contact de la plaie, deux fois par jour, sur une plaie désinfectée et nettoyée. La compresse doit être recouverte d'une gaze stérile et de ouate. Le pansement doit être maintenu sous un bandage compressif approprié.		
1351463	**Pansement à base d'acide hyaluronique, FIDIA, EFFIDIA, tube 25 g.** Crème en tube de 25 g contenant 0,2 % d'hyaluronate de sodium, non stérile. Indications : La prise en charge est assurée pour le traitement non séquentiel des ulcères de jambe. Conditions d'utilisation : Cette crème doit être appliquée deux fois par jour sur la plaie désinfectée et nettoyée. Elle peut être appliquée directement sur la plaie en couche de 2 à 3 mm avant application d'une gaze stérile, ou appliquée préalablement sur une gaze stérile. La crème doit être recouverte d'une gaze stérile et de ouate. Le pansement doit être maintenu sous un bandage compressif approprié.	390	390
1353485	**Pansement à base d'acide hyaluronique, FIDIA, EFFIDIA, tube 100 g.** Crème en tube de 100 g contenant 0,2 % d'hyaluronate de sodium, non stérile. Indications : La prise en charge est assurée pour le traitement non séquentiel des ulcères de jambe. Conditions d'utilisation : Cette crème doit être appliquée deux fois par jour sur la plaie désinfectée et nettoyée. Elle peut être appliquée directement sur la plaie en couche de 2 à 3 mm avant application d'une gaze stérile, ou appliquée préalablement sur une gaze stérile. La crème doit être recouverte d'une gaze stérile et de ouate. Le pansement doit être maintenu sous un bandage compressif approprié.	1 380	1 380

1.4.2.1.1.8. Paragraphe 8 : Pansements interface

Les pansements interface sont des pansements possédant une adhérence faible, persistante tout au long de l'utilisation au contact direct de la plaie (absence de migration de la substance imprégnée ou enduite), visant à limiter les traumatismes et les douleurs induits par le retrait des pansements.
La prise en charge est assurée pour :
- les peaux fragiles (notamment épidermolyse bulleuse congénitale) ;
- les plaies aiguës en phase d'épidermisation lors d'un traitement séquentiel ;
- les plaies chroniques en phase de bourgeonnement lors d'un traitement séquentiel ;
- les plaies chroniques en phase d'épidermisation lors d'un traitement séquentiel.

La prise en charge est assurée pour les pansements suivants :

Code	**Nomenclature**	**Tarif en F.CFP**	**PLV en F.CFP TTC**
1318767	**Pansements interface, > ou = 37 cm² et < 75 cm², MÖLNLYCKE, MEPITEL, boîte de 10.**	1 587	1 587
1398281	**Pansements interface, > ou = 75 cm² et < 180 cm², MÖLNLYCKE, MEPITEL, boîte de 10.**	3 071	30 71
1310910	**Pansements interface, > ou = 180 cm² et < 600 cm², MÖLNLYCKE, MEPITEL, boîte de 10.**	7 178	7 178

1387633	**Pansements interface, > ou = 600 cm², MÖLNLYCKE, MEPITEL, boîte de 5.**	11 847	11 847
1356035	**Pansements interface, 37,5 cm2, MÖLNLYCKE, MEPITEL ONE, boîte de 10.** Pansements composés d'une trame de polyuréthane transparente enduite sur une seule face (celle en contact avec la plaie) de gel de silicone portant la dénomination commerciale « technologie Safetac ». MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION - Nettoyer la plaie conformément aux pratiques normales et sécher soigneusement la surface cutanée périlésionnelle ; - Choisir la taille du pansement de façon à ce qu'il recouvre la plaie et déborde sur peau périlésionnelle d'au moins 2 cm ; si nécessaire découper pour ajuster ; - Retirer le feuillet protecteur en utilisant la partie repliée et appliquer sur la plaie la surface adhérente du pansement ; - Lisser le pansement pour assurer une bonne isolation de la plaie. - Si plusieurs pansements sont utilisés, s'assurer que les pores ne sont pas bouchés par leur recouvrement ; - Appliquer un pansement secondaire absorbant ; - Fixer avec un dispositif adapté.	1 555	1 555
1337210	**Pansements interface, 75 cm2, MÖLNLYCKE, MEPITEL ONE, boîte de 10.** Pansements composés d'une trame de polyuréthane transparente enduite sur une seule face (celle en contact avec la plaie) de gel de silicone portant la dénomination commerciale « technologie Safetac ». MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION - Nettoyer la plaie conformément aux pratiques normales et sécher soigneusement la surface cutanée périlésionnelle ; - Choisir la taille du pansement de façon à ce qu'il recouvre la plaie et déborde sur peau périlésionnelle d'au moins 2 cm ; si nécessaire découper pour ajuster ; - Retirer le feuillet protecteur en utilisant la partie repliée et appliquer sur la plaie la surface adhérente du pansement ; - Lisser le pansement pour assurer une bonne isolation de la plaie. - Si plusieurs pansements sont utilisés, s'assurer que les pores ne sont pas bouchés par leur recouvrement ; - Appliquer un pansement secondaire absorbant ; - Fixer avec un dispositif adapté.	2 977	2 977
1306936	**Pansements interface, 180 cm2, MÖLNLYCKE, MEPITEL ONE, boîte de 10.** Pansements composés d'une trame de polyuréthane transparente enduite sur une seule face (celle en contact avec la plaie) de gel de silicone portant la dénomination commerciale « technologie Safetac ». MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION - Nettoyer la plaie conformément aux pratiques normales et sécher soigneusement la surface cutanée périlésionnelle ;	6 875	6 875

	- Choisir la taille du pansement de façon à ce qu'il recouvre la plaie et déborde sur peau périlésionnelle d'au moins 2 cm ; si nécessaire découper pour ajuster ; - Retirer le feuillet protecteur en utilisant la partie repliée et appliquer sur la plaie la surface adhérente du pansement ; - Lisser le pansement pour assurer une bonne isolation de la plaie. - Si plusieurs pansements sont utilisés, s'assurer que les pores ne sont pas bouchés par leur recouvrement ; - Appliquer un pansement secondaire absorbant ; - Fixer avec un dispositif adapté.		
1335607	**Pansements interface, 660 cm2, MÖLNLYCKE, MEPITEL ONE, boîte de 5.** Pansements composés d'une trame de polyuréthane transparente enduite sur une seule face (celle en contact avec la plaie) de gel de silicone portant la dénomination commerciale « technologie Safetac ». MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION - Nettoyer la plaie conformément aux pratiques normales et sécher soigneusement la surface cutanée périlésionnelle ; - Choisir la taille du pansement de façon à ce qu'il recouvre la plaie et déborde sur peau périlésionnelle d'au moins 2 cm ; si nécessaire découper pour ajuster ; - Retirer le feuillet protecteur en utilisant la partie repliée et appliquer sur la plaie la surface adhérente du pansement ; - Lisser le pansement pour assurer une bonne isolation de la plaie. - Si plusieurs pansements sont utilisés, s'assurer que les pores ne sont pas bouchés par leur recouvrement ; - Appliquer un pansement secondaire absorbant ; - Fixer avec un dispositif adapté.	12 325	12 325
1342613	**Pansements interface, 35 cm2, URGO, URGOSTART INTERFACE, B/10.** DESCRIPTION : Les pansements interface URGOSTART INTERFACE sont constitués d'une trame non occlusive au contact de la plaie, portant la dénomination commerciale « matrice TLC-NOSF » INDICATION : Ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel) MODALITÉS DE PRESCRIPTION : Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 5 cm 7 cm	2 068	2 068
1341252	**Pansements interface, 156 cm2, URGO, URGOSTART INTERFACE, B/10.** DESCRIPTION : Les pansements interface URGOSTART INTERFACE sont constitués d'une trame non occlusive au contact de la plaie, portant la dénomination commerciale « matrice TLC-NOSF » INDICATION : Ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel) MODALITÉS DE PRESCRIPTION : Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique	8 781	8 781

	RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 12 cm 13 cm		
1346315	**Pansements interface, 300 cm2, URGO, URGOSTART INTERFACE, B/10.** DESCRIPTION : Les pansements interface URGOSTART INTERFACE sont constitués d'une trame non occlusive au contact de la plaie, portant la dénomination commerciale « matrice TLC-NOSF » INDICATION : Ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel) MODALITÉS DE PRESCRIPTION : Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 15 cm 20 cm	16 771	16 771
1348410	**Pansements interface, 35 cm2, URGO, URGOSTART INTERFACE, B/16.** DESCRIPTION : Les pansements interface URGOSTART CONTACT sont constitués d'une trame non occlusive au contact de la plaie, portant la dénomination commerciale « matrice TLC-NOSF » INDICATION : Ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). MODALITÉS DE PRESCRIPTION : Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 5 cm 7 cm	3 260	3 260
1343311	**Pansements interface, 156 cm2, URGO, URGOSTART INTERFACE, B/16.** DESCRIPTION : Les pansements interface URGOSTART INTERFACE sont constitués d'une trame non occlusive au contact de la plaie, portant la dénomination commerciale « matrice TLC-NOSF » INDICATION : Ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel) MODALITÉS DE PRESCRIPTION : Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 12 cm 13 cm	14 003	14 003
1349934	**Pansements interface, 300 cm2, URGO, URGOSTART INTERFACE, B/16.** DESCRIPTION : Les pansements interface URGOSTART INTERFACE sont constitués d'une trame non occlusive au contact de la plaie, portant la dénomination commerciale « matrice TLC-NOSF » INDICATION : Ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel) MODALITÉS DE PRESCRIPTION : Ce pansement doit être appliqué en renouvellement tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 15 cm 20 cm	26 787	26 787
1372301	**Pansements interface, URGO, URGOTUL, 120cm2, boîte de 16.** MODALITES D'UTILISATION:	6 622	6 622

	-Application à renouveler tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique (détersion mécanique si nécessaire); -Maintien avec une bande extensible, un sparadrap ou un filet tubulaire.		
1329682	**Pansements interface, URGO, URGOTUL, 300cm2, boîte de 10.** MODALITES D'UTILISATION: -Application à renouveler tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique (détersion mécanique si nécessaire); -Maintien avec une bande extensible, un sparadrap ou un filet tubulaire.	11 871	11 871
1379527	**Pansements interface, URGO, URGOTUL, 400cm2, boîte de 10.** MODALITES D'UTILISATION: -Application à renouveler tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique (détersion mécanique si nécessaire); -Maintien avec une bande extensible, un sparadrap ou un filet tubulaire.	15 782	15 782
1388696	**Pansements interface, URGO, URGOTUL DUO, 120cm2, boîte de 10.** Modalités d'utilisation : - Application à renouveler tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique (détersion mécanique si nécessaire); - Maintien avec une bande extensible, un sparadrap ou un filet tubulaire.	4 543	4 543
1344434	**Pansements interface, URGO, URGOTUL DUO, 300cm2, boîte de 10.** MODALITES D'UTILISATION: - Application à renouveler tous les 2 à 4 jours sur une plaie préalablement nettoyée au sérum physiologique (détersion mécanique si nécessaire); - Maintien avec une bande extensible, un sparadrap ou un filet tubulaire.	11 394	11 394
1356970	**Pansements interface, 38 cm2, KCI, ADAPTIC TOUCH, B/10.** ADAPTIC TOUCH est un pansement de type interface composé d'un tricot d'acétate de cellulose souple imprégné de silicone à faible pouvoir collant. MODALITÉS D'UTILISATION ET DE PRESCRIPTION : -La fréquence de changement ADAPTIC TOUCH doit être conforme aux bonnes pratiques de traitement des plaies et dépend de l'état de la plaie et du niveau d'exsudation. -Le pansement ADAPTIC TOUCH peut rester sur la plaie pendant plusieurs jours. CONTRE-INDICATION : -Patients hypersensibles au silicone ou à la viscose. -Implantation chirurgicale RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : Réf. 3401060217389 : boîte de 10 pansements (7,6 cm × 5 cm).	1 579	1 579
1369730	**Pansements interface, 83,6 cm2, KCI, ADAPTIC TOUCH, B/10** ADAPTIC TOUCH est un pansement de type interface composé d'un tricot d'acétate de cellulose souple imprégné de silicone à faible pouvoir collant	3 335	3 335

	MODALITÉS D'UTILISATION ET DE PRESCRIPTION : -La fréquence de changement ADAPTIC TOUCH doit être conforme aux bonnes pratiques de traitement des plaies et dépend de l'état de la plaie et du niveau d'exsudation. -Le pansement ADAPTIC TOUCH peut rester sur la plaie pendant plusieurs jours. CONTRE-INDICATION : -Patients hypersensibles au silicone ou à la viscose. -Implantation chirurgicale RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : Réf. 3401060217396 : boîte de 10 pansements (7,6 cm × 11 cm).		
1322527	**Pansements interface, 190,5 cm2, KCI, ADAPTIC TOUCH, B/10** ADAPTIC TOUCH est un pansement de type interface composé d'un tricot d'acétate de cellulose souple imprégné de silicone à faible pouvoir collant. MODALITÉS D'UTILISATION ET DE PRESCRIPTION : -La fréquence de changement ADAPTIC TOUCH doit être conforme aux bonnes pratiques de traitement des plaies et dépend de l'état de la plaie et du niveau d'exsudation. -Le pansement ADAPTIC TOUCH peut rester sur la plaie pendant plusieurs jours CONTRE-INDICATION : -Patients hypersensibles au silicone ou à la viscose. -Implantation chirurgicale RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : Réf. 3401060217402 : boîte de 10 pansements (12,7 cm × 15 cm).	7 361	7 361
1368386	**Pansements interface, 640 cm2, KCI, ADAPTIC TOUCH, B/5** ADAPTIC TOUCH est un pansement de type interface composé d'un tricot d'acétate de cellulose souple imprégné de silicone à faible pouvoir collant MODALITÉS D'UTILISATION ET DE PRESCRIPTION : -La fréquence de changement ADAPTIC TOUCH doit être conforme aux bonnes pratiques de traitement des plaies et dépend de l'état de la plaie et du niveau d'exsudation. -Le pansement ADAPTIC TOUCH peut rester sur la plaie pendant plusieurs jours. CONTRE-INDICATION : -Patients hypersensibles au silicone ou à la viscose. -Implantation chirurgicale RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : Réf. 3401060217419 : boîte de 5 pansements (20 cm × 32 cm).	16 605	16 605

Pansements interface à base de CMC

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1350564	**Pansements interface CMC, 100 cm², COLOPLAST, PHYSIOTULLE, B/10.** Pansements constitués d'une trame de polyester à maillage fin (0,7 mm²/maille) imprégnée d'un mélange de vaseline (85 %) et de carboxyméthylcellulose ou CMC (15 %).	3 699	3 699

1331526	**Pansements interface CMC, 300 cm², COLOPLAST, PHYSIOTULLE, B/10.** Pansements constitués d'une trame de polyester à maillage fin (0,7 mm²/maille) imprégnée d'un mélange de vaseline (85 %) et de carboxyméthylcellulose ou CMC (15 %).	10 821	10 821
1358324	**Pansements interface CMC, 25 cm², HARTMANN, HYDROTUL, B/10.** Pansements constitués d'un tulle en polyamide à mailles fines imprégné d'un excipient à base de vaseline, de triglycérides et de carboxyméthylcellulose sodique	1 029	1 029
1325508	**Pansements interface CMC, 120 cm², HARTMANN, HYDROTUL, B/10.** Pansements constitués d'un tulle en polyamide à mailles fines imprégné d'un excipient à base de vaseline, de triglycérides et de carboxyméthylcellulose sodique	4 412	4 412
1334252	**Pansements interface CMC, 300 cm², HARTMANN, HYDROTUL, B/10.** Pansements constitués d'un tulle en polyamide à mailles fines imprégné d'un excipient à base de vaseline, de triglycérides et de carboxyméthylcellulose sodique	10 821	10 821

1.4.2.1.1.9. Paragraphe 9 : Pansements vaselinés

Le pansement vaseliné est indiqué dans la phase de bourgeonnement :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1366074	**Pansements vaselinés, > ou = 25 cm² et < 57 cm², boîte de 5.**	373	373
1348998	**Pansements vaselinés, > ou = 57 cm² et < 100 cm², boîte de 5.**	708	708
1369322	**Pansements vaselinés, > ou = 57 cm² et < 100 cm², boîte de 10.**	1 328	1 328
1369078	**Pansements vaselinés, > ou = 100 cm² et < 275 cm², boîte de 5.**	1 157	1 157
1314367	**Pansements vaselinés, > ou = 100 cm² et < 275 cm², boîte de 10.**	2 226	2 226
1317851	**Pansements vaselinés, > ou = 275 cm² et < 400 cm², boîte de 12.**	7 036	7 036
1356408	**Pansements vaselinés, > ou = 400 cm², boîte de 10.**	8 485	8 485

1.4.2.1.1.10. Paragraphe 10 : Pansements adhésifs stériles avec compresse intégrée

Les pansements adhésifs stériles avec compresse intégrée sont des pansements stériles composés d'une compresse tissée ou non tissée centrée sur un support textile ou en film semi-perméable.

Pansements adhésifs stériles support textile avec compresse intégrée

Indications de prise en charge :
Utilisation en tant que pansements dans les soins des plaies aiguës suturées et des incisions chirurgicales.
Spécifications techniques :

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Les pansements adhésifs stériles support textile avec compresse intégrée sont des pansements stériles composés d'une compresse tissée ou non tissée centrée sur un support textile (tissé ou non-tissé) adhésif débordant d'au moins 1 cm sur la compresse. Ils sont adhérents sur 4 côtés et présentés sous emballage unitaire stérile.
Leur adhésif présente une haute tolérance cutanée et la compresse intégrée est non adhérente à la plaie.
La prise en charge est assurée pour les pansements suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1368222	**Pansement adhésif textile, compresse intég, > ou = 30 cm2 et < 40 cm2, B/5.** Pansement adhésif support textile avec compresse intégrée absorbante, > ou = 30 cm2 et < 40 cm2, la boîte de 5	333	432
1394751	**Pansement adhésif textile, compresse intég, > ou = 30 cm2 et < 40 cm2, B/10.** Pansement adhésif support textile avec compresse intégrée absorbante, > ou = 30 cm2 et < 40 cm2, la boîte de 10	474	508
1332282	**Pansement adhésif textile, compresse intég, > ou = 40 cm2 et < 70 cm2, B/5.** Pansement adhésif support textile avec compresse intégrée absorbante, > ou = 40 cm2 et < 70 cm2, la boîte de 5	409	531
1392367	**Pansement adhésif textile, compresse intég, > ou = 40 cm2 et < 70 cm2, B/10.** Pansement adhésif support textile avec compresse intégrée absorbante, > ou = 40 cm2 et < 70 cm2, la boîte de 10	583	677
1305457	**Pansement adhésif textile, compresse intég, > ou = 70 cm2 et < 135 cm2, B/5.** Pansement adhésif support textile avec compresse intégrée absorbante, > ou = 70 cm2 et < 135 cm2, la boîte de 5	637	892
1301130	**Pansement adhésif textile, compresse intég, > ou = 70 cm2 et < 135 cm2, B/10.** Pansement adhésif, support textile avec compresse intégrée absorbante, > ou = 70 cm2 et < 135 cm2, la boîte de 10	909	1 010
1337150	**Pansement adhésif textile, compresse intég, > ou = 135 cm2 et < 180 cm2, B/5.** Pansement adhésif support textile avec compresse intégrée absorbante, > ou = 135 cm2 et < 180 cm2, la boîte de 5	1 132	1 132
1335872	**Pansement adhésif textile, compresse intég, > ou = 135 cm2 et < 180 cm2, B/10.** Pansement adhésif support textile avec compresse intégrée absorbante, > ou = 135 cm2 et < 180 cm2, la boîte de 10	1 617	1 811
1383641	**Pansement adhésif, textile, compresse intég, > ou = 180 cm2 et < 250 cm2, B/5.** Pansement adhésif support textile avec compresse intégrée absorbante, > ou = 180 cm2 et < 250 cm2, la boîte de 5	1 448	1 810
1389320	**Pansement adhésif, textile, compresse intég, > ou = 180 cm2 et < 250 cm2, B/10.** Pansement adhésif support textile avec compresse intégrée absorbante, > ou = 180 cm2 et < 250 cm2, la boîte de 10	2 068	2 336
1300709	**Pansement adhésif, textile, compresse intég, > ou = 250 cm2 et < 300 cm2, B/5.** Pansement adhésif support textile avec compresse intégrée absorbante, > ou = 250 cm2 et < 300 cm2, la boîte de 5	1 862	2 049
1391089	**Pansement adhésif, textile, compresse intég, > ou = 250 cm2 et < 300 cm2, B/10.** Pansement adhésif support textile avec compresse intégrée absorbante, > ou = 250 cm2 et < 300 cm2, la boîte de 10	2 660	2 954

1390010	**Pansement adhésif, textile, compresse intég, > ou = 300 cm2, B/5.** Pansement adhésif support textile avec compresse intégrée absorbante, > ou = 300 cm2, la boîte de 5	2 139	2 437
1333962	**Pansement adhésif, textile, compresse intég, > ou = 300 cm2, B/10.** Pansement adhésif support textile avec compresse intégrée absorbante, > ou = 300 cm2, la boîte de 10	3 027	3 359

Pansements adhésifs stériles support film semi-perméable (film) avec compresse intégrée

Indications de prise en charge :
Protection des plaies aiguës suturées légèrement hémorragiques et/ou exsudatives (sites de cathétérisme intraveineux et incisions chirurgicales).
Spécifications techniques :
Les pansements adhésifs stériles support film semi-perméable avec compresse intégrée sont des pansements stériles composés d'une compresse tissée ou non tissée centrée sur un support film semi-perméable adhésif débordant d'au moins 1 cm sur la compresse.
Ils sont adhérents sur 4 côtés et présentés sous emballage unitaire stérile. La compresse intégrée est non adhérente à la plaie.
Le film semi-perméable est constitué d'un film transparent plastique, le plus souvent à base de polyuréthane, enduit d'une masse adhésive à haute tolérance cutanée. Ce film est extensible, souple, perméable à l'air et à la vapeur d'eau, imperméable aux bactéries et aux liquides.
Le film adhésif semi-perméable doit avoir les propriétés de transmission de la vapeur d'eau supérieures ou égales à 500 g/m2/24 h, mesurées selon la norme EN 13726-2 chapitre 3.2.
La prise en charge est assurée pour les pansements suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1387314	**Pansement adhésif film, compresse intég, > ou = 30 cm2 et < 40 cm2, B/5.** Pansement adhésif support film semi-perméable avec compresse intégrée absorbante, > ou = 30 cm2 et < 40 cm2, la boîte de 5	419	838
1334743	**Pansement adhésif film, compresse intég, > ou = 30 cm2 et < 40 cm2, B/10.** Pansement adhésif support film semi-perméable avec compresse intégrée absorbante, > ou = 30 cm2 et < 40 cm2, la boîte de 10	599	1 197
1370064	**Pansement adhésif film, compresse intég, > ou = 40 cm2 et < 70 cm2, B/5.** Pansement adhésif support film semi-perméable avec compresse intégrée absorbante, > ou = 40 cm2 et < 70 cm2, la boîte de 5	490	980
1346769	**Pansement adhésif film, compresse intég, > ou = 40 cm2 et < 70 cm2, B/10.** Pansement adhésif support film semi-perméable avec compresse intégrée absorbante, > ou = 40 cm2 et < 70 cm2, la boîte de 10	700	1 401
1362797	**Pansement adhésif film, compresse intég, > ou = 70 cm2 et < 135 cm2, B/5.** Pansement adhésif support film semi-perméable avec compresse intégrée absorbante, > ou = 70 cm2 et < 135 cm2, la boîte de 5	654	1 307

1307195	**Pansement adhésif film, compresse intég, > ou = 70 cm2 et < 135 cm2, B/10.** Pansement adhésif support film semi-perméable avec compresse intégrée absorbante, > ou = 70 cm2 et < 135 cm2, la boîte de 10	934	1 868
1375475	**Pansement adhésif film, compresse intég, > ou = 135 cm2 et < 180 cm2, B/5.** Pansement adhésif support film semi-perméable avec compresse intégrée absorbante, > ou = 135 cm2 et < 180 cm2, la boîte de 5	909	1 818
1314166	**Pansement adhésif film, compresse intég, > ou = 135 cm2 et < 180 cm2, B/10.** Pansement adhésif support film semi-perméable avec compresse intégrée absorbante, > ou = 135 cm2 et < 180 cm2, la boîte de 10	1 299	2 597
1329452	**Pansement adhésif, film, compresse intég, > ou = 180 cm2 et < 250 cm2, B/5.** Pansement adhésif support film semi-perméable avec compresse intégrée absorbante, > ou = 180 cm2 et < 250 cm2, la boîte de 5	1 001	2 003
1306847	**Pansement adhésif, film, compresse intég, > ou = 180 cm2 et < 250 cm2, B/10.** Pansement adhésif support film semi-perméable avec compresse intégrée absorbante, > ou = 180 cm2 et < 250 cm2, la boîte de 10	1 430	2 860
1393326	**Pansement adhésif, film, compresse intég, > ou = 250 cm2 et < 300 cm2, B/5.** Pansement adhésif support film semi-perméable avec compresse intégrée absorbante, > ou = 250 cm2 et < 300 cm2, la boîte de 5.	1 103	2 207
1325550	**Pansement adhésif, film, compresse intég, > ou = 300 cm2, B/5.** Pansement adhésif support film semi-perméable avec compresse intégrée absorbante, > ou = 300 cm2, la boîte de 5	1 246	2 493

1.4.2.1.2. Sous-section 2 : Pansements à l'argent

1.4.2.1.2.1. Laboratoires URGO

Ces pansements possèdent, au contact de la plaie, une matrice TLC-Ag. Cette matrice lipido-colloïde non occlusive contient un mélange de carboxyméthylcellulose dispersée dans un réseau lipophile de vaseline et associée au sulfate d'argent.
La prise en charge est assurée en traitement séquentiel de 4 semaines pour les ulcères de jambe à caractère inflammatoire ayant au moins 3 des 5 signes suivants :

- douleur entre deux changements de pansement ;
- érythème périlésionnel ;
- œdème ;
- plaie malodorante ;
- exsudat abondant.

L'application de ces pansements doit être renouvelée tous les 1 à 3 jours sur une plaie préalablement nettoyée.
La prise en charge de ces pansements est assurée pour un traitement de 4 semaines avant d'être relayé par un pansement neutre ne libérant pas d'ions d'argent.
La prise en charge est assurée pour les pansements suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1326821	**Pansement argent, > ou = 120 cm² et < 156 cm², URGO, Urgocell Ag, B/16.** La prise en charge est assurée pour la référence 508293.	7 734	7 734
1339752	**Pansement argent, > ou = 300 cm² et < 400 cm², URGO, Urgocell Ag, B/16.** La prise en charge est assurée pour la référence 508290.	19 082	19 082
1398996	**Pansement argent, > ou = 120 cm² et < 156 cm², URGO, Urgotul Ag, B/16.** La prise en charge est assurée pour la référence 507634.	7 734	7 734
1307143	**Pansement argent, >ou = 300 cm² et < 400 cm², URGO, Urgotul Ag, B/16.** La prise en charge est assurée pour la référence 507628.	19 082	19 082
1322094	**Pansement argent, > ou = 120 cm² et < 156 cm², URGO, Urgotul Ag Lite, B/16.**	7 734	7 734
1328180	**Pansement argent, > ou= 300 cm² et < 400 cm², URGO, Urgotul Ag Lite, B/16.**	19 082	19 082
1370124	**Pansement argent, ≥ 156 cm² et < 200 cm² URGO, Urgocell Ag Border, B/10.** La prise en charge est assurée pour la référence 509366, taille 13 cm x 13 cm.	6 285	6 285
1385500	**Pansement argent, ≥ 156 cm² et < 200 cm², URGO, Urgocell Ag Border, B/16.** La prise en charge est assurée pour la référence 509365, taille 13 cm x 13 cm.	10 004	10 004
1390227	**Pansement argent, ≥ 64 cm² et < 120 cm² URGO, Urgotul Ag Lite Border, B/10.** La prise en charge est assurée pour la référence 504935, taille 8 cm × 8 cm.	2 660	2 660
1385723	**Pansement argent, ≥ 64 cm² et < 120 cm², URGO, Urgotul Ag Lite Border, B/16.** La prise en charge est assurée pour la référence 507559, taille 8 cm × 8 cm.	4 205	4 205
1399694	**Pansement argent, ≥ 64 cm² et < 120 cm² URGO, Urgotul Ag Lite Border, B/10.** La prise en charge est assurée pour la référence 504934, taille 6,5 cm × 10 cm.	2 660	2 660
1372554	**Pansement argent, > 64 cm² et < 120 cm², URGO, Urgotul Ag Lite Border, B/16** La prise en charge est assurée pour la référence 507572, taille 6,5 cm × 10 cm.	4 205	4 205
1334401	**Pansement argent, ≥ 120 cm² et < 156 cm², URGO, Urgotul Ag Lite Border, B/10** La prise en charge est assurée pour la référence 504936, taille 10 cm x 12 cm.	4 867	4 867
1382239	**Pansement argent, ≥ 120 cm² et < 156 cm², URGO, Urgotul Ag Lite Border, B/16** La prise en charge est assurée pour la référence 507562, taille 10 cm × 12 cm	7 734	7 734
1345280	**Pansement argent en fibres, polyacrylate, URGO, Urgoclean Ag, 60 cm2, B/16.** La prise en charge est assurée pour la taille 6 cm × 10 cm.	3 870	3 870
1352669	**Pansement argent en fibres, polyacrylate, URGO, Urgoclean Ag, 156 cm2, B/16.** La prise en charge est assurée pour la taille 12 cm × 13 cm.	9 696	9 696
1328286	**Pansement argent en fibres, polyacrylate, URGO, Urgoclean Ag, 300 cm2, B/16.** La prise en charge est assurée pour la taille 15 cm × 20 cm.	18 349	18 349

1.4.2.1.3. Sous-section 3 : Compresses et coton

1.4.2.1.3.1. Paragraphe 1 : Compresses stériles pour nettoyage de plaies et/ou réalisation de pansements

Ces compresses doivent être conditionnées dans un emballage unitaire stérile.

Pansements/compresses stériles absorbants non adhérents pour plaies productives

Indications de prise en charge :
La prise en charge des pansements absorbants stériles est assurée dans les indications suivantes:
- plaies aiguës exsudatives: recouvrement des plaies post-opératoires, gynécologiques, drainage et protection mécanique des plaies ;
- plaies chroniques exsudatives en recouvrement de pansements pour drainage des exsudats et protection mécanique de la plaie.

Spécifications techniques :
Les pansements absorbants stériles sont des pansements composés de plusieurs couches dont une couche absorbante hydrophile et d'une couche non tissée en contact avec la plaie. Ils sont caractérisés par leur forte capacité d'absorption. La couche externe permet les échanges gazeux.
La surface absorbante de ces pansements doit avoir des capacités d'absorption libre supérieures à 40 g/100 cm2/30 mn mesurées à partir de la méthode décrite dans le chapitre 3.2 de la norme EN 13726-1.
La prise en charge est assurée pour les pansements suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1356390	**Pansement absorbant non adhésif, > ou = 100 cm2 et < 200 cm2, B/10**	770	770
1303263	**Pansement absorbant non adhésif, > ou = 200 cm2 et < 300 cm2, B/10**	1 359	1 359
1321491	**Pansement absorbant non adhésif, > ou = 300 cm2 et < 500 cm2, B/10**	1 948	1 948
1364129	**Pansement absorbant non adhésif, > ou = 500 cm2, B/10**	3 127	3 127

Compresses stériles non tissées

Les compresses stériles non-tissées sont composées d'un voile de non-tissé, fabriqué dans un matériau biocompatible et sont définies par leur capacité d'absorption, leur résistance mécanique au déchirement, leur grammage et leurs dimensions pliées.
La prise en charge est assurée pour les compresses stériles non tissées composées d'un matériau biocompatible et ayant :
- une capacité d'absorption supérieure ou égale à 0,07 g/cm² selon la norme EN 1644-1 ;
- une résistance mécanique au déchirement 30 N dans les deux sens selon la norme ISO 9073.3 ;
- une résistance au délitement.

La prise en charge est assurée pour :
- le nettoyage des plaies ou de la peau saine en situation péri-opératoire (préparation de site opératoire et soins post-opératoires) et dans le cas de plaies aiguës à risque infectieux (notamment brûlures) ;
- la confection de pansements en soins post-opératoires et pour les plaies aiguës à risque infectieux (notamment brûlures).

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1355685	**Compresses non tissées stériles, > ou = 56 cm² et < 100 cm², boîte 10 sachets × 2.**	325	325
1396218	**Compresses non tissées stériles, > ou = 56 cm² et < 100 cm², boîte 25 sachets × 2.**	659	659
1330751	**Compresses non tissées stériles, > ou = 56 cm² et < 100 cm², boîte 50 sachets × 2.**	1 212	1 212
1382541	**Compresses non tissées stériles, > ou = 100 cm², boîte 10 sachets × 2.**	418	418
1314976	**Compresses non tissées stériles, > ou = 100 cm², boîte 25 sachets × 2.**	889	889
1353752	**Compresses non tissées stériles, > ou = 100 cm², boîte 50 sachets × 2.**	1 672	1 672

Compresses stériles de gaze hydrophile

Les compresses stériles de gaze hydrophile sont composées de gaze hydrophile de coton avec un duitage mini 10/7, un pliage de 8 épaisseurs, conforme à la norme NF EN 14079 et sont conditionnées dans un emballage unitaire stérile.
La prise en charge est assurée pour :
- le nettoyage des plaies ou de la peau saine en situation péri-opératoire (préparation de site opératoire et soins post-opératoires) et dans le cas de plaies aiguës à risque infectieux (notamment brûlures) ;
- la confection de pansements en soins post-opératoires et pour les plaies aiguës à risque infectieux (notamment brûlures).

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1326761	**Compresses gaze hydrophile, stériles, > ou = 56 cm² et < 100 cm², 10 sachets × 2**	352	352
1377860	**Compresses gaze hydrophile, stériles, > ou = 56 cm² et < 100 cm², 25 sachets × 2**	722	722
1371508	**Compresses gaze hydrophile, stériles, > ou = 56 cm² et < 100 cm², 50 sachets × 2**	1 338	1 338
1338385	**Compresses gaze hydrophile, stériles, > ou = 100 cm², 10 sachets × 2**	449	449
1358703	**Compresses gaze hydrophile, stériles, > ou = 100 cm², 25 sachets × 2**	966	966
1331911	**Compresses gaze hydrophile, stériles, > ou = 100 cm², 50 sachets × 2**	1 830	1 830

Rondelles oculaires stériles de gaze

Les rondelles oculaires stériles de gaze sont des rondelles de coton hydrophile stérile d'un diamètre de 0,07 m, placées entre deux rondelles de gaze hydrophile d'un duitage 10/7 stérile, de format rond ou ovale, pesant 1 gramme environ et sont conditionnées dans un emballage unitaire stérile.
La prise en charge est assurée pour :
- les soins de plaies de la sphère oculaire, notamment chirurgie de la paupière ;
- les soins ophtalmiques post-opératoires ;

- la protection contre la lumière et les agents agressifs externes.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1378462	**Rondelles oculaires stériles de gaze hydrophile, boîte de 10.**	192	

1.4.2.1.3.2. Paragraphe 2 : Autres dispositifs, non stériles, pour nettoyage de plaies et/ou réalisation de pansements

Compresses non tissées non stériles

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1387923	**Compresses non tissées non stériles, > ou = 56 cm2 et < 100 cm2, par 100.** Conditionnement par 100 de compresses non tissées non stériles de surface supérieure ou égale à 56 cm2 et inférieure à 100 cm2.	767	767
1396655	**Compresses non tissées non stériles, > ou = 100 cm2, par 100.** Conditionnement par 100 de compresses non tissées non stériles de surface supérieure ou égale à 100 cm2.	1 057	1 057

Coton hydrophile non stérile

Spécifications techniques
Empaquetage : en nappe d'une seule pièce : pliée en accordéon, sous boîte carton ou double enveloppe papier, ou sachet de polyéthylène, à ouverture en bout, pour les poids nets de 100 grammes.
Le coton hydrophile doit répondre aux caractéristiques de la monographie « coton hydrophile » de la Pharmacopée Européenne.
Indications de prise en charge
- Nettoyage local de la peau sans plaie ouverte
La prise en charge est assurée pour :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1313391	**Coton hydrophile, non stérile, paquet de 100 g.**	190	

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

1.4.2.1.4. Sous-section 4 : Moyens de fixation et de maintien

1.4.2.1.4.1. Paragraphe 1 : Systèmes de maintien adhésifs

Films adhésifs semi-perméables stériles

Indications de prise en charge :

La prise en charge des plaques stériles est assurée:
– en tant que pansement primaire, pour les plaies chroniques et aiguës dans la phase d'épithélialisation de plaies peu ou pas exsudatives;
– pour le recouvrement d'autres pansements stériles non adhésifs (ex: alginate, hydrogel…);
– la protection de sites de cathéters intraveineux.
La prise en charge des rouleaux non stériles est assurée pour:
– recouvrement de pansements nécessitant une imperméabilité (ex: Protection en balnéothérapie pour rééducation fonctionnelle);
– protection de la peau en cas d'incontinence urinaire ou fécale associée.

Spécifications techniques :

Les films adhésifs semi-perméables stériles sont aussi appelés films auto-adhésifs transparents, films adhésifs extensibles, films polyuréthane, pansements de maintien transparents, ou pansements transparents adhésifs.
Les films adhésifs semi-perméables stériles doivent avoir les propriétés de transmission de la vapeur d'eau, mesurées selon la norme EN 13726-2 chapitre 3.2, supérieures ou égales à 500 g/m2/24 h.
Les films adhésifs semi-perméables stériles sont: constitués d'un film transparent plastique, le plus souvent à base de polyuréthane, enduit d'une masse adhésive; extensibles, souples, perméables à l'air et à la vapeur d'eau, imperméables aux bactéries et aux liquides.
La prise en charge est assurée pour les pansements suivants:

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1347533	**Films adhésifs semi-perméables stériles, > ou = 20 cm2 et < 40 cm2, B/5**	523	757
1367837	**Films adhésifs semi-perméables stériles, > ou = 20 cm2 et < 40 cm2, B/10**	746	1 081
1394159	**Films adhésifs semi-perméables stériles, > ou = 40 cm2 et < 120 cm2, B/5**	947	1 355
1350802	**Films adhésifs semi-perméables stériles, > ou = 40 cm2 et < 120 cm2, B/10**	1 353	1 935
1364520	**Films adhésifs semi-perméables stériles, > ou = 120 cm2 et < 150 cm2, B/5**	1 078	1 535
1384847	**Films adhésifs semi-perméables stériles, > ou = 120 cm2 et < 150 cm2, B/10**	1 540	2 192
1307864	**Films adhésifs semi-perméables stériles, > ou = 150 cm2 et < 300 cm2, B/5**	1 170	1 638
1326927	**Films adhésifs semi-perméables stériles, > ou = 150 cm2 et < 300 cm2, B/10**	1 671	2 339
1301175	**Films adhésifs semi-perméables stériles, > ou = 300 cm2 et < 600 cm2, B/5**	1 630	2 330
1344397	**Films adhésifs semi-perméables stériles, > ou = 300 cm2 et < 600 cm2, B/10**	2 328	3 329

1376730	**Films adhésifs semi-perméables stériles, > ou = 600 cm2, B/5**	2 550	3 695
1313037	**Films adhésifs semi-perméables stériles, > ou = 600 cm2, B/10**	3 641	5 280
1360657	**Films adhésifs semi-perméables en rouleau, > ou = 1 000 cm2 et < 1 250 cm2**	539	1 079
1385249	**Films adhésifs semi-perméables en rouleau, > ou = 1 250 cm2 et < 3 000 cm2**	900	1 799
1396773	**Films adhésifs semi-perméables en rouleau, > ou = 3 000 cm2 et < 6 000 cm2**	1 280	2 560
1366016	**Films adhésifs semi-perméables en rouleau, > ou = 6 000 cm2**	2 437	4 871

Sutures adhésives stériles

Indications de prise en charge :

– de suture pour petite chirurgie d'urgence, chirurgie dermatologique, chirurgie plastique et cicatrices post- opératoires courtes (< 2,5 cm) ou plus longues dans le cas de renfort de fils;
– d'utilisation en suture primaire sur les plaies superficielles ou sans traction excessive;
– d'utilisation en renfort secondaire entre des fils ou agrafes ou en remplacement à partir du troisième jour pour limiter le préjudice esthétique;
– de suture sous plâtre ou résine.

Spécifications techniques :

Les sutures adhésives stériles sont des bandelettes adhésives stériles visant à suturer une incision. Elles sont utilisées pour le rapprochement des berges de la plaie.
Les sutures adhésives sont conditionnées dans un emballage stérile et doivent être composées:
– d'un support non tissé renforcé par des fibres de polyester avec de l'adhésif acrylate de haute tolérance cutanée;
– ou d'un support non tissé avec de l'adhésif acrylate de haute tolérance cutanée;
– ou de bandelettes en mousse de polyuréthane avec adhésif acrylate de haute tolérance cutanée.
La prise en charge est assurée pour les pansements suivants:

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1312776	**Pochette de suture adhésive stérile, 3 bandes, 7,5 cm × 0,6 cm.**	101	
1306534	**Pochette de suture adhésive stérile, 5 bandes, 7,5 cm × 0,3 cm.**	101	
1395816	**Pochette de suture adhésive stérile, 10 bandes, 10 cm × 0,6 cm**	131	

Sparadraps non élastiques

Spécifications techniques :

Support non élastique pouvant être perméable ou imperméable à l'air et à la vapeur d'eau dont la surface adhésive peut être recouverte par un élément protecteur qui est retiré lors de la pose.
Sparadrap non élastique, pour une surface supérieure ou égale et inférieure (> ou = et <) et supérieure ou égale (> ou =) aux dimensions précisées.
La surface de chaque référence correspond à sa surface nominale, avec une tolérance de 5 % maximum d'erreur.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Sparadraps non élastiques non tissés microporeux

Indications de prise en charge :

Les sparadraps non tissés microporeux sont indiqués pour de la fixation sur zone sans frottement et sans tension notamment:
– fixation de pansements simples et peu épais;
– fixation de pansements sur peau fragile (peau de la personne agée et du nourrisson, visage, oeil…);
– fixation «légère» d'autres dispositifs (sonde nasale, canule, tubulure liée à des dispositifs de respiration,…).

Description :

Support: non tissé de type viscose, polyester, cellulose…
Masse adhésive à base de polymères.
La prise en charge est assurée pour les sparadraps suivants:

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1365896	**Pansement, fixation, sparadrap, non tissé microporeux > = 1250 cm2et < 2000 cm2**	214	314
1309343	**Pansement, fixation, sparadrap, non tissé microporeux > = 2000 cm2et < 3000 cm2**	323	345
1323308	**Pansement, fixation, sparadrap, non tissé microporeux > = 3000 cm2et < 5000 cm2**	636	1269
1370526	**Pansement, fixation, sparadrap, non tissé microporeux > = 5000 cm2**	1 057	2 117

Sparadraps non élastiques non tissés extensibles

Indications de prise en charge :

Les sparadraps non tissés extensibles sont indiqués pour de la fixation sur zone de mouvement notamment:
– Fixation de pansements ou compresses sur articulation et relief anatomique

Description :

Support: non tissé extensible de type viscose, polyester, cellulose…
Masse adhésive à base de polymères.
La prise en charge est assurée pour les sparadraps suivants:

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1326040	**Pansement, fixation, sparadrap, non tissé extensible > = 1000 cm2 et < 2500 cm2**	321	641
1301650	**Pansement, fixation, sparadrap, non tissé extensible > = 2500 cm2 et < 5000 cm2**	353	708
1307226	**Pansement, fixation, sparadrap, non tissé extensible > = 5000 cm2 et < 10000 cm2**	708	1061
1321924	**Pansement, fixation, sparadrap, non tissé extensible > = 10000 cm2**	1 410	1 832

Sparadraps non élastiques tissés

Indications de prise en charge :
Les sparadraps tissés sont indiqués pour de la fixation sur zone de frottement ou traction forte notamment:
– fixation de pansements volumineux;
– fixation ou renfort fixation de DM: poches de stomies, sondes de trachéotomie, sondes naso-gastriques, bandes…;
– confection d'attelle de doigts, d'orteils…
Description :
Support: tissé de type acétate de cellulose, coton, viscose…
Masse adhésive à base de polymères.
La prise en charge est assurée pour les sparadraps suivants:

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1330308	**Pansement, fixation, sparadrap, tissé > ou = 1 000 cm2 et < 2 500 cm2**	280	559
1399205	**Pansement, fixation, sparadrap, tissé > ou = 2 500 cm2 et < 5 000 cm2**	559	1119
1365519	**Pansement, fixation, sparadrap, tissé > ou = 5 000 cm2**	1 112	2 223

Sparadraps non élastiques plastiques

Indications de prise en charge :
Les sparadraps plastiques occlusifs sont indiqués notamment pour la protection de topique ou patch en dermatologie ou allergologie.
Les sparadraps plastiques sont indiqués pour la fixation de dispositifs permettant la surveillance par transparence (type tubulures…).
Ils peuvent être utilisés pour la fixation de pansements «discrets» (notamment en chirurgie réparatrice et chirurgie de la face).
Description :
Support: film de type polyéthylène pouvant être occlusif, transparent.
Masse adhésive à base de polymères.
La prise en charge est assurée pour les sparadraps suivants:

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1374300	**Pansement, fixation, sparadrap, plastique > ou = 1250 cm2 et < 2500 cm2**	269	537
1382558	**Pansement, fixation, sparadrap, plastique > ou = 2500 cm2**	534	1 068

Autres sparadraps

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1398743	**Pansement, fixation, sparadrap, silicone, 3M, MICROPORE, 25mm × 5m.**	277	694

	Indications de prise en charge : MICROPORE Silicone est indiqué en cas de peau fragile ou fragilisée. Description Support: Non-tissé à base de fibres de rayonne et de polyester, avec liant en résine acrylique Masse adhésive: Gel Silicone Il ne contient pas de latex ni dans le produit, ni dans son emballage.		

1.4.2.1.4.2. Paragraphe 2 : Systèmes de maintien non adhésifs

Filets et jerseys tubulaires

Les filets et les jerseys tubulaires sont des gaines tricotées aérées, destinées au maintien des pansements. Les filets élastiques ou non, sont en polyester, nylon ou latex.
La prise en charge est assurée pour le maintien de tout type de pansement sur peau fragile.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1301850	**Pansement, filet tubulaire de maintien, rouleau, > ou = 1,5 m et < 20 m.** Filet tubulaire, le rouleau d'une longueur étirée > ou = 1,5 m et inférieure à 20 m.	912	
1371974	**Pansement, jersey tubulaire de maintien, pour tronc, rouleau, ¹ ou = 10 m.**	1 947	

Bandes de fixation

Bandes de fixation en crêpe en 100 % coton

Indications de prise en charge :
– maintien de pansements;
– fixation et protection de compresses et pansements;
– maintien/fixation de pansements, de compresses de gaze ou non tissées;
– capitonnage;
– immobilisation légère des membres lors de claquage, contracture…
Spécifications techniques :
Ces bandes de crêpes sont exclusivement composées de coton, elles sont tissées et leur élasticité est obtenue par un processus de torsion des fils de coton Masse surfacique minimale: > ou = 100 g par m2 selon la norme NF S 97-115.
Lisière: dites «anglaises» à deux fils de tours Tolérance: ± 1 cm pour les largeurs de 5 cm à 15 cm / ± 2 cm pour les largeurs de 20 cm
Elasticité: une bande de qualité normale s'allonge d'environ deux fois à trois fois sa longueur crêpée.
La longueur de quatre ou de cinq mètres est obtenue à l'étirage maximal, les fils de chaîne étant parallèles entre eux.
Rémanence: après une élongation normale d'utilisation pour pansement, la bande revient à sa longueur primitive à 20 % près
Empaquetage: présentation sous emballage individuel.
La prise en charge est assurée pour les bandes suivantes:

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1330633	**Pansement, fixation, bande, crêpe, coton, 4 m x 5 cm.**	121	146
1389603	**Pansement, fixation, bande, crêpe, coton, 4 m x 7 cm.**	149	178
1371030	**Pansement, fixation, bande, crêpe, coton, 4 m x 10 cm.**	190	228
1336340	**Pansement, fixation, bande, crêpe, coton, 4 m x 15 cm.**	280	335
1383010	**Pansement, fixation, bande, crêpe, coton, 5 m x 20 cm.**	452	542

Bandes de fixation en crêpe de coton et fibres synthétiques (synth)

Indications de prise en charge :
Contention rigide en traitement préventif (immobilisation partielle) et curatif (immobilisation complète) des lésions traumatiques articulaires, tendineuses, ligamentaires et musculaires.
Traitement orthopédique d'une déformation du pied…
Bande utilisée seule ou en association avec d'autres types de bandes (par exemple: en complément d'une contention adhésive souple pour renforcer sa force de contention et limiter l'amplitude du mouvement.).
Spécifications techniques :
Ces bandes de crêpes sont composées majoritairement de fibres coton/viscose avec adjonction d'élastomères dans la limite de 10 % de la composition. Elles sont tricotées et l'élasticité est obtenue par l'adjonction d'élastomère.
Masse surfacique minimale: > ou = 100 g par m2 selon la norme NF S 97-115
Ces bandes pour pansement ou bandage de maintien présentent une légère élasticité transversale.
Lisière: deux véritables lisières tissées (vérification en cours)
Tolérance: ± 1 cm pour les largeurs de 5 cm à 15 cm Elasticité: > 100 %, c'est-à-dire qu'une éprouvette de 50 cm détendue pendant vingt-quatre heures donne un étirage maximal de 100 cm.
Rémanence: après élongation normale d'utilisation pour pansement, la bande revient à sa longueur + 1 cm, soit une rémanence de 2 %
Empaquetage: présentation sous emballage individuel.
La prise en charge est assurée pour les bandes suivantes:

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1307054	**Pansement, fixation, bande, crêpe, coton/synth, 4 m × 5 cm.**	121	146
1321261	**Pansement, fixation, bande, crêpe, coton/synth, 4 m × 7 cm.**	159	191
1317153	**Pansement, fixation, bande, crêpe, coton/synth, 4 m × 10 cm.**	203	244
1333258	**Pansement, fixation, bande, crêpe, coton/synth, 4 m × 15 cm.**	296	354

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

1.4.2.1.4.3. Paragraphe 3 - Bandes de fixation extensibles

Bandes de fixation extensibles

Indications de prise en charge
– Maintien de pansements notamment sur peau péri-lésionnelle fragile.
Spécifications techniques
Les bandes extensibles tissées ou tricotées sont réalisées en matières synthétiques et/ou naturelles, avec ou sans élastomère, dont l'allongement est supérieur ou égal à 70 % selon la norme NF 14704-1 pour pansements divers.
Masse surfacique minimale: > 28 g/m2 selon norme NF S 97-115.
Arrêt par deux vraies lisières ou procédés assurant une aussi bonne tenue de la bande.
Empaquetage individuel avec mention de la longueur étirée et de la largeur.
La prise en charge est assurée pour les bandes suivantes:

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1361728	**Pansement, fixation, bande, extensible, 3 m à l'étirage et largeur 5 cm.**	47	57
1333028	**Pansement, fixation, bande, extensible, 3 m à l'étirage et largeur 7 cm.**	67	82
1304363	**Pansement, fixation, bande, extensible, 3 m à l'étirage et largeur 10 cm.**	92	111
1385663	**Pansement, fixation, bande, extensible, 4 m à l'étirage et largeur 5 cm.**	57	68
1383530	**Pansement, fixation, bande, extensible, 4 m à l'étirage et largeur 7 cm.**	82	99
1332313	**Pansement, fixation, bande, extensible, 4 m à l'étirage et largeur 10 cm.**	111	134
1361154	**Pansement, fixation, bande, extensible, 4 m à l'étirage et largeur 15 cm.**	171	204
1363035	**Pansement, fixation, bande, extensible, 4 m à l'étirage et largeur 20 cm.**	232	277

Bandes de fixation extensibles auto-adhérentes

Indications de prise en charge :
- maintien de pansement sur toutes les parties du corps, et particulièrement sur les zones coniques et articulations ;
- fixation de différents dispositifs médicaux (ex : matériel de rembourrage pour l'orthopédie et la contention veineuse ; canules, tubulures sur peau fragile notamment; maintien d'attelles).

Spécifications techniques :
Les bandes extensibles tissées, tricotées ou non tissées, auto-adhérentes sont réalisées en matières synthétique et/ou naturelles dont l'allongement est supérieur ou égal à 40 % selon la norme NF 14704-1.
Masse surfacique minimale : > 28 g/m2 selon norme NF S 97-115.
La propriété auto-adhérente est assurée par une enduction de la bande à base de polymères adhésifs avec ou sans latex.

La bande n'adhère que sur elle-même.
Empaquetage individuel avec mention de la longueur étirée et de la largeur.
La prise en charge est assurée pour les bandes suivantes :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1318224	**Pansement, fixation, bande, extensible, autoadhé, 4 m étirage et largeur 2,5 cm.**	125	251
1373625	**Pansement, fixation, bande, extensible, autoadhé, 4 m étirage et largeur 4 cm.**	171	340
1336950	**Pansement, fixation, bande, extensible, autoadhé, 4 m étirage et largeur 5 cm.**	180	357
1320014	**Pansement, fixation, bande, extensible, autoadhé, 4 m étirage et largeur 6 cm.**	188	376
1361355	**Pansement, fixation, bande, extensible, autoadhé, 4 m étirage et largeur 7 cm.**	197	394
1340778	**Pansement, fixation, bande, extensible, autoadhé, 4 m étirage et largeur 8 cm.**	203	406
1351635	**Pansement, fixation, bande, extensible, autoadhé, 4 m étirage et largeur 10 cm.**	218	433
1337635	**Pansement, fixation, bande, extensible, autoadhé, 4 m étirage et largeur 12 cm.**	232	463

1.4.2.1.5. Sous-section 5 : Sets pour pansements

1.4.2.1.5.1. Paragraphe 1 : Set pour plaie post-opératoire

Sauf exigence particulière, les composants du set sont soumis aux mêmes spécifications techniques que lorsqu'ils sont, le cas échéant, individuellement inscrits sur la liste prévue aux articles LP 30 et 31 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée.
Le film adhésif semi-perméable stériles, de format supérieur au pansement primaire doit être imperméable aux bactéries et aux liquides et perméable à la vapeur d'eau.
La notice doit rappeler que l'utilisation d'un set doit s'accompagner du respect des règles d'hygiène, et en premier lieu d'une hygiène des mains par lavage ou par friction ; elle doit définir une procédure de mise en œuvre du set.
La composition des sets définis ci-dessous s'entend comme un minimum exigé, n'excluant pas la possibilité pour les fabricants d'ajouter des composants non expressément prévus mais pouvant être utiles dans certaines situations.
Les 2 pinces stériles peuvent être 2 pinces anatomiques ou 1 pince anatomique et 1 pince Kocher.
Le descriptif exact du contenu du set doit apparaître sur le conditionnement externe.
La prescription ne doit pas être renouvelée plus de 3 fois.
La substitution de dispositifs médicaux, dès lors qu'ils sont prescrits sous un nom de marque, n'est pas légalement autorisée, sauf avec l'accord exprès et préalable du prescripteur ou en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient.
La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1368908	**Set pour plaie post-opératoire, suturée non infectée, ≥ 5 cm et < 10 cm, 3 soins.** Set pour plaie post-opératoire, suturée non infectée, supérieure ou égal à 5 cm et inférieur à 10 cm regroupé dans une boîte pour 3 soins contenant au minimum : - 1 notice ; - 3 sacs collecteurs DASRI ; - 3 pansements adhésifs stériles de surface supérieure ou égale à 135 cm² et inférieure à 180 cm² avec compresse centrale absorbante de taille 35 mm × 100 mm minimum ; - 3 films adhésifs semi-perméables stériles, de format supérieur au pansement primaire ; - 3 barquettes rigides pour soins prévoyant chacune : ▪ compresses stériles de surface supérieure ou égale à 100 cm² ; ▪ 2 pinces stériles ; ▪ 1 champ imperméable absorbant 1 face, 30 × 45 cm minimum.	1 378	1 378
1370673	**Set pour plaie post-opératoire, suturée non infectée ≥ 5 cm et < 10 cm, 5 soins.** Set pour plaie post-opératoire, suturée non infectée, supérieure ou égal à 5 cm et inférieur à 10 cm regroupé dans une boîte pour 5 soins contenant au minimum : - 1 notice ; - 5 sacs collecteurs DASRI ; - 5 pansements adhésifs stériles de surface supérieure ou égale à 135 cm² et inférieure à 180 cm² avec compresse centrale absorbante de taille 35 mm × 100 mm minimum ; - 5 films adhésifs semi-perméables stériles, de format supérieur au pansement primaire ; - 5 barquettes rigides pour soins prévoyant chacune : ▪ 5 compresses stériles de surface supérieure ou égale à 100 cm² ; ▪ 2 pinces stériles ; ▪ 1 champ imperméable absorbant 1 face, 30 × 45 cm minimum.	2 297	2 297
1313882	**Set pour plaie post-opératoire, suturée non infectée, > 10 cm, 3 soins.** Set pour plaie post-opératoire, suturée non infectée, supérieure à 10 cm regroupé dans une boîte pour 3 soins contenant au minimum : - 1 notice ; - 3 sacs collecteurs DASRI ; - 3 pansements adhésifs stériles de surface supérieure ou égale à 180 cm² avec compresse centrale absorbante de taille 50 mm × 200 mm minimum ; - 3 films adhésifs semi-perméables stériles, de format supérieur au pansement primaire ; - 3 barquettes rigides pour soins prévoyant chacune : ▪ 10 compresses stériles de surface supérieure ou égale à 100 cm² ; ▪ 2 pinces stériles ;	1 757	1 757

	▪ 1 champ imperméable absorbant 1 face, 30 × 45 cm minimum.		
1383144	**Set pour plaie post-opératoire, suturée non infectée, > 10 cm, 5 soins.** Set pour plaie post-opératoire, suturée non infectée, supérieure à 10 cm regroupé dans une boîte pour 5 soins contenant au minimum : - 1 notice ; - 5 sacs collecteurs DASRI ; - 5 pansements adhésifs stériles de surface supérieure ou égale à 180 cm² avec compresse centrale absorbante de taille 50 mm × 200 mm minimum ; - 5 films adhésifs semi-perméables stériles, de format supérieur au pansement primaire ; - 5 barquettes rigides pour soins prévoyant chacune : ▪ 10 compresses stériles de surface supérieure ou égale à 100 cm² ; ▪ 2 pinces stériles ; ▪ 1 champ imperméable absorbant 1 face, 30 × 45 cm minimum.	2 926	2 926
1325589	**Set pour plaie postopératoire, suturée non infectée, < 5 cm, 3 soins.** Set pour plaie postopératoire, suturée non infectée, inférieure à 5 cm regroupé dans une boîte pour 3 soins contenant au minimum : - 1 notice ; - 3 sacs collecteurs DASRI ; - 3 pansements adhésifs stériles de surface supérieure ou égale à 70 cm² et inférieure à 135 cm² avec compresse centrale absorbante de taille 35 mm x 55 mm minimum ; - 3 films adhésifs semi-perméables stériles, de format supérieur au pansement primaire ; - 3 barquettes rigides pour soins prévoyant chacune : ▪ 5 compresses stériles de surface supérieure ou égale à 56 cm² et inférieure à 100 cm² ; ▪ 2 pinces stériles ; ▪ 1 champ imperméable absorbant 1 face, 30 x 45 cm minimum.	1 153	1 153

1.4.2.1.5.2. Paragraphe 2 : Set pour plaie chronique

Sauf exigence particulière, les composants du set sont soumis aux mêmes spécifications techniques que lorsqu'ils sont, le cas échéant, individuellement inscrits sur la liste prévue aux articles LP 30 et 31 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée.
Le film adhésif semi-perméable stérile, de dimensions adaptées, doit être imperméable aux bactéries et aux liquides et perméable à la vapeur d'eau.
La notice doit rappeler que l'utilisation d'un set doit s'accompagner du respect des règles d'hygiène, et en premier lieu d'une hygiène des mains par lavage ou par friction ; elle doit définir une procédure de mise en œuvre du set.
La composition des sets définis ci-dessous s'entend comme un minimum exigé, n'excluant pas la possibilité pour les fabricants d'ajouter des composants non expressément prévus mais pouvant être utiles dans certaines situations.

Les 2 pinces stériles peuvent être 2 pinces anatomiques ou 1 pince anatomique et 1 pince Kocher. Le descriptif exact du contenu du set doit apparaître sur le conditionnement externe.
La prescription ne doit pas être renouvelée plus de 3 fois.
La substitution de dispositifs médicaux, dès lors qu'ils sont prescrits sous un nom de marque, n'est pas légalement autorisée, sauf avec l'accord exprès et préalable du prescripteur ou en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient.
La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1349466	**Set de base pour plaie chronique, peau saine, ≤ 150 cm², 5 soins.** Set de base pour plaie chronique, d'une surface inférieure ou égale à 150 cm² avec peau péri-lésionnelle saine, regroupé dans une boîte pour 5 soins contenant au minimum : - 1 notice ; - 5 sacs collecteurs DASRI ; - 5 films adhésifs semi-perméables stériles de surface supérieure ou égale à 120 cm² et inférieure à 150 cm² ; - 5 barquettes stériles rigides pour soins prévoyant chacune : ▪ 5 compresses de surface supérieure ou égale à 100 cm² ; ▪ 2 pinces stériles ; ▪ 1 champ imperméable absorbant 1 face, 30 × 45 cm minimum. Le set peut, le cas échéant, contenir : - 5 sérums physiologiques stériles en monodoses ou flacons, conçus pour le lavage des plaies, 45 ml minimum ; - 2 stylets stériles d'exploration/méchage.	1 089	1 089
1352132	**Set de base pour plaie chronique, peau fragile/altérée, ≤ 150 cm², 5 soins.** Set de base pour plaie chronique, d'une surface inférieure ou égale à 150 cm² avec peau péri-lésionnelle fragile/altérée, regroupé dans une boîte pour 5 soins contenant au minimum : - 1 notice ; - 5 sacs collecteurs DASRI ; - 1 dispositif de fixation ; - 5 bandes de maintien de dimensions minimales : 4 m à l'étirage et largeur 0,07 m ; - 5 barquettes stériles rigides pour soins prévoyant chacune : ▪ 5 compresses de surface supérieure ou égale à 100 cm² ; ▪ 2 pinces stériles ; ▪ 1 champ imperméable absorbant 1 face, 30 × 45 cm minimum. Le set peut, le cas échéant, contenir : - 5 sérums physiologiques stériles en monodoses ou flacons, conçus pour le lavage des plaies, 45 ml minimum ; - 2 stylets stériles d'exploration/méchage.	788	788

1382883	**Set de base pour plaie chronique, peau saine, > 150 cm², 5 soins.** Set de base pour plaie chronique, d'une surface supérieure à 150 cm² et au moins adapté à une plaie de 300 cm² avec peau périlésionnelle saine, regroupé dans une boîte pour 5 soins contenant au minimum : - 1 notice ; - 5 sacs collecteurs DASRI ; - 5 films adhésifs semi-perméables stériles de surface supérieure ou égale à 150 cm² ; - 5 barquettes stériles rigides pour soins prévoyant chacune : ▪ 10 compresses de surface supérieure ou égale à 100 cm² ; ▪ 2 pinces stériles ; ▪ 1 champ imperméable absorbant 1 face, 30 × 45 cm minimum. Le set peut, le cas échéant, contenir : - 5 sérums physiologiques stériles en monodoses ou flacons, conçus pour le lavage des plaies, 100 ml minimum ; - 2 stylets stériles d'exploration/méchage.	1 511	1 511
1322869	**Set de base pour plaie chronique, peau fragile/altérée, > 150 cm², 5 soins.** Set de base pour plaie chronique, d'une surface supérieure à 150 cm² et au moins adapté à une plaie de 300 cm² avec peau périlésionnelle fragile/altérée, regroupé dans une boîte pour 5 soins contenant au minimum : - 1 notice ; - 5 sacs collecteurs DASRI ; - 1 dispositif de fixation ; - 5 bandes de maintien de dimensions minimales : 4 m à l'étirage et largeur 0,07 m ; - 5 barquettes stériles rigides pour soins prévoyant chacune : • 10 compresses de surface supérieure ou égale à 100 cm² ; • 2 pinces stériles ; • 1 champ imperméable absorbant 1 face, 30 × 45 cm minimum. Le set peut, le cas échéant, contenir : - 5 sérums physiologiques stériles en monodoses ou flacons, conçus pour le lavage des plaies, 100 ml minimum ; - 2 stylets stériles d'exploration/méchage.	1 026	1 026
1333324	**Set de détersion pour plaie chronique, peau saine ≤ 150 cm², 5 soins.** Set de détersion mécanique pour plaie chronique, d'une surface inférieure ou égale à 150 cm² avec peau périlésionnelle saine, regroupé dans une boîte pour 5 soins contenant au minimum : - 1 notice ; - 5 sacs collecteurs DASRI ; - 5 films adhésifs semi-perméables stériles de surface supérieure ou égale à 120 cm² et inférieure à 150 cm² ; - 5 barquettes stériles rigides pour soins prévoyant chacune : • 5 compresses de gaze hydrophile de surface supérieure ou égale à 100 cm² ; • 2 pinces stériles ;	1089	1089

	• 1 champ imperméable absorbant 1 face, 30 × 45 cm minimum. Le set peut, le cas échéant, contenir : - 5 sérums physiologiques stériles en monodoses ou flacons, conçus pour le lavage des plaies, 45 ml minimum ; - 2 stylets stériles d'exploration/méchage ; - 2 bistouris stériles à usage unique ; - 3 curettes stériles.		
1319229	**Set de détersion pour plaie chronique, peau fragile/altérée, ≤ 150 cm², 5 soins.** Set de détersion mécanique pour plaie chronique, d'une surface inférieure ou égale à 150 cm² avec peau périlésionnelle fragile/altérée, regroupé dans une boîte pour 5 soins contenant au minimum : - 1 notice ; - 5 sacs collecteurs DASRI ; - 5 bandes de maintien de dimensions minimales : 4 m à l'étirage et largeur 0,07 m ; - 5 barquettes stériles rigides pour soins prévoyant chacune : • 5 compresses gaze hydrophile de surface supérieure ou égale à 100 cm² ; • 2 pinces stériles ; • 1 champ imperméable absorbant 1 face, 30 × 45 cm minimum. Le set peut, le cas échéant, contenir : - 5 sérums physiologiques stériles en monodoses ou flacons, conçus pour le lavage des plaies, 45 ml minimum ; - 2 stylets stériles d'exploration/méchage ; - 1 dispositif de fixation ; - 2 bistouris stériles à usage unique ; - 3 curettes stériles.	788	788
1380915	**Set de détersion pour plaie chronique, peau saine, > 150 cm², 5 soins.** Set de détersion mécanique pour plaie chronique, d'une surface supérieure à 150 cm² et au moins adapté à une plaie de 300 cm² avec peau périlésionnelle saine, regroupé dans une boîte pour 5 soins contenant au minimum : - 1 notice ; - 5 sacs collecteurs DASRI ; - 5 films adhésifs semi-perméables stériles de surface supérieure ou égale à 150 cm² ; - 5 barquettes stériles rigides pour soins prévoyant chacune : • 10 compresses de gaze hydrophile de surface supérieure ou égale à 100 cm² ; • 2 pinces stériles ; • 1 champ imperméable absorbant 1 face, 30 × 45 cm minimum. Le set peut, le cas échéant, contenir : - 5 sérums physiologiques stériles en monodoses ou flacons, conçus pour le lavage des plaies, 100 ml minimum ; - 2 stylets stériles d'exploration/méchage ; - 2 bistouris stériles à usage unique ;	1511	1511

	- 3 curettes stériles.		
1326057	**Set de détersion pour plaie chronique, peau fragile/altérée, > 150 cm², 5 soins.** Set de détersion mécanique pour plaie chronique, d'une surface supérieure à 150 cm² et au moins adapté à une plaie de 300 cm² avec peau périlésionnelle fragile/altérée, regroupé dans une boîte pour 5 soins contenant au minimum : - 1 notice ; - 5 sacs collecteurs DASRI ; - 5 bandes de maintien de dimensions minimales : 4 m à l'étirage et largeur 0,07 m ; - 5 barquettes stériles rigides pour soins prévoyant chacune : • 10 compresses gaze hydrophile de surface supérieure ou égale à 100 cm² ; • 2 pinces stériles ; • 1 champ imperméable absorbant 1 face, 30 × 45 cm minimum. Le set peut, le cas échéant, contenir : - 5 sérums physiologiques stériles en monodoses ou flacons, conçus pour le lavage des plaies, 100 ml minimum ; - 2 stylets stériles d'exploration/méchage ; - 1 dispositif de fixation ; - 2 bistouris stériles à usage unique ; - 3 curettes stériles.	1026	1026

1.4.2.2. Section 2. - Matériels de contention et de compression vasculaires

1.4.2.2.1. Sous-section 1 : Bandes élastiques de contention

Les bandes sont conformes au référentiel technique élaboré par l'Association pour la Promotion de l'Assurance Qualité dans la filière textile-habillement (ASQUAL) et sont fabriquées par des sociétés certifiées selon les normes EN 29 001 ou en 29 002.
Les bandes sont certifiées conformes par un organisme certificateur compétent et indépendant.

1.4.2.2.1.1. Paragraphe 1 : Bandes de contention élastiques en 1 (un) sens en largeur et en largeur et longueur

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1318052	**Bandes de contention élastiques en 1 sens : V18 en 7 ou 8 cm de large.**	336	
1397620	**Bandes de contention élastiques en 1 sens : V18 en 10 cm de large.**	424	
1306110	**Bandes de contention élastiques en 1 sens : V19 en 7 ou 8 cm de large, 1 m de long**	444	
1371282	**Bandes de contention élastiques en 1 sens : V19 en 7 ou 8 cm de large, 1,5 m de long**	667	
1385025	**Bandes de contention élastiques en 1 sens : V19 en 7 ou 8 cm de large, 2,5 m de long**	1 111	
1324957	**Bandes de contention élastiques en 1 sens : V19 en 7 ou 8 cm de large, 3 m de long**	1 332	

1325891	**Bandes de contention élastiques en 1 sens : V19 en 7 ou 8 cm de large, 3,5 m de long**	1 554	
1322208	**Bandes de contention élastiques en 1 sens : V19 en 10 cm de large, 1 m de long**	542	
1330231	**Bandes de contention élastiques en 1 sens : V19 en 10 cm de large, 1,5 m de long**	813	
1355857	**Bandes de contention élastiques en 1 sens : V19 en 10 cm de large, 2,5 m de long**	1 355	
1345971	**Bandes de contention élastiques en 1 sens : V19 en 10 cm de large, 3 m de long**	1 626	
1395839	**Bandes de contention élastiques en 1 sens : V19 en 10 cm de large, 3,5 m de long**	1 897	
1303889	**Bandes de contention élastiques en 1 sens : V20 en 8 cm de large, 1 m de long**	424	
1327826	**Bandes de contention élastiques en 1 sens : V20 en 8 cm de large, 1,5 m de long**	637	
1329268	**Bandes de contention élastiques en 1 sens : V20 en 8 cm de large, 3 m de long**	1 272	
1380298	**Bandes de contention élastiques en 1 sens : V20 en 8 cm de large, 5 m de long**	2 119	
1332307	**Bandes de contention élastiques en 1 sens : V20 en 10 cm de large, 1 m de long**	510	
1320103	**Bandes de contention élastiques en 1 sens : V20 en 10 cm de large, 1,5 m de long**	767	
1352712	**Bandes de contention élastiques en 1 sens : V20 en 10 cm de large, 3 m de long**	1 531	
1322384	**Bandes de contention élastiques en 1 sens : V20 en 10 cm de large, 5 m de long**	2 552	
1387426	**Bandes de contention élastiques en 1 sens : V21 en 8 cm de large, 1 m de long**	549	
1370934	**Bandes de contention élastiques en 1 sens : V21 en 8 cm de large, 3 m de long**	1 646	
1340301	**Bandes de contention élastiques en 1 sens : V21 en 10 cm de large, 1 m de long**	674	
1332508	**Bandes de contention élastiques en 1 sens : V21 en 10 cm de large, 3 m de long**	2 020	
1389307	**Bandes de contention élastiques en 1 sens : V22 en 8 cm de large, 1 m de long**	523	
1313528	**Bandes de contention élastiques en 1 sens : V22 en 8 cm de large, 1,5 m de long**	783	
1393987	**Bandes de contention élastiques en 1 sens : V22 en 8 cm de large, 3 m de long**	1 567	
1311966	**Bandes de contention élastiques en 1 sens : V22 en 8 cm de large, 3,5 m de long**	1 827	
1365146	**Bandes de contention élastiques en 1 sens : V22 en 8 cm de large, 5 m de long**	2 611	
1389052	**Bandes de contention élastiques en 1 sens : V22 en 10 cm de large, 1 m de long**	647	
1334482	**Bandes de contention élastiques en 1 sens : V22 en 10 cm de large, 1,5 m de long**	971	
1340873	**Bandes de contention élastiques en 1 sens : V22 en 10 cm de large, 3 m de long**	1 940	
1399180	**Bandes de contention élastiques en 1 sens : V22 en 10 cm de large, 3,5 m de long**	2 265	

1317555	**Bandes de contention élastiques en 1 sens : V22 en 10 cm de large, 5 m de long**	3 234	

1.4.2.2.1.2. Paragraphe 2 : Bandes de contention élastiques en tout sens

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1317472	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V23 en 9 ou 10 cm de large, 1 m de long**	1 109	
1349414	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V23 en 9 ou 10 cm de large, 1,5 m de long**	1 664	
1346143	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V23 en 9 ou 10 cm de large, 3,5 m de long**	3 882	
1395147	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V24 en 8 cm de large, 1 m de long**	750	
1344629	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V24 en 8 cm de large, 1,5 m de long**	1 126	
1331934	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V24 en 8 cm de large, 3 m de long**	2 250	
1307309	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V24 en 8 cm de large, 3,5 m de long**	2 625	
1398499	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V24 en 8 cm de large, 4 m de long**	2 999	
1377540	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V24 en 8 cm de large, 5 m de long**	3 749	
1317354	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V24 en 10 cm de large, 1 m de long**	940	
1315177	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V24 en 10 cm de large, 1,5 m de long**	1 410	
1301117	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V24 en 10 cm de large, 3 m de long**	2 818	
1331733	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V24 en 10 cm de large, 3,5 m de long**	3 289	
1358330	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V24 en 10 cm de large, 4 m de long**	3 757	
1321835	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V24 en 10 cm de large, 5 m de long**	4 697	
1366105	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V24 en 12 cm de large, 1 m de long**	1 137	
1319130	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V24 en 12 cm de large, 1,5 m de long**	1 706	
1315220	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V24 en 12 cm de large, 2,5 m de long**	2 843	
1344061	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V24 en 12 cm de large, 3,5 m de long**	3 981	
1322355	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V25 en 8 cm de large, 1 m de long**	715	
1388242	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V25 en 8 cm de large, 1,5 m de long**	1 073	
1349147	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V25 en 8 cm de large, 3 m de long**	2 145	
1394202	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V25 en 8 cm de large, 3,5 m de long**	2 502	

1345362	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V25 en 8 cm de large, 4 m de long**	2 860	
1327217	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V25 en 8 cm de large, 5 m de long**	3 575	
1397896	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V25 en 10 cm de large, 1 m de long**	898	
1368587	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V25 en 10 cm de large, 1,5 m de long**	1 347	
1378858	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V25 en 10 cm de large, 3 m de long**	2 693	
1372689	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V25 en 10 cm de large, 3,5 m de long**	3 143	
1325460	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V25 en 10 cm de large, 4 m de long**	3 591	
1381100	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V25 en 10 cm de large, 5 m de long**	4 489	
1322237	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V25 en 12 cm de large, 1 m de long**	1 074	
1361480	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V25 en 12 cm de large, 1,5 m de long**	1 611	
1384451	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V25 en 12 cm de large, 2,5 m de long**	2 685	
1374872	**Bandes de contention élastiques en tout sens : V25 en 12 cm de large, 3,5 m de long**	3 759	

1.4.2.2.1.3. Paragraphe 3 : Bandes de contention thoraciques ou abdominales

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1366996	**Bandes de contention thoraciques ou abdominales : V26 en 18 cm de large, 1 m de long**	913	
1377988	**Bandes de contention thoraciques ou abdominales : V26 en 18 cm de large, 1,5 m de long**	1 370	
1341370	**Bandes de contention thoraciques ou abdominales : V26 en 18 cm de large, 2,5 m de long**	2 283	
1397940	**Bandes de contention thoraciques ou abdominales : V26 en 25 cm de large, 1 m de long**	1 330	
1375216	**Bandes de contention thoraciques ou abdominales : V26 en 25 cm de large, 1,5 m de long**	1 995	
1324510	**Bandes de contention thoraciques ou abdominales : V26 en 25 cm de large, 2,5 m de long**	3 325	

1.4.2.2.1.4. Paragraphe 4 : « Bandes de compression veineuse à allongement court »

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1346574	**Bandes de compression veineuse, LOHMANN, ROSIDAL K, 5m x 4cm.** DESCRIPTION Bande de compression veineuse sèche à allongement court (environ 90% d'allongement).	849	849

	Lavable 50 fois à 40°C ou jusqu'à 15 fois à 95°C. Elle est donc réutilisable sur une période d'environ 12 semaines. Le conditionnement est unitaire. INDICATIONS Traitement de l'ulcère d'origine veineuse ou à composante veineuse prédominante (stade C6 de l'insuffisance veineuse chronique) avec un indice de pression systolique supérieur à 0,8. REFERENCE PRISE EN CHARGE : 22199		
1314746	**Bandes de compression veineuse, LOHMANN, ROSIDAL K, 5m x 6cm.** DESCRIPTION Bande de compression veineuse sèche à allongement court (environ 90% d'allongement). Lavable 50 fois à 40°C ou jusqu'à 15 fois à 95°C. Elle est donc réutilisable sur une période d'environ 12 semaines. Le conditionnement est unitaire. INDICATIONS Traitement de l'ulcère d'origine veineuse ou à composante veineuse prédominante (stade C6 de l'insuffisance veineuse chronique) avec un indice de pression systolique supérieur à 0,8. REFERENCE PRISE EN CHARGE : 22200	1 653	1 653
1359714	**Bandes de compression veineuse, LOHMANN, ROSIDAL K, 5m x 8cm.** DESCRIPTION Bande de compression veineuse sèche à allongement court (environ 90% d'allongement). Lavable 50 fois à 40°C ou jusqu'à 15 fois à 95°C. Elle est donc réutilisable sur une période d'environ 12 semaines. Le conditionnement est unitaire. INDICATIONS Traitement de l'ulcère d'origine veineuse ou à composante veineuse prédominante (stade C6 de l'insuffisance veineuse chronique) avec un indice de pression systolique supérieur à 0,8. REFERENCE PRISE EN CHARGE : 22201	2 186	2 186
1312598	**Bandes de compression veineuse, LOHMANN, ROSIDAL K, 5m x10cm.** DESCRIPTION Bande de compression veineuse sèche à allongement court (environ 90% d'allongement). Lavable 50 fois à 40°C ou jusqu'à 15 fois à 95°C. Elle est donc réutilisable sur une période d'environ 12 semaines. Le conditionnement est unitaire. INDICATIONS Traitement de l'ulcère d'origine veineuse ou à composante veineuse prédominante (stade C6 de l'insuffisance veineuse chronique) avec un indice de pression systolique supérieur à 0,8. REFERENCE PRISE EN CHARGE : 22202	2 522	2 522

1352741	**Bandes de compression veineuse, LOHMANN, ROSIDAL K, 5m x12cm.** DESCRIPTION Bande de compression veineuse sèche à allongement court (environ 90% d'allongement). Lavable 50 fois à 40°C ou jusqu'à 15 fois à 95°C. Elle est donc réutilisable sur une période d'environ 12 semaines. Le conditionnement est unitaire. INDICATIONS Traitement de l'ulcère d'origine veineuse ou à composante veineuse prédominante (stade C6 de l'insuffisance veineuse chronique) avec un indice de pression systolique supérieur à 0,8. REFERENCE PRISE EN CHARGE : 22203	2 745	2 745
1328518	**Bandes de compression veineuse, LOHMANN, ROSIDAL K, 10m x 10cm.** DESCRIPTION Bande de compression veineuse sèche à allongement court (environ 90% d'allongement). Lavable 50 fois à 40°C ou jusqu'à 15 fois à 95°C. Elle est donc réutilisable sur une période d'environ 12 semaines. Le conditionnement est unitaire. INDICATIONS Traitement de l'ulcère d'origine veineuse ou à composante veineuse prédominante (stade C6 de l'insuffisance veineuse chronique) avec un indice de pression systolique supérieur à 0,8. REFERENCE PRISE EN CHARGE : 22206	2 921	2 921
1387030	**Bandes de compression veineuse, LOHMANN, ROSIDAL K, 10m x 12cm.** DESCRIPTION Bande de compression veineuse sèche à allongement court (environ 90% d'allongement). Lavable 50 fois à 40°C ou jusqu'à 15 fois à 95°C. Elle est donc réutilisable sur une période d'environ 12 semaines. Le conditionnement est unitaire. INDICATIONS Traitement de l'ulcère d'origine veineuse ou à composante veineuse prédominante (stade C6 de l'insuffisance veineuse chronique) avec un indice de pression systolique supérieur à 0,8. REFERENCE PRISE EN CHARGE : 22205	3 121	3 121

1.4.2.2.1.5. Paragraphe 5 : Système compressif multicouche

Société Smith & Nephew SAS (Smith&N)

La prise en charge de PROFORE est assurée en cas d'ulcère d'origine veineuse ou à composante veineuse prédominante (stade C6 de l'insuffisance veineuse chronique) avec un indice de pression systolique supérieur à 0,8.

PROFORE peut être laissé en place sur la jambe jusqu'à 7 jours maximum. En début de traitement, il doit être renouvelé autant de fois que le niveau d'exsudat le nécessite, ou lorsque la circonférence de la cheville évolue (oedème).
Le bandage multicouche est une technique complexe qui nécessite une formation préalable du personnel soignant.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1302967	**Système multicouche compressif, Smith&N, PROFORE, < 18 cm.** Il comprend au minimum : une interface stérile non adhérente à la plaie, deux bandes de ouate et une bande de crêpe (protection et absorption des exsudats), une bande compressive élastique et une bande cohésive (maintien des couches en place et compression supplémentaire). Ce code ne peut pas être associé aux codes 1371030, 1399180 et 1355857.	3 458	
1330277	**Système multicouche compressif, Smith&N, PROFORE, 18-25 cm.** Il comprend au minimum : une interface stérile non adhérente à la plaie, une bande de ouate et une bande de crêpe (protection et absorption des exsudats), une bande compressive élastique et une bande cohésive (maintien des couches en place et compression supplémentaire). Ce code ne peut pas être associé aux codes 1371030, 1399180 et 1355857.	3 458	
1351173	**Système multicouche compressif, Smith&N, PROFORE, 25-30 cm.** Il comprend au minimum : une interface stérile non adhérente à la plaie, une bande de ouate (protection et absorption des exsudats), une bande compressive élastique et une bande cohésive (maintien des couches en place et compression supplémentaire). Ce code ne peut pas être associé aux codes 1397620 et 1355857.	2 365	
1340152	**Système multicouche compressif, Smith&N, PROFORE, > 30 cm.** Il comprend au minimum : une interface stérile non adhérente à la plaie, une bande de ouate (protection et absorption des exsudats), deux bandes compressives élastiques et une bande cohésive (maintien des couches en place et compression supplémentaire). Ce code ne peut pas être associé aux codes 1399180, 1397620 et 1355857	4 402	

Société BAUERFEIND FRANCE SARL (BAUERFEIND)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1306310	**Système compression veineuse, BAUERFEIND, VENOTRAIN ULCERTEC 39.** DESCRIPTION VENOTRAIN ULCERTEC 39 contient : 1 sur-bas nature (23-27 mmHg) de classe III pointe du pied ouverte ; 2 sous-bas blancs (10 mmHg) de classe I pointe du pied fermée ; 1 aide à l'enfilage ;	13 300	13 300

	1 notice. VENOTRAIN ULCERTEC 39 est un système de bas de compression médicale composé de 2 bas de compression médicale superposés : un sous-bas et un sur-bas. Le sous-bas sert à maintenir la compresse de manière optimale. Le sur-bas remplace la bande de compression. La force de compression du sous-bas est de 10 mmHg (classe I). Le sur-bas garantit une pression constante pendant tout le temps du port : 23 à 27 mmHg (classe III). INDICATIONS Ulcère d'origine veineuse ou à composante veineuse prédominante (stade C6 de la classification CEAP) avec un indice de pression systolique supérieur à 0,9. REFERENCES PRISES EN CHARGE 4046445328879 ; 4046445328862 ; 4046445328855 ; 4046445328886; 4046445328848 ; 4046445328923; 4046445328916 ; 4046445328909 ; 4046445328930 ; 4046445328893 ; 4046445872310 ; 4046445872327 ; 4046445872334 ; 4046445872341 ; 4046445872358 ; 4046445872365 ; 4046445872372 ; 4046445872389 ; 4046445872396 ; 4046445872402 ; 4046445872419 ; 4046445872426 ; 4046445872433 ; 4046445872440 ; 4046445872457 ; 4046445872464 ; 4046445872471 ; 4046445872488 ; 4046445872495 ; 4046445872501.		
1367412	**Système compression veineuse, BAUERFEIND, VENOTRAIN ULCERTEC 46.** DESCRIPTION VENOTRAIN ULCERTEC 46 contient : 1 sur-bas nature (23-27 mmHg) de classe III pointe du pied ouverte ; 2 sous-bas blancs (18 mmHg) de classe II pointe du pied fermée ; 1 aide à l'enfilage ; 1 notice. VENOTRAIN ULCERTEC 46 est un système de bas de compression médicale composé de 2 bas de compression médicale superposés : un sous-bas et un sur-bas. Le sous-bas sert à maintenir la compresse de manière optimale. Le sur-bas remplace la bande de compression. La force de compression du sous-bas est de 18 mmHg (classe II). Le sur-bas garantit une pression constante pendant tout le temps du port : 23 à 27 mmHg (classe III). INDICATIONS Ulcère d'origine veineuse ou à composante veineuse prédominante (stade C6 de la classification CEAP) avec un indice de pression systolique supérieur à 0,9. REFERENCES PRISES EN CHARGE 4046445329074 ; 4046445329067 ; 4046445329050 ; 4046445329081; 4046445329043 ; 4046445329128; 4046445329111 ; 4046445329104 ; 4046445329135 ; 4046445329098 ; 4046445872518 ; 4046445872525 ; 4046445872532 ; 4046445872549 ; 4046445872556 ; 4046445872563 ; 4046445872570 ; 4046445872587 ; 4046445872594 ; 4046445872600 ; 4046445872617 ; 4046445872624 ; 4046445872631 ; 4046445872648 ; 4046445872655 ;	13 300	13 300

	4046445872662 ; 4046445872679 ; 4046445872686 ; 4046445872693 ; 4046445872709.		

Laboratoires LOHMANN & RAUSCHER S.A.S. (LOHMANN)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1338557	**Kit de compression veineuse, LOHMANN, ROSIDAL SYS.** DESCRIPTION Bandes lavables 50 fois à 40°C ou jusqu'à 15 fois à 95°C. Elles sont donc réutilisables sur une période d'environ 12 semaines. INDICATIONS Traitement de l'ulcère d'origine veineuse ou à composante veineuse prédominante (stade C6 de l'insuffisance veineuse chronique) avec un indice de pression systolique supérieur à 0,8. Le kit est composé de bandes de compression veineuse à allongement court ROSIDAL K et d'autres éléments permettant la réalisation d'un bandage de compression : - 1x TG : jersey tubulaire (67% coton blanchi, 33% viscose) - 4x ROSIDAL SOFT : bande de rembourrage en mousse de polyuréthane - 4x ROSIDAL K : bande de compression (100% Coton) - 1x POROFIX : sparadrap (viscose + adhésif) - 1x MOLLELAST HAFT : bande de fixation cohésive pour la fixation du bandage REFERENCE PRISE EN CHARGE 16984	17 041	17 041

Laboratoires URGO (URGO)

La prise en charge de URGO K2 et URGO K2 LATEX FREE est assurée en cas d'ulcère d'origine veineuse ou à composante veineuse prédominante (stade C6 de l'insuffisance veineuse chronique) avec un indice de pression systolique supérieur à 0,8.
URGO K2 et URGO K2 LATEX FREE peuvent être laissés en place sur la jambe jusqu'à 7 jours maximum. En début de traitement, ils doivent être renouvelés autant de fois que le niveau d'exsudat le nécessite, ou lorsque la circonférence de la cheville évolue (œdème).
Le bandage multicouche est une technique complexe qui nécessite une formation préalable du personnel soignant. URGO K2 contient du latex.
URGO K2 LATEX FREE ne contient pas de latex et est donc destiné aux patients pour lesquels une sensibilité au latex est suspectée ou a fortiori avérée.
La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1349058	**Système compression veineuse, URGO, URGO K2 18-25 cm, lg 8 cm**	2 702	

	Le système compressif ou kit URGO K2 bibandes est composé d'une bande KTech associant une ouate à un tricot compressif et une bande compressive tissée et cohésive KPress. Références prises en charge : - taille cheville 18-25 cm : 1 bande Ktech, dimensions 8 cm × 6 m et 1 bande KPress, dimensions 8 cm × 7,5 m.		
1335323	**Système compression veineuse, URGO, URGO K2 18-25 cm, lg 10 cm** Le système compressif ou kit URGO K2 bibandes est composé d'une bande KTech associant une ouate à un tricot compressif et d'une bande compressive tissée et cohésive KPress. Références prises en charge : - taille cheville 18-25 cm : 1 bande Ktech, dimensions 10 cm × 6 m et 1 bande KPress, dimensions 10 cm × 7,5 m.	2 956	
1390977	**Système compression veineuse, URGO, URGO K2 18-25 cm, lg 12 cm.** Le système compressif ou kit URGO K2 bibandes est composé d'une bande KTech associant une ouate à un tricot compressif et une bande compressive tissée et cohésive KPress. Références prises en charge : - taille cheville 18-25 cm : 1 bande Ktech, dimensions 12 cm × 6 m et 1 bande KPress, dimensions 12 cm × 7,5 m.	3 094	
1378410	**Système compression veineuse, URGO, URGO K2 18-25 cm, lg 8 cm.** Le système compressif ou kit URGO K2 bibandes est composé d'une bande KTech associant une ouate à un tricot compressif et une bande compressive tissée et cohésive KPress. Références prises en charge : - taille cheville 25-32 cm : 1 bande Ktech, dimensions 8 cm × 7,3 m et 1 bande KPress, dimensions 8 cm × 10,5 m.	3 129	
1367961	**Système compression veineuse, URGO, URGO K2 18-25 cm, lg 10 cm.** Le système compressif ou kit URGO K2 bibandes est composé d'une bande KTech associant une ouate à un tricot compressif et une bande compressive tissée et cohésive KPress. Références prises en charge : - taille cheville 25-32 cm : 1 bande Ktech, dimensions 10 cm × 7,3 m et 1 bande KPress, dimensions 10 cm × 10,5 m.	3 336	
1387202	**Système compression veineuse, URGO, URGO K2 25-32 cm, lg 12 cm** Le système compressif ou kit URGO K2 bibandes est composé d'une bande KTech associant une ouate à un tricot compressif et une bande compressive tissée et cohésive KPress. Références prises en charge : - taille cheville 25-32 cm : bande 1 Ktech, dimensions 12 cm × 7,3 m et 1 bande KPress, dimensions 12 cm × 10,5 m.	3 576	
1324791	**Système compression veineuse, URGO, URGO K2 LATEX FREE 18-25 cm, lg 10 cm**	2 956	

	Le système compressif ou kit URGO K2 bibandes est composé d'une bande KTech associant une ouate à un tricot compressif et une bande compressive tissée et cohésive KPress LATEX Free. Références prises en charge : - taille cheville 18-25 cm : 1 bande Ktech, dimensions 10 cm × 6 m et 1 bande KPress Latex Free, dimensions 10 cm × 7 m.		
1324213	**Système compression veineuse, URGO, URGO K2 LATEX FREE 25-32 cm, lg 10 cm** Le système compressif ou kit URGO K2 bibandes est composé d'une bande KTech associant une ouate à un tricot compressif et une bande compressive tissée et cohésive KPress LATEX Free. Références prises en charge : - taille cheville 25-32 cm : 1 bande Ktech, dimensions 10 cm × 7,3 m et 1 bande KPress Latex Free, dimensions 10 cm × 10 m.	3 423	

3M France SAS (3M)

La prise en charge de 3M COBAN 2 est assurée en cas d'ulcère d'origine veineuse ou à composante veineuse prédominante (stade C6 de l'insuffisance veineuse chronique) avec un indice de pression systolique supérieur à 0,8.
3M COBAN 2 peut être laissé en place sur la jambe jusqu'à 7 jours maximum. En début de traitement, il doit être renouvelé autant de fois que le niveau d'exsudat le nécessite, ou lorsque la circonférence de la cheville évolue (oedème).
Le bandage multicouche est une technique complexe qui nécessite une formation préalable du personnel soignant.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1381286	**Système compression veineuse, 3M, 3M COBAN 2** Le système compressif ou kit 3M COBAN 2 bi-bandes est exempt de latex et composé d'une bande interne semi-cohésive composée de mousse de polyuréthane et d'une bande externe cohésive compressive non tissée. Référence prise en charge : 2094 : 1 bande interne, dimensions : largeur 10 cm × longueur 2,70 m et 1 bande externe, dimensions : largeur 10 cm × longueur (étirée) 4,70 m.	3 733	

Société THUASNE (THUASNE)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1326689	**Système compression veineuse multitype, THUASNE, KIT BIFLEX < 25cm** DESCRIPTION Le KIT BIFLEX, bandage multitype, est composé de deux bandes compressives sèches différentes en textile et lavables : – une première bande de compression, de type élastique à allongement court (étirement maximum compris entre 10 et 100%), sans latex (92% de microfibre polyester, 7,5% de fibrose, 0,5% d'élasthanne) ;	7 980	7 980

	– une seconde bande élastique de type allongement court (étirement maximum compris entre 10 et 100%), sans latex (40% de viscose, 39,5% de polyester, 17,5% de polyamide, 3% d'élasthanne). Quatre attaches auto-agrippantes assurent le maintien en place du bandage (2 attaches supplémentaires de secours sont fournies en cas de perte). INDICATION Ulcère d'origine veineuse ou à composante veineuse prédominante (stade C6 de l'insuffisance veineuse chronique) avec un indice de pression systolique supérieur à 0,8. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Le KIT BIFLEX peut être laissé en place sur la jambe jusqu'à 7 jours maximum. En début de traitement, il doit être repositionné (bandes lavables jusqu'à trois fois) ou renouvelé autant de fois que le niveau d'exsudat le nécessite, ou lorsque la circonférence de la cheville évolue (œdème). Pour l'entretien et avant repositionnement, les bandes sont lavées en machine (lavables jusqu'à trois fois à 40°C), sans détergent ni eau de javel, et séchées à plat loin d'une source de chaleur. Enfin, le bandage multicouche est une technique complexe qui nécessite une formation préalable du personnel soignant. REFERENCE PRISE EN CHARGE 17005020199999 (taille 1)		
1313238	**Système compression veineuse multitype, THUASNE, KIT BIFLEX 25-30cm** DESCRIPTION Le KIT BIFLEX, bandage multitype, est composé de deux bandes compressives sèches différentes en textile et lavables : – une première bande de compression, de type élastique à allongement court (étirement maximum compris entre 10 et 100%), sans latex (92% de microfibre polyester, 7,5% de fibrose, 0,5% d'élasthanne) ; – une seconde bande élastique de type allongement court (étirement maximum compris entre 10 et 100%), sans latex (40% de viscose, 39,5% de polyester, 17,5% de polyamide, 3% d'élasthanne). Quatre attaches auto-agrippantes assurent le maintien en place du bandage (2 attaches supplémentaires de secours sont fournies en cas de perte). INDICATION Ulcère d'origine veineuse ou à composante veineuse prédominante (stade C6 de l'insuffisance veineuse chronique) avec un indice de pression systolique supérieur à 0,8. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Le KIT BIFLEX peut être laissé en place sur la jambe jusqu'à 7 jours maximum. En début de traitement, il doit être repositionné (bandes lavables jusqu'à trois fois) ou renouvelé autant de fois que le niveau d'exsudat le nécessite, ou lorsque la circonférence de la cheville évolue (œdème). Pour l'entretien et avant repositionnement, les bandes sont lavées en machine (lavables jusqu'à trois fois à 40°C), sans détergent ni eau de javel, et séchées à plat loin d'une source de chaleur. Enfin, le bandage multicouche est une technique complexe qui nécessite une formation préalable du personnel soignant.	8 479	8 479

	REFERENCE PRISE EN CHARGE 17005020299999 (taille 2)		
1314769	**Système compression veineuse multitype, THUASNE, KIT BIFLEX > 30cm** DESCRIPTION Le KIT BIFLEX, bandage multitype, est composé de deux bandes compressives sèches différentes en textile et lavables : – une première bande de compression, de type élastique à allongement court (étirement maximum compris entre 10 et 100%), sans latex (92% de microfibre polyester, 7,5% de fibrose, 0,5% d'élasthanne) ; – une seconde bande élastique de type allongement court (étirement maximum compris entre 10 et 100%), sans latex (40% de viscose, 39,5% de polyester, 17,5% de polyamide, 3% d'élasthanne). Quatre attaches auto-agrippantes assurent le maintien en place du bandage (2 attaches supplémentaires de secours sont fournies en cas de perte). INDICATION Ulcère d'origine veineuse ou à composante veineuse prédominante (stade C6 de l'insuffisance veineuse chronique) avec un indice de pression systolique supérieur à 0,8. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Le KIT BIFLEX peut être laissé en place sur la jambe jusqu'à 7 jours maximum. En début de traitement, il doit être repositionné (bandes lavables jusqu'à trois fois) ou renouvelé autant de fois que le niveau d'exsudat le nécessite, ou lorsque la circonférence de la cheville évolue (œdème). Pour l'entretien et avant repositionnement, les bandes sont lavées en machine (lavables jusqu'à trois fois à 40°C), sans détergent ni eau de javel, et séchées à plat loin d'une source de chaleur. Enfin, le bandage multicouche est une technique complexe qui nécessite une formation préalable du personnel soignant. REFERENCE PRISE EN CHARGE 17005020399999 (taille 3)	8 811	8 811

1.4.2.2.2. Sous-section 2 : Bandes en mousse pour capitonnage

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1328613	**Bandes en mousse pour capitonnage, tout modèle**	663	

1.4.2.2.3. Sous-section 3 : Coussins pour contention, pansements élasto-compressifs

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1312032	**Coussin pour contention, pansements élasto-compressifs, tout modèle.** Quel que soit le modèle, répondant aux spécifications techniques.	672	

1.4.2.2.4. Sous-section 4 - Bandes adhésives

1.4.2.2.4.1. Spécifications techniques :

Bandes adhésives inélastiques, pour une surface supérieure ou égale et inférieure (> ou = et <) et supérieure ou égale (> ou =) aux dimensions précisées. La surface de chaque référence correspond à sa surface nominale, avec une tolérance de 5 % maximum d'erreur.

1.4.2.2.4.2. Bandes adhésives inélastiques

Indications de prise en charge :
– Contention rigide en traitement préventif (immobilisation partielle) et curatif (immobilisation complète) des lésions traumatiques articulaires, tendineuses, ligamentaires et musculaires.
– Traitement orthopédique d'une déformation du pied
– Bande utilisée seule ou en association avec d'autres types de bandes (par exemple: en complément d'une contention adhésive souple pour renforcer sa force de contention et limiter l'amplitude du mouvement.).
Description :
Support textile non élastique de type coton, viscose, cellulose. Masse adhésive à base de polymères.
La prise en charge est assurée pour les bandes suivantes:

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1364030	**Contention, bande adhésive inélastique, > ou = 1875 cm2 et < 2285 cm2.**	221	
1317489	**Contention, bande adhésive inélastique, > ou = 2285 cm2 et < 2500 cm2.**	270	
1328665	**Contention, bande adhésive inélastique, > ou = 2500 cm2 et < 3000 cm2.**	296	
1307002	**Contention, bande adhésive inélastique, > ou = 3000 cm2 et < 5000 cm2.**	354	
1375386	**Contention, bande adhésive inélastique, > ou = 5000 cm2.**	591	

1.4.2.2.4.3. Bandes adhésives élastiques

Indications de prise en charge :
1) Traumatologie générale et médecine du sport:
– Contention adhésive en traitement préventif et curatif des lésions traumatiques articulaires (luxation…), tendineuses (tendinopathie…), ligamentaires (entorse du pouce, de la cheville…) et musculaires (élongation…).
– Traitement orthopédique, rhumatologique et neurologique: Pied bot, varus équin, pied alus-valgus, lumbago, petites fractures osseuses…
– Bande utilisée seule ou en association avec d'autres types de bandes
L'élasticité dans les 2 sens peut être utile au positionnement de la bande adhésive élastique notamment au niveau des articulations.
2) Phlébologie :
Montage élasto-compressif des membres dans le traitement d'une thrombose veineuse, d'ulcères veineux et après sclérothérapie …
Description :

Support textile de type coton, polyamide, viscose, élasthanne. Masse adhésive à base de polymères et pouvant être recouverte par un élément protecteur.
Allongement longitudinal supérieur ou égal à 40 % selon la norme NF EN 14704-1.
La prise en charge est assurée pour les bandes suivantes:

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1316981	**Contention, bande adhésive élastique, un sens, > ou = 750 cm2 et < 1 500 cm2.**	168	
1330892	**Contention, bande adhésive élastique, un sens, > ou = 1500 cm2 et < 2 000 cm2.**	335	
1395526	**Contention, bande adhésive élastique, un sens, > ou = 2000 cm2 et < 2 500 cm2.**	448	
1368370	**Contention, bande adhésive élastique, un sens, > ou = 2500 cm2.**	561	
1384853	**Contention, bande adhésive élastique, tous sens, > ou = 1500 cm2 et < 2 000 cm2.**	381	
1349756	**Contention, bande adhésive élastique, tous sens, > ou = 2000 cm2 et < 2 500 cm2.**	508	
1349727	**Contention, bande adhésive élastique, tous sens, > ou = 2500 cm2.**	637	

1.5. Chapitre 4 : Accessoires de produits inscrits au titre III de la liste des produits et prestations remboursables

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
1447499	**Stimulateur phrénique, intradiaphrag., SYNAPSE, NEURX DPS RA/4, câble connexion.** Remplacement du câble de connexion pour stimulateur phrénique NEURX DPS RA/4, référence 22-0011, de la société Synapse Biomedical Europe. La prise en charge est assurée pour deux câbles par an.	9 217	9 217
1413922	**Stimulateur phrénique, intradiaphrag., SYNAPSE, NEURX DPS RA/4, porte-connecteur.** Remplacement du porte-connecteur pour stimulateur phrénique NEURX DPS RA/4, référence 22-0004, de la société Synapse Biomedical Europe. La prise en charge est assurée pour un porte-connecteur tous les trois mois.	8 151	8 151
1423850	**Stimulateur phrénique, intradiaphrag., SYNAPSE, NEURX DPS RA/4, pile lithium B/3.** La boîte de 3 piles lithium pour stimulateur phrénique NEURX DPS RA/4, référence 29-0007, de la société Synapse Biomedical Europe. La prise en charge est assurée pour une boîte de trois piles au lithium tous les trois mois.	7 976	7 976
1461950	**Stimulateur phrénique, intrathoracique, MEDWIN, ATROSTIM, antenne d'énergie.** Remplacement de l'antenne de transfert d'énergie pour stimulateur phrénique ATROSTIM, de la société Medwin Medical Group France.	83 306	83 306

	La prise en charge est assurée pour une antenne d'énergie tous les deux ans.		
1449860	**Stimulateur phrénique, intrathoracique, MEDWIN, ATROSTIM, câble d'énergie.** Remplacement du câble de transfert d'énergie pour stimulateur phrénique ATROSTIM, de la société Medwin Medical Group France. La prise en charge est assurée pour un câble d'énergie tous les deux ans.	31 905	31 905
1451390	**Stimulateur phrénique, intrathoracique, MEDWIN, ATROSTIM, batterie 12 V.** Remplacement de la batterie 12 V pour stimulateur phrénique ATROSTIM, de la société Medwin Medical Group France. La prise en charge est assurée pour une batterie tous les trois ans.	115 210	115 210
1424647	**Stimulateur phrénique, intrathoracique, MEDWIN, ATROSTIM, batterie 9 V.** Remplacement de la batterie 9 V pour stimulateur phrénique ATROSTIM, de la société Medwin Medical Group France. La prise en charge est assurée pour une batterie tous les trois ans.	10 635	10 635

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

2. Titre II. - Orthèses et Prothèses externes

Les spécifications techniques auxquelles doivent satisfaire les produits sont celles décrites ci-dessous ou des spécifications techniques assurant un niveau de qualité, de sécurité et d'efficacité au moins équivalent.

2.1. Chapitre 1: Orthèses (ex-petit appareillage)

2.1.1. Généralités

Le prix de vente au public doit être conforme à la réglementation en vigueur.

Le distributeur final mentionne le prix de vente public (TTC).

Les conditions de prescription des produits inscrits au présent chapitre doivent être conformes à la réglementation en vigueur.

Les conditions d'exercice des professionnels doivent être conformes à la réglementation en vigueur.

2.1.2. A - Bandages herniaires

2.1.2.1. Généralités

2.1.2.1.1. Définition

Le bandage herniaire est une orthèse destinée à contenir les différentes sortes de hernies. Ce matériel est délivré après essayage et adaptation au patient, par un professionnel répondant aux conditions prévues par la réglementation.

2.1.2.1.2. Prescription

Elle est indispensable pour que l'orthèse soit prise en charge par les organismes sociaux.

Elle doit être libellée sur une ordonnance particulière, indépendante de celles comportant la prescription de produits pharmaceutiques ou de tout autre appareil.

Elle doit généralement préciser, en plus de la désignation de l'article, la nature et le siège de l'atteinte justifiant la prescription et éventuellement les indications permettant une application correcte (finalité médicale).

2.1.2.1.3. Spécifications techniques

Les bandages herniaires doivent répondre aux caractéristiques ci-dessous, servant de base pour les bandages destinés aux adultes.

Les bandages à ressort sont dits « à crémaillère » ; ils comportent le dispositif assurant le montage et l'orientation des pelotes.

Les ceintures-bandages B 23 N à plastron doivent avoir une hauteur suffisante à l'échancrure centrale pour permettre une bonne couverture de la ou des hernies et doivent être munies de deux coussins mobiles ou incorporés faisant partie intégrante du bandage.
Les tissus élastiques employés pour la réalisation des ceintures et sous-cuisses de ce bandage sont de même nature que ceux exigés par les spécifications techniques pour les bandages avec ou sans ressort.

Les bandages compressifs B 21 N pour hernies irréductibles doivent être exécutés sur mesure avec essayage si nécessaire.

2.1.2.1.4. Ressorts

2.1.2.1.4.1. Constitution

Les ressorts doivent être en acier trempé, de façon à être indéformables et protégés contre toute oxydation, ou en tout autre matériau présentant des qualités au moins équivalentes.

2.1.2.1.4.2. Configuration

Les ressorts sont d'une seule pièce ou à patte de devant démontable et orientable. Ils sont amincis à la queue et leurs coins sont arrondis.
La force du ressort varie en fonction de sa longueur, du volume de la hernie à contenir, de sa fluidité et ce, compte tenu de l'âge du sujet et de sa tonicité musculaire.

2.1.2.1.4.3. Garniture

Les ressorts sont systématiquement garnis de façon à rendre le bandage plus confortable.

2.1.2.1.4.4. Cas particuliers

Dans les bandages sans ressort ou dans les bandages dont le ressort est inséré dans une gaine élastique, la ceinture est en tissu élastique spécial double face pour bandages, de qualité extraforte, de 35 mm de large minimum.
Un mètre de ce tissu comporte en 50 mm de largeur au minimum 68 g de fil de textile et 12 g de fil de gomme naturelle ou synthétique ; en 35 mm de largeur, 46 g de fil textile et 9g de fil de gomme naturelle ou synthétique.

2.1.2.1.5. Pelotes

Les éléments essentiels des pelotes sont composés d'une plaque rigide ou semi-rigide et d'une partie rebondie élastique. Cette dernière est réalisée soit en matière monobloc, mousse de latex ou mousse élastomère synthétique, soit en bourre de textile ou de mousse synthétique.

2.1.2.1.6. Sous-cuisses et tours de cuisses

Les sous-cuisses et tours de cuisses, selon le cas, sont faits soit en tissu élastique spécial de largeur minimum de 18 mm, soit en tissu inextensible de même largeur. Ils sont soit adhérents à la pelote, soit fixés à celle-ci par tout moyen adéquat et s'accrochent à la ceinture de façon réglable.

2.1.2.1.7. Délai de renouvellement

Le délai minimal d'utilisation avant renouvellement est d'un an pour l'adulte, de 6 mois pour l'enfant jusqu'à 15 ans inclus, excepté pour les détériorations accidentelles, ou celles liées à une variation physiologique ou pathologique, ou aux conditions particulières liées à un exercice professionnel.

2.1.2.1.8. Garantie

La garantie totale (fournitures et main-d'oeuvre) relative à la fabrication, à la finition et à la qualité s'étend sur une période de 6 mois à compter de la livraison définitive. Cette garantie ne joue pas si l'altération des matières premières ne résulte pas de la qualité des matériaux utilisés ou des méthodes de fabrication.

2.1.2.2. Nomenclature et tarifs

2.1.2.2.1. Hernies inguinales

2.1.2.2.1.1. Bandages à ressort

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
201A00.11	B1N	**a) Bandage simple à ressort sans sous-cuisse**	3 600	
201A00.12	B3N	**a) Bandage simple à ressort avec sous-cuisse**	4 059	
201A00.13	B10N	**b) Bandage double à ressort sans sous-cuisse**	7 099	
201A00.14	B12N	**b) Bandage double à ressort avec sous-cuisse**	8 350	
201A00.15	B24N	**c) Bandage à ressort antérieur**	9 209	

2.1.2.2.1.2. Bandages sans ressort

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
201A00.21	B2N	**a) Bandage simple avec sous-cuisse**	3 734	
201A00.22	B11N	**b) Bandage double avec barrette rigide avec sous-cuisse**	6 453	
201A00.23	B23N	**c) Ceinture bandage plastron**	6 054	

2.1.2.2.2. Hernies inguinoscrotales (ou des grandes lèvres)

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
201A01.11	B5N	**a) Bandage simple à ressort avec sous-cuisse**	4 568	
201A01.12	B14N	**b) Bandage double à un seul ressort et barrette rigide avec sous-cuisse**	6 983	
201A01.13	B15N	**c) Bandage double à deux ressorts avec sous-cuisse**	8 328	

2.1.2.2.3. Hernies scrotales irréductibles

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
201A02.1	B21N	**Appareil compressif à poche scrotale amovible ou non, ceinture en tissu élastique renforcé**	10 038	

2.1.2.2.4. Hernies crurales

2.1.2.2.4.1. Bandages à ressort

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
201A03.11	B6N	**a) Bandage simple à ressort avec tour de cuisse**	4 059	
201A03.12	B16N	**b) Bandage double à ressort avec tour de cuisse**	8 350	

2.1.2.2.4.2. Bandages sans ressort

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
201A03.21	B7N	**a) Bandage simple avec tour de cuisse**	3 734	
201A03.22	B17N	**b) Bandage double avec tour de cuisse**	6 426	

2.1.2.2.5. Hernies ombilicales et épigastriques

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en F.CFP	
201A04.1	B9N	**Bandage sans ressort**	4406	

2.1.2.2.6. Suppléments hors taille

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en F.CFP	
201A05		**Suppléments hors taille** Les prix ci-dessus s'entendent pour tailles jusqu'à 1 mètre de circonférence, mesure du patient. Au dessus, ils sont majorés de 1 % par centimètre		

2.1.2.2.7. Pièces de rechange et accessoires (pose comprise)

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
201A06.1	B31N	**Coussin dorsal pour bandage simple**	1 020	
201A06.2	B32N	**Coussin dorsal pour bandage double**	1 113	
201A06.3	B33N	**Pelote inguinale ou crurale sans sous-cuisse**	2 135	
201A06.4	B34N	**Pelote inguinale ou crurale avec sous-cuisse**	2 501	
201A06.5	B35N	**Pelote ombilicale**	3 178	
201A06.6	B36N	**Pelote inguino-scrotale avec sous-cuisse**	2 669	
201A06.7	B36Nbis	**Grande pelote scrotale dite « anatomique » ou pelote échancrée avec sous-cuisse**	3 085	
201A06.8	B37N	**Ressort à crémaillère**	718	
201A06.9	B38N	**Ressort à crémaillère extra-fort ou à courbe crurale**	789	
201A06.10	B39N	**Sous-cuisse tissu élastique**	395	
201A06.11	B41N	**Coussin pour hernie**	367	

2.1.2.2.8. Suppléments pour pelotes concaves pour hernies irréductibles

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
201A07	**3 Suppléments pour pelotes concaves pour hernies irréductibles**		
	Supplément de 40% sur le tarif de la pelote (B33N, B34N, B35N) correspondant au cas.		

2.1.2.2.9. Bandages pour garçonnets ou fillettes

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Mêmes références que pour les adultes avec la mention « enfant » et l'âge. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, les tarifs des bandages pour adultes sont affectés des réductions suivantes :		
201A08.1	**20% jusqu'à 5 ans inclus.**		
201A08.2	**15% jusqu'à 10 ans inclus.**		
201A08.3	**10% jusqu'à 15 ans inclus.**		

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

2.1.3. B - Orthèses plantaires

2.1.3.1. Généralités

2.1.3.1.1. Définition

L'orthèse plantaire orthopédique est amovible, fabriquée sur mesures et doit pouvoir être placée dans une chaussure de série.

L'orthèse plantaire est destinée :
- à corriger la statique défectueuse du pied ou une anomalie du relief plantaire ;
- à envelopper et compenser les anomalies du pied ;
- à corriger tout déséquilibre statique et dynamique du sujet, en dessous de 20 mm ;
- à soulager les appuis plantaires douloureux.
-

Sont exclues :
- les semelles fabriquées en série ;
- les semelles dites proprioceptives, à action ascendante, par stimulation magnétique ;
- es talonnettes pour corriger uniquement l'inégalité de longueur d'un membre inférieur. L'orthèse plantaire ne peut être délivrée chez l'enfant avant l'acquisition de la station érigée.

2.1.3.1.2. Prescription

Elle est indispensable pour que l'orthèse soit prise en charge par les organismes sociaux.

Elle doit être libellée sur une ordonnance particulière, indépendante de celles comportant la prescription de produits pharmaceutiques ou de tout autre appareil.

Elle doit généralement préciser, en plus de la désignation de l'article, la nature et le siège de l'atteinte justifiant la prescription et éventuellement les indications permettant une application correcte (finalité médicale).

L'appareillage plantaire est normalement bilatéral même s'il n'existe qu'un déséquilibre statique.

2.1.3.2. Spécifications techniques

2.1.3.2.1. Constitution de la semelle

Les orthèses plantaires peuvent être constituées selon des techniques différentes en fonction des matériaux utilisés :
- à partir d'éléments correctifs fixés à une base dite de support ou première, exécutés sur tracé en fonction de la morphologie du pied du patient ;
- par la conformation même du ou des matériaux employés qui sert alors à la fois de base, d'élément de correction et de recouvrement (orthèse monobloc).

2.1.3.2.2. Matériaux utilisés

Les matériaux doivent être non traumatisants et façonnés en fonction de chaque cas pathologique particulier.

2.1.3.2.2.1. Éléments de correction

Ils peuvent être souples ou rigides et doivent être adaptés en fonction de la prescription médicale et de l'examen podologique.

2.1.3.2.2.2. Base de support ou première

Elle est réalisée en cuir (flanc ou collet cylindré-tannage naturel), teinté ou non ou en matériau synthétique ou naturel présentant des qualités au moins égales de solidité et de confort.
Sur cette première sont fixés les éléments correctifs.

2.1.3.2.2.3. Recouvrement

La peausserie animale est la couverture habituelle des orthèses plantaires. Elle peut être remplacée par tout matériau synthétique ou naturel réputé non allergique, présentant des qualités au moins égales de solidité, d'hygiène et de confort. Les orthèses monobloc peuvent même être livrées sans recouvrement si celui-ci nuit à leur efficacité.

2.1.3.2.3. Prise de mesures

Les orthèses plantaires sont fabriquées après un examen minutieux des pieds et des membres inférieurs en vue de déterminer la correction ou compensation nécessaire.
Un examen par podoscope et/ou podogramme est obligatoire.

2.1.3.2.4. Dispositions diverses

2.1.3.2.4.1. Façonnage et mise au point

La réalisation des orthèses plantaires nécessite un ou plusieurs essayages. Elles ne peuvent être délivrées au bénéficiaire que si elles sont parfaitement adaptées. Le fournisseur devra donc posséder dans ses locaux le matériel nécessaire à la confection des orthèses sur mesure et à leur correction. Toutefois, quel que soit le soin apporté à leur confection, il peut arriver que l'utilisateur, au cours des premiers jours de marche, éprouve certaines difficultés ou ressente certaines douleurs qui nécessitent une ou plusieurs mises au point. Dans une telle hypothèse, le fournisseur procédera gratuitement aux retouches nécessaires.

2.1.3.2.4.2. Modifications et corrections

Lors de l'essayage et des corrections ultérieures, la finition et les retouches doivent être exécutées sur place, immédiatement si nécessaire.
Dans les six mois suivant la date de livraison effective, ces orthèses plantaires peuvent être gratuitement modifiées ou corrigées progressivement, en tenant compte de l'évolution.

2.1.3.2.4.3. Tarif des orthèses plantaires

Le tarif de responsabilité des orthèses plantaires est un forfait comprenant prise d'empreinte, examens indispensables à la confection, mise au point et corrections progressives qui s'avéreraient nécessaires.

2.1.3.2.5. Délai de renouvellement

Le délai minimal d'utilisation avant renouvellement est d'un an pour l'adulte, de six mois pour l'enfant jusqu'à 15 ans inclus, excepté pour les détériorations accidentelles ou celles liées à une variation physiologique ou pathologique ou aux conditions particulières liées à un exercice professionnel.

2.1.3.2.6. Garantie

La garantie totale (fournitures et main-d'oeuvre) relative à la fabrication, la finition et à la qualité des orthèses plantaires s'étend sur une période de six mois à compter de la livraison définitive.

Cette garantie ne joue pas si l'altération des matières premières ne résulte pas de la qualité des matériaux utilisés ou des méthodes de fabrication. Les recouvrements usagés ou détériorés seront remplacés à titre onéreux.

2.1.3.3. Nomenclature et tarifs

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Orthèse plantaire de traitement exécutée sur mesure en matériau non traumatisant pour affection du pied y compris les corrections progressives		
2180450	**Orthèse plantaire au-dessous du 28**	3 319	
2122121	**Orthèse plantaire du 28 au 37**	3 596	
2140455	**Orthèse plantaire au-dessus du 37**	3 701	
2158449	**Orthèse plantaire, monobloc en résine coulée, moulage du pied** Orthèse plantaire monobloc en résine coulée confectionnée par moulage du pied réalisé en charge, réservée aux affections invalidantes rhumatoïdes et neurotrophiques du pied (moulage compris)	7 013	

2.1.4. C- Coques talonnières

2.1.4.1. Généralités

2.1.4.1.1. Définition

La coque talonnière est une orthèse indiquée dans la désaxation du calcanéum par suite d'une instabilité de l'articulation tibio-tarsienne quelle qu'en soit la cause (traumatisme, intervention chirurgicale...). La coque talonnière est un élément mobile pouvant être logé dans une chaussure de série, éventuellement dans une chaussure thérapeutique de série, permettant une reprise précoce de la marche en respectant la fonction de l'articulation sous-astragalienne. Elle doit être réalisée sur moulage.

2.1.4.1.2. Prescription

Elle doit être libellée sur une ordonnance particulière, indépendante de celles comportant la prescription de produits pharmaceutiques ou de tout autre appareil.

Elle doit généralement préciser, en plus de la désignation de l'article, la nature et le siège de l'atteinte justifiant la prescription et éventuellement les indications permettant une application correcte de l'orthèse (finalité médicale).

2.1.4.2. Spécifications techniques

2.1.4.2.1. Constitution de la coque

La coque talonnière peut être réalisée dans tout matériau non traumatisant et réputé non allergique. Elle permet un maintien renforcé latéralement en respectant les amplitudes des articulations de l'arrière-pied, avec possibilité de modification d'aplomb selon les corrections prescrites d'emblée et/ou en cours de traitement (cales extérieures à la coque par exemple).

2.1.4.2.2. Délai de renouvellement

Le délai minimal d'utilisation avant renouvellement est d'un an pour l'adulte, de six mois pour l'enfant jusqu'à quinze ans inclus, excepté pour les détériorations accidentelles, ou celles liées à une variation physiologique ou pathologique ou aux conditions particulières liées à un exercice professionnel.

2.1.4.2.3. Garantie

La garantie totale (fournitures et main-d'oeuvre) relative à la fabrication, la finition et à la qualité des coques talonnières s'étendra sur une période de six mois à compter de la livraison définitive.

Cette garantie ne joue pas si l'altération des matières premières ne résulte pas de la qualité des matériaux utilisés ou des méthodes de fabrication.

2.1.4.3. Nomenclature et tarifs

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2147629	**Coque talonnière (moulage compris)**	11 271	11 271

2.1.5. D - Orthèses élastiques de contention des membres

2.1.5.1. Généralités

2.1.5.1.1. Définition

Les manchons, bas, collants, bonnets couvre-moignons, genouillères et chevillères élastiques de contention sont des orthèses qui ont pour indications médicales :

Pour les bas et collants :
- les jambes lourdes ;
- les stases veineuses avec ou sans oedèmes ;

- le lymphœdème et l'éléphantiasis.

Pour les manchons (réalisés sur mesure) :
- oedème du membre supérieur.

Pour les bonnets couvre-moignons élastocompressifs :
- oedèmes des moignons d'amputation.

Pour les genouillères et chevillères :
- pathologies ligamentaires ;
- syndromes inflammatoires ;
- protection postopératoire.

2.1.5.1.2. Prescription

Elle doit être libellée sur une ordonnance particulière, indépendante de celles comportant la prescription de produits pharmaceutiques ou de tout autre appareil.
Elle doit généralement préciser, en plus de la désignation de l'article, la nature et le siège de l'atteinte justifiant la prescription et, éventuellement, les indications permettant une application correcte de l'orthèse (finalité médicale).

Une prise en charge est autorisée :
- dans tous les cas, pour une paire d'orthèse élastique de contention des membres par semestre;
- en cas d'insuffisance veineuse avérée, justifiée médicalement, pour deux paires d'orthèse élastique de contention des membres par semestre.

2.1.5.2. Spécifications techniques

2.1.5.2.1. Généralités

Les orthèses élastiques de contention des membres sont fabriquées avec des fils textiles combinés avec des fils élastiques de conformité définis dans les tableaux ci-après guipés à 2 couvertures inversées selon les fiches des spécifications ci-après.
Les tolérances admises sur les masses linéiques sont :
- fils textiles ± 10 % ;
- fils élastiques ± 20 %.

1.1.1 Ces orthèses sont fabriquées sur des tricoteuses rectilignes ou circulaires
Les différentes tailles sont fabriquées sur des machines présentant pour une même jauge au moins trois diamètres différents pour les circulaires, de sorte que le nombre de colonnes de mailles au centimètre soit constant quelle que soit la taille, et trois nombres d'aiguilles différents pour les rectilignes.
Les talons sont obtenus par diminution/augmentation.
En aucun cas la conformité à quelque spécification que ce soit ne peut être obtenue par thermofixation. Un tricotage moins serré sera admis pour les parties terminales.
1.1.2Différence de diamètre minimale sous une charge maximale de 2 daN entre :

- cheville et mollet : 30 % ;
- cheville et cuisse : 50 %.

1.1.3 Les bonnets couvre-moignons élastocompressifs sont fabriqués exclusivement sur tricoteuses circulaires à double fonture, afin d'obtenir un article ayant seulement une couture distale et présentant un matelassage interne dans l'épaisseur du tricot.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

2.1.5.2.1.1. SPÉCIFICATION HORS CLASSES HORS CLASSE, Bonnet couvre-moignons élasto-compressifs, Élastique en deux sens, extensible en deux sens

Tricotage :
Ref. H.C. 2 : métier circulaire.
Le bonnet couvre-moignon élasto-compressif ne doit présenter qu'une seule couture distale réalisée bord à bord.
Le bonnet couvre-moignon élasto-compressif doit présenter en dehors de la couture distale une conicité dont l'angle au sommet est compris :
- pour les orthèses fémorales entre 7° et 16°
- pour les orthèses tibiales entre 6° et 19°.

Le bonnet couvre-moignon élasto-compressif fémoral doit comporter en une seule pièce une partie active et un demi-slip réalisés avec des armures différentes afin d'assurer sa compression et sa stabilité.

Une ceinture de taille réglable d'une hauteur minimale de 38 mm doit pouvoir se placer au-dessus des crêtes iliaques.

L'allongement longitudinal de l'orthèse doit être comprise entre 5 et 20 %.

L'orthèse doit présenter des nombres de colonnes de mailles différents sur au moins deux groupes de tailles étant donné la compression maximale qu'elle ne doit pas dépasser.

Tableau hors classe. - Composition

Désignation	Référence H.C.2
Masse linéique minimale en dtex.	
Fil de tricotage dit de fond	150 dtex
Fil élastique tramé de conformité :	
- d'élasthane	310 dtex
- de couverture	44 dtex
- guipé	600 dtex

2.1.5.2.1.2. FICHE DE SPÉCIFICATIONS N° 1, Orthèses élastiques en un sens

Tricotage
Réf. 11 : métier rectiligne.
Réf. 12 : métier circulaire

Pour une bonne homogénéité de la contention :

Fil élastique de conformité tramé au moins toute les 1 ou 2 rangées de maille.

Tableau 1. - Composition

Désignation	Références	
	11	12
Masse linéique minimale en dtex.		
Fil élastique tramé de conformité :		
-guipé	2000	920
-âme	920	610
-couverture	22	22
Fil de tricotage dit de fond :.	150	150
Différence minimale d'aiguilles entre chaque groupe de taille	6	6

2.1.5.2.1.3. FICHE DE SPÉCIFICATIONS N° 2, Orthèses élastiques dans les deux sens

Tricotage
Réf. 21 : sur métier rectiligne. Fil élastique de conformité tricoté à chaque rangée.
Réf. 22 : sur métier circulaire. Autant de fils élastiques de conformité tramés et/ou tricotés que de rangées de mailles.

Tableau 2. - Composition

Désignation	Références	
	21	22
Masse linéique minimale en dtex.		
Fil élastique tramé de conformité :		
-guipé	600	310
-âme	310	310
-couverture	22	22
Fil de tricotage dit de fond	66	66
Différence minimale d'aiguilles entre chaque groupe de taille	6	12

2.1.5.2.1.4. FICHE DE SPÉCIFICATIONS N° 3, Orthèses élastiques dans le sens largeur et extensibles dans le sens hauteur

Tricotage
Réf. 31 ou 32 : métier rectiligne ou circulaire.
Pour une bonne homogénéité de la contention :
Un fil élastique de conformité tramé (toutes les 1 ou 2 rangées de mailles).
Un fil élastique de conformité tricoté (toutes les 1 ou 2 rangées de mailles).
(Tricotage dit double chute = Une chute fil de fond, une chute avec la gomme tramée.)
Les références 31 et 32 doivent être assemblées par couture longitudinale .

Tableau 3. - Composition

Référence	**Masse linéique minimale du fil de tricotage**	**Masse linéique minimale du fil élastique guipé de conformité**	
		En maille	En trame
31 ou 32	300 dtex	600 dtex	2000 dtex

2.1.5.2.2. Classes de pression de contention

2.1.5.2.2.1. Mesure par un laboratoire compétent et indépendant de la pression de la contention de l'orthèse selon la norme NF G 30 102 B d'application réglementaire.

Selon la valeur déterminée, l'orthèse sera placée dans l'une des cinq classes définies ci-après compte tenu de la pression de contention mesurée ; en classe H.C. à 4,5 cm en dessous de la limite compressive pour l'orthèse fémorale, à demi-hauteur de la partie compressive pour l'orthèse tibiale et, pour les autres classes, au niveau de la cheville :
- en classe H.C. entre 10 et 17 hPa ;
- en classe I entre 13 et 20 hPa ;
- en classe II entre 20,1 et 27 hPa ;
- en classe III entre 27,1 et 48 hPa ;
- en classe IV au-dessus de 48 hPa.

2.1.5.2.2.2. Dégressivité de la contention entre cheville et cuisse

Variable selon les classes, elle est au maximum :
- en classe I de 75 % ;
- en classe II de 70 % ;
- en classe III de 60 % ;
- en classe IV de 40 %,

de la pression contrôlée au niveau de la cheville.

2.1.5.2.2.3. Spécifications de surface pour les bonnets couvre-moignons élastocompressifs

Les mesures de surface, réalisées sur la face interne du produit, sur tout appareil conçu pour cet usage conduisent à la détermination des grandeurs suivantes :

Rugosité :
11 ± 2 microns en sens long ;
25 ± 4 microns en sens travers.

Coefficient de frottement (sans unité) :
0,37 ± 0,05 en sens long ;
0,40 ± 0,05 en sens travers.

Les mesures de compression, réalisées dans le sens de l'épaisseur du produit, sur tout appareil conçu pour cet usage, conduisent à la détermination des grandeurs suivantes : Épaisseur sous 0,5 kPa : 1,8 ± 0,2 mm ;
Compressibilité sous 100 kPa : 52,0 ± 6 % ; Résilience après contrainte à 100 kPa : 38 ± 3 %.

2.1.5.2.2.4. Contrôle du comportement de l'orthèse à l'usage

Après avoir subi :
1. Un lavage ;
2. Vingt-quatre heures de vieillissement artificiel à l'extension prévue pour le porter et sous une température de 70 °C, à l'exception des bonnets couvre-moignons dont la température ne doit pas excéder 40 °C ;
3. Douze heures de tenue en extension sous l'allongement prévu par le fabricant (rapport des circonférences des orthèses au repos et au porter) ;
4. Cinq lavages selon la norme NF G 07-136 6 A.

La perte de pression de contention mesurée entre le premier test (après un lavage à l'état neuf) et le troisième test (après vieillissement, fatigue et cinq lavages) ne devra pas être supérieure à 20 % de la pression initiale.

2.1.5.2.2.5. Expression des résultats des différentes mesures

E.1. - Caractéristiques de tricotage : nombre de colonnes et rangées par centimètre de tricot relaxé.
E.2.- Masse linéique des fils : exprimée en dtex.

2.1.5.2.2.6. Compte rendu d'essais

Le compte rendu d'essais fait référence aux présentes spécifications techniques et au chapitre concerné.

Il reprend les différents critères exposés dans le chapitre concerné et établit la comparaison entre les spécifications et les résultats des mesures. Il définit la classe de contention dans laquelle est située l'orthèse, contention mesurée selon la norme NF G 30-102 B.

Tous les détails non prévus dans ces spécifications techniques et ayant pu influer sur le résultat doivent être précisés.

2.1.5.2.3. Conformité aux spécifications techniques

Le contrôle technique de conformité aux spécifications techniques est réalisé par un laboratoire compétent et indépendant. Ce contrôle technique est complété par un audit dans l'entreprise.
Les résultats de ces contrôles sont validés par l'Association pour la promotion de l'assurance qualité dans la filière textile habillement (ASQUAL).

2.1.5.2.4. Garantie

La garantie à la fabrication, à la finition et à la qualité des orthèses s'étend sur une période de six mois à compter de la livraison.
Cette garantie ne joue pas si l'altération des matières premières ne résulte pas de la qualité des matériaux utilisés ou des méthodes de fabrication.

2.1.5.3. Nomenclature et tarifs

Les orthèses sont conformes au référentiel technique élaboré par l'Association pour la Promotion de l'Assurance Qualité dans la filière textile-habillement (ASQUAL) et sont fabriquées par des sociétés certifiées selon les normes EN 29001 ou EN 29002.

Les orthèses sont certifiées conformes, par un organisme certificateur compétent et indépendant.

2.1.5.3.1. Catégorie élastique en un sens, classes I, II, III (11 et 12)

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
201D00.1	V1	**Bas jarret.**	1 761	
201D00.2	V2	**Molletière.**	1 316	
201D00.3	V3	**Cuissard**	1 424	
201D00.4	V4	**Bas cuisse**	4 315	
201D00.5	V5	**Genouillère**	1 327	
201D00.6	V6	**Chaussette (chevillère) :**	1 265	
201D00.7	V7	**Manchon**	4 481	

2.1.5.3.2. Catégorie élastique en deux sens, classes hors classe (HC), I, II, III (HC 2, 21 et 22)

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
201D01.1	V1	**Bas jarret en 21**	2 724	
201D01.2	V1	**Bas jarret en 22**	2 011	
201D01.7	V4	**Bas cuisse en 21 .**	4 049	

201D01.8	V4	**Bas cuisse en 22**	2 673	
201D01.9	V5	**Genouillère en 21**	1 965	
201D01.10	V5	**Genouillère en 22**	1 305	
201D01.11	V6	**Chaussette (chevillère) en 21**	1 810	
201D01.12	V6	**Chaussette (chevillère) en 22**	1 217	
201D01.13	V7	**Manchon en 21**	4 670	
201D01.14	V7	**Manchon en 22**	4 670	
201D01.15	F1	**Bonnet couvre-moignon élasto-compressif pour amputation fémorale (hauteur 20/25) en HC2 .**	6 706	
201D01.16	F2	**Bonnet couvre-moignon élasto-compressif pour amputation fémorale (hauteur 30/35) en HC2 .**	7 527	
201D01.17	F3	**Bonnet couvre-moignon élasto-compressif pour amputation fémorale (hauteur 40/45) en HC2 .**	7 938	
201D01.18	T1	**Bonnet couvre-moignon élasto-compressif pour amputation tibiale (hauteur 30/35) en HC2 .**	2 600	
201D01.19	T2	**Bonnet couvre-moignon élasto-compressif pour amputation tibiale (hauteur 40/45) en HC2 .**	3 147	

2.1.5.3.3. Catégorie élastique en un sens extensible autre sens, classes I, II, III (31 et 32)

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
01D02.1	V1	**Bas jarret**	3 864	
201D02.4	V4	**Bas cuisse**	7 631	
201D02.5	V5	**Genouillère**	3 176	
201D02.6	V6	**Chaussette (chevillère)**	2 907	
201D02.7	V7	**Manchon**	4 670	

2.1.5.3.4. Suppléments

Les suppléments doivent être mentionnés sur la prescription pour être pris en charge.

2.1.5.3.4.1. Suppléments pour les articles aux mesures du patient

Suppléments de circonférences

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
201D03.11		**À la cheville à partir de 24 cm + 1,5 % par cm**		
201D03.12		**Au mollet à partir de 40 cm + 1,5 % par cm**		
201D03.13		**À la cuisse à partir de 52 cm + 1,5 % par cm**		

Suppléments de longueurs

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
201D03.21	V1	**À partir de 42 cm (du sol) + 2 % par cm**		
201D03.22	V2	**À partir de 30 cm (total) + 2 % par cm**		
201D03.23	V3	**À partir de 20 cm (total) + 2 % par cm**		
201D03.24	V4	**À partir de 65 cm (du sol) + 2 % par cm**		
201D03.25	V5	**À partir de 20 cm (au genou) + 2 % par cm**		
201D03.26	V6	**À partir de 20 cm (du sol) + 2 % par cm**		
201D03.27	V7	**À partir de 45 cm (total) + 2 % par cm**		
		Dans les articles incluant le genou ou le coude, la longueur à considérer sera :		
		Pour le membre supérieur : la longueur moyenne entre les mesures des faces interne et externe du membre.		
		Pour le membre inférieur: la longueur moyenne entre les mesures des faces antérieure et postérieure du membre		

Autres supplements

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
201D03.31	SV1	**Talon fermé (toutes catégories)**	111	
201D03.32	SV2	**Pointe fermée (catégories 21, 22, 31 ou 32)**	325	
201D03.33	SV3	**Volant pour bas V1 (tissu non élastique)**	675	
201D03.34	SV4	**Supplément pour un collant**	2 199	
201D03.35	SV5	**Couvre-épaule pour manchon V7 (tissu non élastique)**	598	

201D03.36	SV6	**Mitaine (sans doigt avec passage du pouce)**	1 122	
201D03.37	SV7	**Quatre doigts**	1 684	

2.1.5.3.4.2. Suppléments pour les articles de série

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
201D04.1	SV4	**Supplément pour un collant**	2 199	
201D04.2	SV9	**Evidement rotulien avec ou sans fenêtre pour genouillère**	289	
201D04.3	SV10	**Baleinage articulé ou non pour genouillère**	464	
201D04.4	SV11	**Amortisseurs pour genouillère et chevillère** (soit en matière monobloc, mousse de latex ou mousse élastomère synthétique, bourre de textile ou de mousse synthétique ou toute autre matière susceptible d'apporter le même résultat)	464	
201D04.5	SF1	**Couvre-moignon superposable fémoral (supplément à F1) (hauteur 20/25) .**	2 327	
201D04.6	SF2	**Couvre-moignon superposable fémoral (supplément à F2) (hauteur 30/35).**	2 875	
201D04.7	SF3	**Couvre-moignon superposable fémoral (supplément à F3) (hauteur 40/45).**	3 284	

2.1.5.3.4.3. Majorations pour orthèses en classe IV aux mesures du patient ou de série

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
201D05.1	SV8	**Majoration de 5% à appliquer aux trois tableaux définissant les catégories d'orthèses.**		

2.1.5.3.4.4. Divers

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
201D06.1	DV1	**Basse cuisse spéciale très montant pour varices de la saphène**	sur devis	
201D06.2	DV2	**Ceinture de taille élastique pour fixer DV3**	298	
201D06.3	DV3	**Jarretelle pour tenir un grand bas**	237	

201D06.4	DV4	**Genouillère armée comportant un double tricotage ou double tissage élastique entre lequel se trouvent interposés un coussin en caoutchouc mousse et deux armatures souples composées de ressorts serpentins en corde à piano : hauteur 22 cm**	2 363	

2.1.6. E. - Ceintures médico-chirurgicales et corsets orthopédiques en tissu armé

2.1.6.1. Généralités

2.1.6.1.1. Définition

Ces orthèses sont classées, en fonction de leurs caractéristiques et de leur action thérapeutique, en 5 catégories :

- Les bandes-ceintures et ceintures de soutien lombaire (à visée essentiellement antalgique) ;
- Les ceintures de soutien abdominal sur mesure et de série (post-partum et postopératoire) ;
- Les ceintures de maintien abdominal (paroi pathologique) ;
- Les ceintures de maintien lombaire (rachis à pathologie modérée) ;
- Les corsets d'immobilisation vertébrale (rachis à pathologie grave).

2.1.6.1.2. Prescription

Elle doit être libellée sur une ordonnance particulière, indépendante de celles comportant la prescription de produits pharmaceutiques ou de tout autre appareil.

Elle doit généralement préciser, en plus de la désignation de l'article, la nature et le siège de l'atteinte justifiant la prescription, les objectifs à atteindre compte tenu de la morphologie et de la pathologie du patient pour une correction, un maintien et une application optimale.

2.1.6.2. Spécifications techniques

2.1.6.2.1. Classification et caractéristiques des ceintures et corsets

2.1.6.2.1.1. Bandes-ceintures, ceintures de soutien lombaire et corsets d'immobilisation et de maintien

Elles sont prescrites pour une visée principalement antalgique avec une durée d'utilisation discontinue ou temporaire. Elles sont généralement fabriquées en série. Aucune adjonction ou supplément ne peut s'associer à la tarification de ces références, à l'exception des corsets d'immobilisation vertébrale de série.

Bande-ceinture de soutien lombaire en tissu élastique ou non, d'une hauteur dorsale de 14 cm ou de 23 cm, comportant dans sa partie dorsale un dispositif de suppression par gonflage individuel.

Les tissus élastiques éventuellement employés devront être d'une force supérieure à 250 cN par centimètre à 30 % d'allongement. La fermeture est réglable.

Bande-ceinture de soutien lombaire en tissu élastique d'une hauteur minimale de 14 cm et d'une force supérieure à 250 cN par centimètre à 30 % d'allongement. Elle doit avoir un dossier d'appui de 24 cm de hauteur comportant quatre ressorts souples en acier ou une plaque de rigidité, protégés, si nécessaire par une enveloppe de tissu pour éviter tout traumatisme. La fermeture est réglable.

Ceinture de soutien lombaire en tissu élastique d'une force supérieure à 350 cN par centimètre à 30 % d'allongement, avec dos doublé comportant quatre ressorts en acier de 24 mm de large au dos et de deux ressorts souples devant, recouverts de peau naturelle ou synthétique. La fermeture est réglable.

Corsets d'immobilisation et de maintien en hyperextension du rachis (CIMHR). Ils sont obtenus par deux points d'appuis antérieurs pubien et sternal, et plastron dorsal réglable maintenus par une armature métallique et/ou plastique.

- Ces corsets existent en trois versions :
- modèle simple ;
- modèle avec appui mentonnier ;
- modèle avec minerve complète.

Les corsets d'immobilisation et de maintien du rachis de série morphoadaptables, thermoformables avec dos réalisé en matériau plastique et fermeture antérieure réglable peuvent monter jusqu'en D6 selon la pathologie et doivent dépasser latéralement les lignes axillaires. Si besoin, il est possible d'adjoindre une paire de sous-cuisses et/ou de bretelles selon la nomenclature. Ils doivent être proposés en plusieurs tailles pour pouvoir répondre aux nécessités.

2.1.6.2.1.2. Ceintures de soutien abdominal (CSA ou CSB)

Elles sont prescrites en cas de déficience temporaire de la paroi abdominale sans caractère pathologique (post-partum, état postopératoire). Elles sont fabriquées :
- soit sur mesure lorsque la prescription médicale le précise et/ou lorsque la différence entre la circonférence de hanches au plus large et la circonférence de taille est supérieure à 20 cm (référence CSA) ;
- soit en série pour les sujets dont la morphologie le permet lorsque la circonférence du bassin est inférieure à 100 cm (référence CSB).

Elles sont réalisées entièrement ou en partie en tissu élastique. Elles comportent devant deux à quatre baleines et au dos, deux aciers ressorts (largeur 10 à 14 mm).

Elles ont une fermeture réglable sur toute la hauteur. Une fermeture complémentaire pour faciliter la mise en place est nécessaire lorsque la fermeture principale ne permet pas à la fois le réglage et la mise en place rapide de la ceinture.

Aucune adjonction n'est prise en charge.

Les ceintures sont généralement exécutées en fonction des repères anatomiques suivants :
- hauteur (a) : du bord supérieur du pubis à l'ombilic ;
- hauteur (b) : du bord supérieur du pubis au point équidistant entre l'ombilic et la base de l'appendice xyphoïde ;
- hauteur (c) : du bord supérieur du pubis à la base de l'appendice xyphoïde.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

2.1.6.2.1.3. Ceintures de maintien abdominal sur mesure (CMA)

Elles assurent le maintien abdominal dans les cas d'insuffisance pariétale pathologique (obésité, éventrations, stomies, hernies, etc.). Elles sont réalisées entièrement ou en partie en tissu élastique.

Caractéristiques générales

Les ceintures de maintien sont obligatoirement coupées et assemblées sur mesure avec un ou plusieurs essayages en cours de fabrication, sous la responsabilité du fournisseur agréé.

Fermeture
Elles comportent une fermeture réglable sur toute la hauteur. Des fermetures complémentaires susceptibles de faciliter leur mise en place sont incluses dans la tarification de ces articles et doivent être effectives sur la ceinture lorsque la fermeture principale ne permet pas à la fois le réglage et la mise en place rapide de la ceinture.
Les fermetures doivent comporter, si nécessaire, une bande intérieure protégeant la peau de toute irritation excessive.

Fixité
La fixité, essentiellement assurée par la coupe et l'adaptation de la ceinture ou du corset, est complétée éventuellement par l'adjonction de sous-cuisses ou de jarretelles en tissu élastique ou de pattes d'entrejambe amovibles.

Renforcements
Variables selon le type de ceinture ou de corset, ils sont assurés par des aciers ressorts répondant aux caractéristiques indiquées dans les spécifications techniques et/ou par des matériaux thermoformables à basse température. Les aciers ressorts doivent être incorporés et inamovibles. La mise à la forme de ces ressorts doit être faite en fonction de la morphologie du patient et de l'effet médical attendu, en évitant tout appui traumatisant. La cambrure doit limiter les mouvements de flexion du tronc au degré de liberté compatible avec la lésion rachidienne, sans contrarier par trop ses mouvements.

Adjonctions
Des adjonctions sont prévues et permettent d'adapter avec souplesse l'appareillage en fonction de la pathologie. Ces adjonctions doivent figurer sur la prescription.

Suppléments
Pour être pris en charge, doivent apparaître sur la prescription :
- les suppléments chiffrés pour article hors taille ;
- la notion non chiffrée de supplément pour emboîtage.

Forme enveloppante (emboîtage)
Elle est de règle chez la femme et exceptionnelle chez l'homme. Il s'agit d'un enveloppement réalisé à la partie postéro-inférieure de l'appareil, assurant une stabilité accrue en position assise. Il fait l'objet d'un supplément de tarification.

Articles hors taille
Pour les sujets dont la circonférence de bassin mesurée horizontalement dans la plus grande dimension et dans le champ de l'appareil dépasse 100 cm, un supplément de tarification s'applique.

Hauteurs antérieures
Toute hauteur antérieure de la fourniture par rapport à la référence accordée par l'organisme de prise en charge, supérieure ou inférieure à la hauteur moyenne correspondante, fera l'objet d'un complément ou d'un abattement forfaitaire selon les modalités fixées dans la liste des produits et prestations remboursables prévue aux articles LP 30 et 31 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée

Caractéristiques particulières

Hauteur
Les ceintures sont généralement exécutées en fonction des repères anatomiques ci-dessous :

- hauteur (a) : du bord supérieur du pubis à l'ombilic ;
- hauteur (b) : du bord supérieur du pubis au point équidistant entre l'ombilic et la base de l'appendice xyphoïde ;
- hauteur (c) : du bord supérieur du pubis à la base de l'appendice xyphoïde.

Il pourra être admis que les ceintures du type (a) comportent une échancrure de 2 à 3 cm en dégageant la partie sous-ombilicale sans que le tarif ne donne lieu à une minoration. Elles comportent pour le devant et le dos 2 à 4 aciers ressorts (largeur 12 à 14 mm et épaisseur 3 à 5/10 de mm).

Adjonctions prévues

Coussin postopératoire de protection. Dispositif pour stomie.
Jarretelles.
Patte hypogastrique avec tirants élastiques réglables. Pattes d'entrejambe.
Pelote pour éventration ou hernie. Sangle intérieure.
Sous-cuisses élastiques.
Tirant hypogastrique réglable ou bride de rappel réglable lombosacrée.

2.1.6.2.1.4. Ceintures de maintien lombaire sur mesure

Caractéristiques générales

Celles définies au 2.1.6.2.1.3.1.

Les matériaux utilisés sont en principe pour la partie dorsale et abdominale en tissu inextensible, les côtés étant en tissu élastique dont la texture sera choisie en fonction du maintien à apporter. Elles peuvent comporter un devant et/ou un dos en tissu élastique, mais aucun supplément de tarif n'est prévu à ce titre et restera donc, s'il y a lieu, à la charge de l'assuré.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Hauteurs :
La hauteur dos peut, en fonction de la prescription, atteindre le sommet de l'apophyse épineuse de D12 ou D9.

La hauteur antérieure est pour la facturation déterminée par les repères anatomiques correspondant normalement à la hauteur dos retenue :
a) Hauteur dos D12 : du bord supérieur du pubis à l'ombilic ;
b) Hauteur dos D9 : du bord supérieur du pubis au point équidistant entre l'ombilic et la base de l'appendice xyphoïde.

Caractéristiques particulières :

Ceintures de maintien lombaire (CML) :
Elles sont prescrites dans les cas de lésions rachidiennes pathologiques entraînant des répercussions algo-fonctionnelles d'intensité modérée. Elles permettent de limiter les mouvements antéro-postérieurs du rachis.

Renforts :
- devant : 2 aciers ressorts de 12 à 14 mm de largeur et de 3 à 5/10 de mm d'épaisseur ;
- dos : 2 à 4 aciers ressorts de 12 à 20 mm de largeur et de 6 à 10/10 de mm d'épaisseur.

Ceintures de maintien abdomino-lombaire (CMAL) :
Elles sont prescrites dans les cas de lésions rachidiennes pathologiques entraînant des répercussions algo-fonctionnelles d'intensité modérée associées à un problème abdominal. Le maintien abdominal et le maintien vertébral sont réalisés sur la même fourniture.

Renforts :
- devant : 3 à 4 aciers ressorts de 12 à 14 mm de largeur et de 5 à 8/10 de mm d'épaisseur ;
- dos : 4 aciers ressorts de 12 à 20 mm de largeur et de 8 à 10/10 de mm d'épaisseur.

Ceintures de maintien lombaire renforcé (CMLR) :
Elles sont prescrites dans les cas de lésions rachidiennes pathologiques entraînant des répercussions algo-fonctionnelles importantes. Elles permettent de limiter davantage les mouvements antéro-postérieurs du rachis ainsi que de limiter ses inflexions latérales.

Renforts :
- devant : 3 à 4 aciers ressorts de 12 à 14 mm de largeur et de 5 à 8/10 de mm d'épaisseur ;
- dos : 4 aciers ressorts de 12 à 20 mm de largeur et de 8 à 10/10 de mm d'épaisseur. Les deux ressorts médians sont jumelés par deux barres transversales de même caractéristiques, fixées de façon rigide sur les ressorts verticaux.

Adjonctions prévues

- bretelle ;
- coussin de compensation ;

- coussin postopératoire de protection ;
- dispositif pour stomie ;
- épaulière ;
- jarretelles ;
- patte hypogastrique avec tirants élastiques réglables ;
- pattes d'entrejambe ;
- pelote pour éventration ou hernie
- sangle intérieure ;
- sous-cuisses élastiques ;
- tirant hypogastrique réglable ou bride de rappel réglable lombo-sacrée

2.1.6.2.1.5. Corsets d'immobilisation vertébrale sur mesure (CIV)

Ils correspondent aux cas dits « graves » de lésions rachidiennes importantes entraînant des répercussions algo-fonctionnelles quelle qu'en soit l'origine. Ces corsets vertébraux peuvent remplacer les fournitures réalisées entièrement en cuir ou matériaux synthétiques d'ortho-prothèse.

Caractéristiques générales

Ces caractéristiques sont celles définies au 2.1.6.2.1.3.1.

Ces corsets sont généralement fabriqués en totalité avec du tissu inextensible renforcé, avec deux goussets élastiques pour permettre une position assise plus confortable. Exceptionnellement, sur prescription médicale, la partie antérieure pourra être réalisée en tissu élastique, avec supplément à la charge de l'assuré.

La fermeture est antérieure ou antéro-latérale.

Ils sont exécutés en trois hauteurs, sommets des apophyses épineuses, de D12, D9 ou D6 pour les corsets CIVA et CIVB et une seule hauteur (au-dessus de D6) pour le corset CIVC, ces limites étant celles des armatures dorsales.

La base de l'armature doit être placée de telle sorte que le corset, tout en assurant son rôle de contention, ne gêne ni la position assise ni la marche. Dans les corsets de hauteur D6 ou au-dessus, une échancrure antérieure en limite la hauteur à l'appendice xyphoïde.
L'armature est définie pour chacun des corsets. Elle est constituée par des pièces dont les caractéristiques sont conformes aux spécifications techniques. Ces pièces sont fixées de façon rigide excluant tout jeu dans l'assemblage pour former un ensemble ne présentant pas de déformation permanente au cours d'une utilisation normale. La portion verticale des tuteurs latéraux se situe obligatoirement sur la ligne axillaire médiane.

Ces corsets peuvent être également réalisés en matériau thermoformable à basse température par application directe qui couvre la région dorsale depuis les lignes axillaires médianes et dont les hauteurs correspondent aux mêmes repères anatomiques D12, D9 ou D6. Ils sont réalisés en monobloc, avec fenêtres si nécessaire, dans une plaque suffisamment large et épaisse pour assurer un maintien identique aux corsets réalisés avec aciers ressorts. Cette plaque doit reprendre les caractéristiques d'appuis des cages en acier ressort des corsets d'immobilisation vertébrale.

Caractéristiques particulières

CIVA

Il est renforcé par un ensemble d'aciers ressorts dits « cage demi-ouverte » constitué par :

- 2 ressorts paravertébraux (largeur 12 à 20 mm, épaisseur 8 à 10/10 de mm) ;
- 2 tuteurs latéraux à fourche ou à ancre (largeur 10 à 14 mm, épaisseur 8 à 10/10 de mm) ;
- 1 bande pelvienne postérieure en acier ressort (largeur 12 à 20 mm, épaisseur 8 à 10/10 de mm) sur laquelle sont fixées les extrémités inférieures des tuteurs latéraux et des ressorts paravertébraux. L'extrémité inférieure des ressorts paravertébraux peut être fixée sur une plaque en alliage léger remplaçant la bande pelvienne postérieure ; les tuteurs latéraux sont alors fixés sur les ressorts paravertébraux. Les ressorts paravertébraux sont également reliés entre eux dans leur partie supérieure par un ressort horizontal.

La partie antérieure de ce corset est renforcée par 2 à 4 aciers ressorts (largeur 10 à 14 mm, épaisseur 4 à 5/10 de mm).

CIVB-1

Le renforcement est assuré par un ensemble d'aciers ressorts dit « cage fermée » identique à la précédente mais dont les extrémités supérieures des ressorts paravertébraux et des tuteurs latéraux sont réunies de façon rigide à une bande en acier ressort (largeur 12 à 20 mm, épaisseur 8 à 10/10 de mm).
La partie antérieure de ce corset est renforcée par 2 à 4 aciers ressorts (largeur 10 à 14 mm, épaisseur 4 à 5/10 de mm).

CIVB-2

Réalisé selon le principe dit « cage ajourée ».
Les corsets ajourés peuvent être constitués de la cage seule capitonnée sur la partie en contact avec la peau et maintenue en place soit par des sangles latérales en tissu élastique s'attachant sur le plastron antérieur renforcé, soit par une partie antérieure en tissu élastique ou non, solidarisée à la cage.

Ce corset comporte une armature affectant la forme d'une cage fermée qui peut être constituée :

- soit par une cage identique à celle du CIVB-1 mais dont les pièces métalliques ont une largeur supérieure (20 à 30 mm) ;
- soit par une cage comprenant :

▪ 3 ferrures transverses en alliage léger de 16 à 20 mm de largeur et de 20/10 de mm d'épaisseur. La ferrure pelvienne qui constitue la base du corset est limitée latéralement aux grands trochanters ; la ferrure iliaque est ajustée au niveau de la charnière lombo-sacrée, elle passe sur les crêtes iliaques et se prolonge vers l'avant pour former un accrochage à ce niveau ; la ferrure costale constitue la partie supérieure du corset et est limitée à la ligne axillaire médiane ;
▪ 2 tuteurs paravertébraux en alliage léger ou en acier reliant les trois ferrures transverses. Leur largeur est de 20 mm et leur épaisseur de 20/10 de mm.
▪ 2 tuteurs latéraux reliant les ferrures iliaque et costale. Leur largeur est de 16 à 20 mm et leur épaisseur de 20/10 de mm.

L'ensemble métallique, quelle que soit sa constitution, est capitonné intérieurement et recouvert extérieurement d'une peau naturelle ou synthétique.

La partie antérieure qui doit assurer la fixité et le maintien de la cage peut être constituée :

- soit d'un plastron abdominal en tissu, renforcé par 2 ou 3 aciers ressorts (largeur 13 mm, épaisseur 3 à 4/10 de mm), lié de chaque côté à la cage de façon réglable ;
- soit d'un devant en tissu renforcé identique à celui du type CIVB-1, relié à la cage.

CIVC-1

Il est renforcé par une armature en acier ressort dont la constitution est susceptible de variation en fonction du cas appareillé mais dont le principe est le suivant :
2 tuteurs paravertébraux (largeur 14 à 20 mm, épaisseur 12 à 14/10 mm) ;
2 tuteurs latéraux à fourche ou à ancre (largeur 14 à 20 mm, épaisseur 12 à 16/10 de mm) ;
1 bande pelvienne postérieure en acier ressort (largeur 14 à 20 mm, épaisseur 12 à 16/10 de mm) sur laquelle sont fixées les extrémités inférieures des tuteurs latéraux et des ressorts paravertébraux. L'extrémité inférieure des ressorts paravertébraux peut être fixée sur une plaque en alliage léger remplaçant la bande pelvienne postérieure, les tuteurs latéraux sont alors fixés sur les ressorts paravertébraux ;
1 bande d'appui interscapulaire affectant la forme dite « en chapeau de gendarme » pour emboîter la région dorsale supérieure (largeur 14 à 20 mm, épaisseur 12 à 16/10 mm) et sur laquelle viennent se fixer les extrémités des tuteurs paravertébraux et latéraux.

Toute variation dans la conception de l'armature n'entraîne pas de modification du tarif de responsabilité applicable.

CIVC-2

Réalisé selon le principe dit « cage ajourée » (voir CIVB-2), ce corset comporte une armature identique dans sa conception à celle du type CIVC-1 mais dont les pièces métalliques ont une largeur de 20 à 30 mm.

Adjonctions prévues

a) Pour tous corsets d'immobilisation vertébrale :
- béquillon garni avec son porte-béquillon seulement pour CIVB ou CIVC ;
- bretelle ;
- coussin de compensation ;
- coussin postopératoire de protection ;
- dispositif pour stomie ;
- épaulière ;
- jarretelles ;
- patte hypogastrique avec tirants élastiques réglables ;
- patte d'entrejambe ;
- pelote pour éventration ou hernie ;
- sangle intérieure ;
- sous-cuisses élastiques ;
- tirant hypogastrique réglable ou bride de rappel réglable lombo-sacrée ;

b) Pour CIVB-1, CIVB-2 et CIVC seulement : moulage éventuel après un accord de l'organisme de prise en charge ;

c) Pour CIVC exclusivement : palette pectorale de redressement.

2.1.6.2.2. Définitions et caractéristiques des adjonctions

Les adjonctions autorisées pour les types de ceintures et de corsets énumérés précédemment doivent correspondre à ces définitions et caractéristiques.

2.1.6.2.2.1. Béquillon garni avec son porte-béquillon

Ce dispositif en forme de fourche ou de « T » dont la partie supérieure capitonnée au niveau du soutien est susceptible de pivoter sur la partie verticale de fixation. Cette dernière est fixée par vis sur le tuteur latéral du corset afin de permettre son réglage en hauteur.

2.1.6.2.2.2. Bretelle

Elle a pour but d'améliorer l'application et le maintien de la fourniture en cas de prolongement de celle-ci au niveau de la zone scapulaire. Réalisée soit en coutil fort, soit en sangle orthopédique de 35 mm de largeur minimale, elle est capitonnée et garnie sur la face antérieure.

2.1.6.2.2.3. Coussin de compensation

Masse de matériau non déformable de façon définitive, modelée pour s'adapter à la concavité d'une déformation du tronc, elle est destinée à redonner un aspect morphologique se rapprochant de l'aspect normal, ou du moins à atténuer fortement la déformation en facilitant l'adaptation vestimentaire. Ce coussin est recouvert d'une enveloppe textile solidement fixée à l'intérieur de la fourniture.

2.1.6.2.2.4. Coussin postopératoire de protection

Il a pour fonction de protéger les zones cicatricielles recouvertes par le corset.

Constitué de matériau non traumatisant d'épaisseur supérieure à 6 mm, le coussin est inclus dans une enveloppe en textile. Le rembourrage textile doit être maintenu par piqûre. La plus petite dimension du coussin ne peut être inférieure au tiers de la plus grande.
Il existe trois tailles de coussin :
- inférieure à 13 cm dans la plus grande dimension ;
- de 13 à 24 cm dans la plus grande dimension ;
- supérieure à 24 cm dans la plus grande dimension.

2.1.6.2.2.5. Dispositif pour stomie

Lorsque la ceinture médico-chirurgicale recouvre une stomie, il faut parfois prévoir un orifice minutieusement centré sur la stomie pour permettre le passage d'une poche qui reposera par-dessus la ceinture. Cet orifice doit comporter une bordure qui peut être doublée d'un matériau réputé anallergique. Ce dispositif peut comporter un système d'ouverture.

2.1.6.2.2.6. Épaulière

Elle permet d'assurer un complément de correction au niveau de la ceinture scapulaire.
De forme approximativement triangulaire, elle présente à une de ses extrémités un anneau rembourré enveloppant la racine du membre supérieur et s'attache à l'autre extrémité sur le corset par un dispositif réglable après avoir traversé en diagonale la région dorsale.
Réalisée en coutil fort, elle est doublée à sa face interne sur toute la longueur par un molletonnage léger formant matelassure.

2.1.6.2.2.7. Moulage

Il peut s'avérer nécessaire pour les CIVB-1 (B-2 dans les cas d'asymétrie) et les CIVC.

Sa prise en charge est alors subordonnée à l'accord des organismes sociaux. Le moulage positif en plâtre s'étend des ischions à la base du cou ; il est pris en position corrigée. Réalisé à partir d'un négatif, il permet, après que le fournisseur a souligné les zones d'appui d'ancrage de l'armature, une prise de mesure et une adaptation parfaites, selon la conformation anatomique du sujet.

2.1.6.2.2.8. Palette pectorale de redressement

Palette allongée, ovalaire, de 30 mm de large sur 50 mm de long en moyenne, prenant appui sur les masses musculaires pectorales au voisinage de l'angle formé par la portion externe de la clavicule et le prolongement supérieur de la ligne axillaire antérieure ; elle est fixée à son extrémité inférieure par un acier ressort (15 à 20 mm de large et 15 à 20/10 de mm d'épaisseur), courbé et galbé, vissé ou rivé à la partie antérieure de la ferrure transversale supérieure. La face interne de la palette et son support en acier ressort sont capitonnés sur base cuir débordant la largeur des pièces métalliques ; la face externe est recouverte d'une basane. Une sangle épaulière réglable peut, si besoin, la relier au bord postéro- supérieur du corset d'immobilisation vertébrale.

2.1.6.2.2.9. Patte hypogastrique avec tirants élastiques réglables.

Elle a pour rôle de suppléer à une déficience des muscles droits de l'abdomen dans leur portion sous-ombilicale ou de réduire et contenir une déficience de la ligne blanche à ce niveau. Le montage la situe habituellement au niveau de la moitié inférieure de la portion sous-ombilicale mais il peut être conditionné par une déficience pariétale localisée ailleurs. Les tirants élastiques réglables sont réalisés en sangle orthopédique de 35 mm de large au moins, qualité extra-forte. Ils sont généralement fixés à la partie postérieure de la fourniture ; la fixation antérieure s'effectue par ancrage sur la patte hypogastrique :

- modèle normal à un seul tirant bilatéral ; dimensions minimales : 14 cm de largeur et 7 cm de hauteur ;
- grand modèle, à deux tirants bilatéraux ; dimensions minimales : 21 cm de largeur et 12 cm de hauteur.

2.1.6.2.2.10. Pelote pour éventration ou hernie

Elle a pour fonction de réduire et contenir les hernies et éventrations réductibles dont les orifices d'issue sont recouverts par la fourniture. Dans le cas de hernie inguinale, le port d'un sous-cuisse à point d'attache antérieur au niveau de l'adjonction peut être envisagé.

Constituée en matériau cellulaire, feutre ou bourre de textile, elle est incluse dans une enveloppe en textile. Son épaisseur minimale ne peut être inférieure à 20 mm. Cette pelote peut être montée sur une base de cuir, de métal ou de matériau plastique rigide galbé sur la convexité et reliefs pariétaux pour améliorer l'adaptation et renforcer la contention.
La plus petite dimension de la pelote ne peut être inférieure au tiers de la plus grande. Il existe deux tailles de pelote pour éventration :
- inférieure ou égale à 12 cm dans la plus grande dimension ;
- supérieure à 12 cm dans la plus grande dimension.

2.1.6.2.2.11. Sangle intérieure

L'ensemble, avec son système de réglage et de fermeture, est destinée à la contention et au soutien du « tablier » adipo-cutané lorsqu'il y a distension pathologique des téguments de recouvrement antérieur de l'abdomen, afin de réduire les algies et les troubles trophiques à son niveau.
Elle est fixée latéralement à la face interne de l'appareil, dans sa moitié inférieure, par des montants bilatéraux en coutil fort. La partie antérieure est habituellement en tissu élastique fort. La hauteur minimale ne peut être inférieure à 10 cm. La sangle intérieure comporte obligatoirement un réglage par laçage latéral sur toute la hauteur et une fermeture complémentaire sur le côté opposé. La face antérieure est renforcée par deux ou quatre aciers ressorts (épaisseur 3 à 4/10 de mm, largeur 10 à 14 mm) pour en améliorer l'efficacité.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

2.1.6.2.2.12. Tirant hypogastrique réglable ou bride de rappel réglable lombo-sacrée (l'ensemble)

Ils sont destinés à mettre en tension la musculature abdominale soit par une action de meilleur soutien abdominal, soit pour améliorer la sustentation rachidienne lombaire. Ils sont réalisés en sangle orthopédique élastique forte de 35 à 45 mm de largeur. D'une seule pièce, ils ceinturent le tronc au niveau des crêtes iliaques, passant en arrière au sommet de la concavité lombaire. En avant, ils sont soit maintenus par des coulisseaux en sangle de coton, soit cousus à la partie médiane antérieure de la fourniture, au niveau de sa moitié inférieure.

En deux pièces, chaque moitié est alors cousue à la partie postérieure de l'appareil, de chaque côté de la fermeture réglable, au niveau du sommet de la lordose et vient se fixer en avant sur une boucle ou crochet de réglage au niveau de la zone suspubienne.

2.1.6.2.3. Définition des matières premières

Conditions auxquelles doivent répondre les matières premières, produits semi-finis et produits finis utilisés dans la fabrication des ceintures abdominales et des corsets vertébraux.

2.1.6.2.3.1. Les parties élastiques sont constituées par des tissus élastiques soit tissés, soit tricotés

* tissu élastique de type damier. Il est composé d'une chaîne et d'une trame en fils de coton et mélangés à la chaîne, de fils de caoutchouc numéros 28 à 34 au nombre de huit à dix au centimètre. Les fils de chaîne sont des fils de coton de numéros métriques 60 à 120, deux bouts. Les fils de trame à plusieurs bouts ne doivent pas être plus fins que le numéro métrique final 60 ;
* tissu élastique en un sens, type compact. Il est composé d'une chaîne et d'une trame en fils de coton retors d'un numéro métrique final compris entre 30 et 40, employés en deux bouts. A la chaîne textile est mélangée une chaîne de fils de caoutchouc guipés n° 50 au plus gros, au nombre de sept à douze gommes au centimètre. La trame est en fils de coton retors d'un numéro métrique final compris entre 16 et 22 ;
* le tissu élastique deux sens, type compact. Il est composé d'une chaîne et d'une trame en fils de coton retors d'un numéro métrique final compris entre 30 et 40, employés en deux bouts. A la chaîne textile est mélangée une chaîne de fils de caoutchouc guipés n° 50 ou plus gros au nombre de neuf à quatorze gommes au centimètre. La trame textile alterne avec une trame de fils de caoutchouc guipés n° 50 ou plus fins ;
* tissu élastique, types côtes tricoteuses fortes. Il est constitué par un fil de gomme numéros 28 à 32 guipé avec des fils de coton numéros 28 à 40 à un bout en première couverture et numéros 30 à 100 simple ou retors en deuxième couverture, enrobé dans une maille composée de deux à quatre fils de coton numéros 80 à 130 en deux bouts ;
* tissu élastique dans un sens, extensible dans l'autre, type réseau double gomme. Il est composé d'une chaîne en gomme guipée numéros 60 ou plus gros, cette gomme étant recouverte de fils de coton ou synthétiques, le nombre de gommes est au minimum de quatorze au centimètre avec au moins deux gommes guipées au réseau. Cette chaîne de gomme est associée à une chaîne de coton retors minimum trois bouts, numéros métriques 60 à 90 ;
* tissu élastique dans un sens, extensible dans l'autre, type réseau triple gomme. Il est composé d'une chaîne en gomme guipée n° 60 ou plus gros, cette gomme étant recouverte de fils de coton, le nombre de gommes guipées est au minimum de dix-huit au centimètre avec au moins trois gommes guipées au réseau. Cette chaîne de gomme est associée à une chaîne de coton retors minimum trois bouts, numéros métriques 60 à 90 ;
* tissu élastique dans un sens, extensible dans l'autre, type réseau quintuple gomme. Il est composé d'une chaîne en gomme guipée n° 60 ou plus gros, cette gomme étant recouverte de fils de coton, le nombre de gommes sera au minimum de dix-huit au centimètre avec au moins cinq gommes guipées au réseau. Cette chaîne de gomme est associée à une chaîne de coton retors minimum trois bouts, numéros métriques 60 à 90.

Par dérogation aux spécifications indiquées ci-dessus, tous les tissus élastiques utilisés pour la fabrication des ceintures abdominales et des corsets vertébraux peuvent être fabriquées avec des fils ou filés artificiels ou synthétiques, à condition de présenter des qualités de résistance à la traction, à l'abrasion et au lavage identiques à celles des tissus décrits aux spécifications techniques.

2.1.6.2.3.2. Ressorts acier et baleinages

Les aciers ressorts utilisés dans la confection des ceintures et des corsets sont en acier au carbone (0,6 à 0,7 %) laminé à froid, trempé et revenu, présentant une résistance à la traction de 90 à 140 kgf/mm² (HB = 375 à 400).
Les baleinages sont réalisés dans la même catégorie d'acier et doivent être renforcés en épaisseur aux extrémités pour éviter toute détérioration des tissus qu'ils renforcent.
Les bords doivent être ébavurés et arrondis ainsi que les extrémités. Les aciers ressorts et les baleinages doivent être protégés contre l'oxydation par un revêtement plastique ou par tout autre moyen prolongé sur la tranche des pièces métalliques.

2.1.6.2.3.3. Matériaux thermoformables

Ils sont définis au titre I de la liste des produits et des prestations remboursables prévue aux articles LP 30 et 31 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée. Les bords doivent être ébavurés et arrondis ainsi que les extrémités.

2.1.6.2.4. Délai de renouvellement

Les bandes-ceintures et ceintures de soutien lombaire ainsi que les ceintures de soutien abdominal, dont l'utilisation est présumée sporadique ou temporaire, ne sont pas renouvelables.

Les ceintures de maintien abdominal ou lombaire et les corsets d'immobilisation vertébrale dont l'utilisation est présumée permanente et/ou définitive sont renouvelables en tenant compte des critères de la durée de garantie citée ci-dessous. Une deuxième attribution pour ces ceintures de maintien et corsets peut éventuellement être prise en charge sur prescription médicale.

2.1.6.2.5. Garantie

Les ceintures de soutien abdominal, de maintien, les corsets d'immobilisation vertébrale doivent conserver leurs caractéristiques pendant au moins un an. La garantie ne joue pas si leur altération ne résulte pas de la qualité des matériaux utilisés, des méthodes de fabrication ou des modifications morphologiques ou pathologiques du patient appareillé.

2.1.6.3. Nomenclature et tarifs

2.1.6.3.1. Ceintures et corsets de série ou thermoformables

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
201E00.01		**Bande ceinture de soutien lombaire**	7 798	
201E00.021		**- hauteur dos 21 cm .**	8 473	

201E00.022		**- hauteur dos 26 cm .**	10 030	
	CSB	Ceinture de soutien abdominal de série entièrement ou en partie en tissu élastique**.**		
		Les repères anatomiques pour déterminer la hauteur sont : en bas : le bord supérieur du pubis ; en haut :		
201E00.031		**a) L'ombilic .**	10 331	
201E00.032		**b) Le point à mi-distance entre l'ombilic et la pointe de l'appendice xyphoïde .**	12 910	
	CIMHR	Corset pour immobilisation et maintien en hyper-extension du rachis conforme aux spécifications techniques		
201E00.041		**- modèle simple.**	16 105	
201E00.042		**- modèle avec appui mentonnier .**	20 495	
201E00.043		- modèle avec minerve complète	30 310	
	CIVS	Corset pour maintien et immobilisation du rachis		
201E00.05		**Corset pour maintien et immobilisation du rachis conforme aux spécifications techniques comprenant les bretelles et jarretelles**	30 108	
		En cas de renouvellement		
201E00.051		**- bretelles, la paire.**	3914	
201E00.052		**- jarretelles, la paire.**	601	

2.1.6.3.2. Ceinture et corsets sur mesure

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	CSA	Ceinture de soutien abdominal sur mesure (CSA) entièrement ou en partie en tissu élastique.		
		Les repères anatomiques pour déterminer la hauteur sont : en bas : le bord supérieur du pubis ; en haut :		
201E01.011		**a) L'ombilic.**	11 958	
201E01.012		**b) Le point à mi-distance entre l'ombilic et la pointe de l'appendice xyphoïde**	14 945	
201E01.013		**c) La pointe de l'appendice xyphoïde**	17 378	
	CMA	**Ceinture de soutien abdominal sur mesure (CSA) entièrement ou en partie en tissu élastique.**		

		Hauteur type : le point de repère inférieur est constitué par le bord supérieur du pubis.		
		Les repères supérieurs sont :		
201E01.021		**a) L'ombilic**	13 671	
201E01.022		**b) Le point à mi-distance entre l'ombilic et la pointe de l'appendice xyphoïde**	17 245	
201E01.023		**c) La pointe de l'appendice xyphoïde**	20 695	
	CML	Ceinture de maintien lombaire sur mesure CML (ceinture de maintien lombaire)		
		Les repères supérieurs sont :		
201E01.0311		**a) Le sommet de l'apophyse épineuse de D12**	14 836	
201E01.0312		**b) Le sommet de l'apophyse épineuse de D9**	18 544	
	CMAL	CMAL (ceinture de maintien abdomino-lombaire).		
		Les repères supérieurs sont		
201E01.321		**a) Le sommet de l'apophyse épineuse de D12**	15 314	
201E01.322		**b) Le sommet de l'apophyse épineuse de D9**	19 143	
	CMLR	CMLR (ceinture de maintien lombaire renforcée).		
		Les repères suivants sont		
201E01.0331		**a) Le sommet de l'apophyse épineuse de D12**	16 626	
201E01.0332		**b) Le sommet de l'apophyse épineuse de D9**	20 783	
	CIV	Corsets d'immobilisation vertébrale sur mesure (CIV)		
	CIVA	CIVA (corset d'immobilisation vertébrale A à « cage demi-ouverte »).		
		Les repères supérieurs sont :		
201E01.0411		**a) Le sommet de l'apophyse épineuse de D12**	35 775	
201E01.0412		**b) Le sommet de l'apophyse épineuse de D9**	42 931	
201E01.0413		**c) Le sommet de l'apophyse épineuse de D6**	50 087	
	CIVB1	CIVB1 (corset d'immobilisation vertébrale B1 à « cage fermée »).		
		Les repères supérieurs sont :		
201E01.0421		**a) Le sommet de l'apophyse épineuse de D12**	41 014	

201E01.0422		**b) Le sommet de l'apophyse épineuse de D9**	49 217	
201E01.0423		**c) Le sommet de l'apophyse épineuse de D6**	57 438	
	CIVB2	CIVB2 (corset d'immobilisation vertébrale B2 à « cage ajourée »).		
		Les repères supérieurs sont :		
201E01.0431		**a) Le sommet de l'apophyse épineuse de D12**	39 047	
201E01.0432		**b) Le sommet de l'apophyse épineuse de D9**	46 854	
201E01.0433		**c) Le sommet de l'apophyse épineuse de D6**	54 542	
	CIVC	CIVC (corset d'immobilisation vertébrale C).		
		Le point de repère sera le sommet des apophyses épineuses supérieures à celles de D6.		
201E01.0441		**CIVC1**	51 263	
201E01.0442		**CIVC2**	48 444	
		Nota : Pour tous les CIV prescrits pour les enfants, une réduction du tarif de responsabilité est appliquée. Lorsque la circonférence du bassin au plus large dans le champ de l'appareil est de : -75 à 70 cm, appliquer une réduction de 15 %. - 69 à 64 cm, appliquer une réduction de 25 %.		

2.1.6.3.3. Adjonctions

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
201E02.01	**Béquillon garni avec son porte-béquillon, l'unité pour CIVB ou CIVC**	8 857	
201E02.02	**Bretelles, la paire**	7 827	
201E02.03	**Coussin de compensation**	2 594	
	Coussin post-opératoire, 3 tailles :		
201E02.041	* **inférieur à 13 cm dans la plus grande dimension,**	1 517	
201E02.042	* **de 13 à 24 cm dans la plus grande dimension,**	1 898	
201E02.043	* **au-delà de 24 cm dans la plus grande dimension,**	2 278	
201E02.05	**Dispositif pour stomie.**	4 927	
201E02.06	**Épaulière.**	4 172	

	Fermeture complémentaire de côté		
201E02.071	- **agrafage**	1 661	
201E02.072	- **bouclage**	3 625	
201E02.073	- **boutonnage**	2 848	
201E02.074	- **glissière**	1 828	
201E02.08	**En l'absence de fermeture complémentaire, abattement forfaitaire de**	1 416	
201E02.09	**Jarretelles classiques, la paire**	903	
	Moulage pour le CIV (toutes opérations comprises) :		
201E02.101	- **moulage pour le CIVB1 et CIVB2**	9 974	
201E02.102	**- moulage pour le CIVC1 et CIVC2**	15 707	
201E02.11	**Palette pectorale de redressement pour CIVC seulement**	16 424	
201E02.12	**Pattes d'entrejambe et leur dispositif de fixation, la paire**	2 639	
	Patte hypogastrique avec tirants élastiques réglables		
201E02.131	- **modèle normal à un seul tirant bilatéral :** **dimensions minimales : 14 cm de largeur, 7 cm de hauteur,**	2 670	
201E02.132	- **grand modèle à 2 tirants bilatéraux :** **dimensions minimales : 21 cm de largeur, 12 cm de hauteur,**	3 417	
	Pelote pour éventration		
	a) Pour éventration réductible, 2 tailles :		
201E02.1411	- **inférieure ou égale à 12 cm dans la plus grande dimension**	4 376	
201E02.1412	- **supérieure à 12 cm dans la plus grande dimension**	4 741	
201E02.142	**pour éventration irréductible (pelote concave)**	6 636	
201E02.15	**Pelote pour hernie (voir tarifs des pelotes pour bandages herniaires, 2-1-2-2-7).**		
201E02.16	**Sangle intérieure, l'ensemble**	9 732	
201E02.17	**Sous-cuisses élastiques, la paire**	1 205	
201E02.18	**Tirant hypogastrique réglable, ou bride de rappel lombosacrée, l'ensemble**	2 393	

2.1.6.3.4. Suppléments

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
201E03.01	**Hauteurs : pour ceintures médico-chirurgicales seulement.** Les hauteurs moyennes en centimètres correspondant aux repères anatomiques cités ci-dessous, mesurées à partir du bord supérieur du pubis, sont les suivantes : ombilic : 18 cm ; point à mi-distance entre l'ombilic et la base de l'appendice xyphoïde : 25 cm; base de l'appendice xyphoïde : 32 cm. Lorsque la hauteur antérieure de la ceinture est supérieure ou inférieure à la hauteur moyenne admise aux spécifications techniques, elle fait l'objet d'un supplément ou d'une réduction forfaitaire de 5 % par fraction de 2 cm.		
201E03.02	**Forme enveloppante (emboîtage).** Lorsque la hauteur dorsale dépasse de plus de 3 cm la hauteur totale antérieure d'une ceinture de maintien abdominal, ou la limite inférieure des aciers ressorts d'une ceinture de maintien lombaire, ou le bord postéro-inférieur de la cage métallique d'un corset d'immobilisation vertébrale, un supplément forfaitaire de 5 % est prévu par 2 cm ou fraction au-delà du dépassement initial.		
201E03.03	**Hors tailles.** Lorsque la circonférence pelvienne, mesurée horizontalement dans sa plus grande dimension, dépasse 100 cm, un supplément forfaitaire de 1 % par centimètre supplémentaire est prévu. Ce supplément concerne uniquement la ceinture et non les adjonctions.		

2.1.7. F Colliers cervicaux

2.1.7.1. Généralités

2.1.7.1.1. Définition

Ce sont des orthèses fabriquées en série destinées :
- à limiter plus ou moins fortement l'amplitude des mouvements de rotation et/ou de flexion de la colonne cervicale ;
- à diminuer la charge portée par la colonne cervicale.

2.1.7.1.2. Prescription

Elle doit être libellée sur une ordonnance particulière, indépendante de celles comportant la prescription de produits pharmaceutiques ou de tout autre appareil.

Elle doit généralement préciser, en plus de la désignation de l'article, la nature et le siège de l'atteinte justifiant la prescription et, éventuellement, les indications permettant une application correcte de l'orthèse (finalité médicale).

2.1.7.2. Spécifications techniques

Ces orthèses sont généralement fabriquées en série ; elles doivent être disponibles en plusieurs tailles de manière à pouvoir être appliquées sans délai. Elles sont réalisées à partir de matériau de synthèse et/ou de caoutchouc recouvert d'une housse textile réputée non allergique.

2.1.7.2.1. Délai de renouvellement

Le délai minimal d'utilisation avant renouvellement est d'un an. Un renouvellement anticipé peut être accordé en cas de détériorations accidentelles, de variations physiologiques ou pathologiques, ou lors d'utilisations particulières en rapport avec un exercice professionnel.

2.1.7.2.2. Garantie

La garantie totale relative à la fabrication, à la finition et à la qualité des colliers cervicaux s'étend sur une période de six mois à compter de la livraison définitive. Cette garantie ne joue pas si l'altération des matières premières ne résulte pas de la qualité des matières utilisées ou des méthodes de fabrication.

2.1.7.2.3. Classification

C1 : collier cervical pour soutien léger en mousse naturelle ou synthétique d'une densité minimale de 30 kg/m³, recouvert d'une enveloppe réputée non allergique.
C2 : collier non réglable en hauteur, pour soutien moyen prolongé en hyperextension, semi-rigide. Ce point existe au moins en trois tailles et trois hauteurs.
C3 : collier pour soutien moyen prolongé en hyperextension, semi-rigide. Il doit être réglable en hauteur et comporter des bords non traumatisants.
C4 : collier cervical dit « mini-minerve » pour soutien renforcé avec appui occipital, mentonnier et sternal permettant un réglage de l'extension sur le patient. Il est applicable sans moulage.

2.1.7.3. Nomenclature et tarifs

Code	Référence	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2118823	C1	**Collier cervical pour soutien léger**	1 661	
2139009	C2	**Collier cervical non réglable en hauteur pour soutien moyen**	2 352	
2105938	C3	**Collier cervical réglable en hauteur pour soutien moyen**	2 821	
2193813	C4	**Collier cervical dit « mini-minerve »**	3 371	

2.1.8. G Appareils divers de correction orthopédique

2.1.8.1. Généralités

2.1.8.1.1. Définition

Ce sont des orthèses destinées :

- à corriger des déformations des membres ;
- à limiter ou immobiliser en extension ou flexion leurs articulations ;
- à permettre éventuellement leur rééducation.

2.1.8.1.2. Prescription

Elle doit être libellée sur une ordonnance particulière, indépendante de celles comportant la prescription de produits pharmaceutiques ou de tout autre appareil.
Elle doit généralement préciser, en plus de la désignation de l'article, la nature et le siège de l'atteinte justifiant la prescription et, éventuellement, les indications permettant une application correcte de l'orthèse (finalité médicale).

2.1.8.2. Spécifications techniques

Ces orthèses, selon les spécifications des présentes spécifications techniques, sont :
- soit fabriquées en série en plusieurs tailles pour permettre l'adaptation à tous les âges ;
- soit fabriquées sur mesure.

2.1.8.2.1. Délai de renouvellement

Il est assujetti à une prescription qui prend en compte les modifications physiologiques ou pathologiques du patient.

2.1.8.2.2. Garantie

La garantie totale relative à la fabrication, à la finition et à la qualité des orthèses s'étend sur une période de six mois à compter de la livraison définitive.
Cette garantie ne joue pas si l'altération des matières premières ne résulte pas de la qualité des matériaux utilisés ou des méthodes de fabrication.

2.1.8.2.3. Les appareils concernant le membre inférieur

2.1.8.2.3.1. Niveau du pied

Attelles montées sur chaussures

Les attelles métalliques ou en matériau de synthèse, se fixant à des chaussures à bouts ouverts par un élément métallique ou matériau de synthèse, sont :
- soit rigides d'une seule pièce ou articulées au centre ou avec deux rotules aux extrémités permettant une orientation axiale et un blocage en position adaptée du pied ;
- soit articulées au centre avec ou sans rotules aux extrémités permettant une orientation axiale et un blocage en position du pied.

Attelles sans chaussures

Les attelles sont fixées directement sur le pied et munies d'une plaque avec butées latérales qui assurent le maintien en position souhaitée. Elles peuvent être rigides ou articulées avec un système de blocage permettant l'orientation axiale du pied.

Chaussures à bout ouvert

Les chaussures en cuir à bout ouvert, munies d'une bride antiéquin, sont des orthèses de traitement de jour et nuit qui ne permettent pas la marche. Elles sont à bord interne convexe ou à bord interne rectiligne pour les déformations de l'avant-pied.

Ces orthèses sont délivrées à l'unité ou à la paire, dépareillées ou non, selon la prescription médicale, associées si besoin à des attelles.

Attelles ou chaussons articulés

Appareils en cuir ou matériau thermoformable, à bout ouvert, ne permettant pas la marche, destinés au traitement progressif des malformations congénitales du pied.

Ils sont constitués de deux parties, l'une maintenant le tarse, l'autre enveloppant le métatarse. Une pièce articulée, en métal ou en matériau de synthèse, permet les mises en position de corrections nécessaires.

Attelles pour correction de pied valgus ou varus (type attelle de Saint-Germain)

Cet appareil pour pied valgus ou varus est en métal muni d'une semelle avec une tige latérale intérieure ou extérieure suivant le cas.

Chausson intérieur moulé

Ce chausson est moulé directement sur le pied à l'aide d'un appareil de moulage spécifique. Il permet le port d'une chaussure montante. Ces chaussons sont confectionnés sur moulage et adaptés au cas clinique.

Appareils releveurs de pied de série

Dispositif quel qu'en soit le matériau pour relever ou maintenir le pied à angle droit sans déséquilibre latéral.

2.1.8.2.3.2. Niveau genou

Appareils de correction pour genuvalgum

Cet appareil comprend deux gouttières en aluminium ou en matériau de synthèse s'étendant du périnée au pied, avec une partie enveloppante au genou pour éviter la flexion. Ces gouttières sont capitonnées intérieurement et le maintien du membre inférieur est assuré par des sangles. La correction nécessaire est apportée par un capitonnage progressif au niveau du genou. Le tarif de responsabilité de l'appareil comprend les feutrages successifs nécessités par l'évolution du traitement.

Attelle et orthèse de série pour appareillage du genou

Appareil non articulé

C'est une orthèse de série non articulée destinée au maintien en extension de l'articulation du genou. Elle est faite dans un matériau ne comportant pas d'éléments réputés allergiques. Elle comporte un système amovible ou non qui assure la rigidité de l'ensemble et, si besoin, des systèmes d'accrochage maintenant fixée l'attelle au membre. Elle est lavable. Elle est livrée en plusieurs tailles qui permettent son adaptation du petit enfant à l'adulte.

Appareil articulé

La prise en charge peut être accordée après traitement chirurgical et pour le traitement orthopédique des lésions du genou.
Cette orthèse à articulation mono ou polycentrique, avec ou sans secteur de mobilité articulaire réglable, est adaptable à la morphologie du sujet et à l'évolution de sa pathologie.
Le système d'accrochage assure un bon maintien de l'orthèse sur le membre.

Elle est faite dans des matériaux ne comportant pas d'éléments réputés allergiques.
Elle est résistante aux sollicitations du membre inférieur.
Elle n'est pas traumatisante.

2.1.8.2.3.3. Niveau hanches

L'application de ces appareils est faite par le prescripteur.

Attelles d'abduction de hanches (type attelle du docteur Petit)

Cet appareil comprend deux coquilles en métal ou thermoplastique, garnies molleton et Nylon ou molleton et « chèvre chromée ». Ces coquilles sont montées sur un ensemble d'équerres et tringlerie à rotules permettant toutes les positions nécessitées par le traitement.

Coussin d'abduction des membres inférieurs chez le très jeune enfant

Ce coussin est utilisé chez le jeune enfant, pour mise en abduction des hanches luxables.
Dimensions : de 16 à 24 cm :
- en forme de H ;
- en forme de culotte.

Harnais de mise en abduction des hanches dysplasiques, chez l'enfant

Appareil pelvi-bipédieux réglable avec appui biscapulaire. Il est destiné au traitement ambulatoire des formes mineures de dysplasie et de luxation des hanches chez l'enfant, avant la verticalisation. L'appareil est constitué d'une ceinture thoracique et de deux épaulières réglables, d'un système de sangle solidaire de deux bandes sous-cuisses ou tibio-tarsiennes capitonnées permettant le réglage de la flexion des hanches. Cet appareil existe en trois tailles.

2.1.8.2.4. Les appareils concernant le membre supérieur

2.1.8.2.4.1. Niveau main et poignet

Les attelles et orthèses pour appareillage de la main et du poignet sont destinées à la rééducation du poignet et/ou de la main et/ou des doigts. Ces appareils peuvent être :
- soit fabriqués en série, à partir de matériaux de synthèse et/ou de cuir, avec structures métalliques déformables adaptables. Ils doivent être disponibles en plusieurs tailles ;
- soit réalisés en application immédiate, ne nécessitant pas de moulages, avec les matériaux thermoformables basse température inscrits dans la liste des produits et des prestations remboursables prévue aux articles LP 30 et 31 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée.

2.1.8.3. Nomenclature et tarifs

2.1.8.3.1. Les appareils concernant le membre inférieur

2.1.8.3.1.1. Niveau du pied

Attelles montées sur chaussures

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2161530	**Correction orthopédique, pied, attelle montée sur chaussures**	11 563	
2152837	**Correction orthopédique, pied, attelle, remplacement chaussures**	8 633	

Attelles sans chaussures

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2113174	**Correction orthopédique, pied, attelle rigide sans chaussure**	2 178	
2109534	**Correction orthopédique, pied, attelle articulée, sans chaussure**	3 309	

Chaussure à bout ouvert

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2182710	**Correction orthopédique, pied, chaussure à bout ouvert**	4 317	

Attelles ou chaussons articulés

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2104525	**Correction orthopédique, pied, attelle correctrice, tous plans de l'espace**	5 541	
2199968	**Correction orthopédique, pied, attelle correctrice, un plan de l'espace**	3 611	

Attelles pour correction de pied valgus ou varus (type attelle de Saint-Germain).

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2120790	**Correction orthopédique, pied valgus ou varus attelle correctrice, l'unité**	587	
2190393	**Correction orthopédique, pied valgus ou varus attelle correctrice, la paire**	1 122	

Chausson intérieur moulé

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Sans remplissage de voûte :		

2156048	**Correction orthopédique, pied, chausson moulé, sans remplissage ≤ 34**	4 196	
2150212	**Correction orthopédique, pied, chausson moulé, sans remplissage ≥ 35**	5 435	
	Avec remplissage de voûte :		
2126805	**Correction orthopédique, pied, chausson moulé, avec remplissage < ou = 34**	5 035	
2124657	**Correction orthopédique, pied, chausson moulé, avec remplissage > ou = 35**	6 521	

Attelles releveurs de pied

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2122138	**Correction orthopédique, pied, attelle releveur de pied de série**	13 686	71 820

Orthèse stabilisatrice de cheville dans le plan frontal pour le traitement des entorses de chevilles récentes graves ou de gravité moyenne.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2107972	**Correction orthopédique, pied, orthèses stabilisatrices de cheville dans le plan frontal** Seules sont prises en charge les orthèses stabilisatrices de cheville comportant deux montants latéraux rigides de taille adaptée à la morphologie du sujet. La prise en charge est assurée dans les cas d'entorses externes récentes de la cheville, graves ou de gravité moyenne.	4 927	

2.1.8.3.1.2. Niveau genou

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2172449	**Correction orthopédique, genou, appareil de correction pour genu valgum**	1 527	
	Attelle et orthèse de série pour appareillage du genou		
2124338	**Correction orthopédique, genou, attelle et orthèse non articulée**	10 275	
2152211	**Correction orthopédique, Attelle et orthèse de genou articulée**	18 366	

2.1.8.3.1.3. Niveau hanches

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2187439	**Correction orthopédique, hanche, attelle d'abduction (type attelle du Dr Petit)**	1 925	

2120725	**Correction orthopédique, hanche, coussin d'abduction, membre inférieur, enfant.** Toute dimension.	3 354	
2117500	**Correction orthopédique, hanche, harnais d'abduction, hanche dysplasique, enfant.** Quelle que soit la taille	8 523	

2.1.8.3.1.4. Niveau pied-genou

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2164622	**Correction orthopédique, pied-genou, attelle correctrice, tout plan de l'espace** Attelle composée de 4 structures séparées, reliées et articulées entre elles pour correction dans tous les plans de l'espace à l'exception des mouvements de flexion/extension jambe sur cuisse	15974	

2.1.8.3.2. Les appareils concernant le membre supérieur

2.1.8.3.2.1. Niveau main et poignet

Attelle digitale à ressort

Attelle digitale pour extension

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2156864	**Correction orthopédique, main, attelle digitale, extension assistée**	2 995	
2144980	**Correction orthopédique, main, attelle digitale, extension type Capener .**	5 387	

Attelle digitale pour flexion

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2179500	**Correction orthopédique, main, attelle digitale, flexion**	2 693	
2122776	**Correction orthopédique, main, attelle digitale, flexion, spirale.**	5 387	

Attelle métacarpophalangienne (MP)

Attelle MP pour extension

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2154032	**Correction orthopédique, main, attelle MP, extension**	7 157	

Attelle MP pour flexion

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2165194	**Correction orthopédique, main, attelle MP, flexion**	6 591	
2139943	**Correction orthopédique, main, attelle MP, flexion, pouce abduction**	7 778	
2128365	**Correction orthopédique, main, attelle MP, flexion, pouce abduction + ext. IP. Extension assistée des interphalangiennes (IP)**	10 471	

Attelle main -poignet

Attelle main -poignet avec extension des MP

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2104637	**Cor. ortho. main-poignet, attelle, extension MP + poignet + pouce abduction**	14 221	

Attelle main -poignet avec flexion des MP

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2145984	**Cor. ortho. main-poignet, attelle, extension poignet**	8 193	
2149440	**Cor. ortho. main-poignet, attelle, flexion MP + ext. poignet**	14 221	
2192630	**Cor. ortho. main-poignet, attelle, flexion MP + ext. poignet + pouce abduction**	16 950	
2174460	**Cor. ortho. main-poignet, attelle, flexion MP + ext. poignet & IP + pouce abduction**	14 221	

Orthèse de main -poignet

Orthèse dynamique

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2197159	**Cor. ortho. main-poignet, orthèse dynamique, extension MP**	14 935	
2145524	**Cor. ortho. main-poignet, orthèse dynamique, flexion MP et ext. IP**	17 912	

Orthèse statique

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2182755	**Cor. ortho. main-poignet, orthèse statique, poignet-rigide**	7 477	
2159526	**Cor. ortho. main-poignet, orthèse statique, poignet-main**	10 170	
2189800	**Cor. ortho. main-poignet, orthèse statique, poignet-pouce**	9 548	
2132303	**Cor. ortho. main-poignet, orthèse statique, palmaire.** Pour récupération d'un ou plusieurs fléchisseurs (orthèse palmaire de poignet) .	14 935	

Orthèses pour positionnement

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2155965	**Cor. ortho. main-poignet, orthèse de positionnement, déviation cubitale**	5 970	
2130310	**Cor. Ortho. Main-poignet, orthèse de positionnement, déviation radiale**	7 477	
2116741	**Cor. Ortho. Main-poignet, orthèse de positionnement, poignet-main-doigt**	10 471	

2.1.8.3.3. Supplément pour les articles aux mesures du patient

Code :	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
PF00005	**Supplément de 40% sur le tarif de responsabilité de l'appareillage de série correspondant.** Prise en charge uniquement sur présentation d'une ordonnance mentionnant l'appareillage « sur-mesure ».		

2.1.9. H Chaussures thérapeutiques de série (CHTS)

2.1.9.1. Spécifications techniques

2.1.9.1.1. Les chaussures thérapeutiques à usage temporaire (CHUT)

2.1.9.1.1.1. Définition

Une chaussure thérapeutique à usage temporaire est un dispositif médical au sens de l'article LP 2 de la loi de pays 2013-1sus-visée
Cette chaussure est techniquement conçue et utilisée de façon temporaire.

Une chaussure thérapeutique de série est destinée à des patients dont les anomalies constatées au niveau du pied demandent un maintien, un chaussant particulier ou une correction que ne peut assurer une chaussure ordinaire, sans pour autant justifier l'attribution d'une chaussure thérapeutique sur mesure.

2.1.9.1.1.2. Prescription

Elle doit être libellée sur une ordonnance particulière, indépendante de celles comportant la prescription de produits pharmaceutiques ou de tout autre appareil.
Elle répond à une finalité thérapeutique.
Il existe trois types de CHUT :
- les chaussures à décharge de l'avant-pied ;
- les chaussures à décharge du talon ;
- les chaussures pour augmentation du volume de l'avant-pied.

2.1.9.1.1.3. Fabrication

Tous les matériaux utilisés pour la fabrication d'une chaussure thérapeutique de série sont :

- sans défaut ;
- réputés non allergiques ;
- hygiéniques ;
- confortables ;
- non traumatisants ;
- biocompatibles.

La forme :

Ces chaussures doivent permettre si besoin le port d'un pansement, même important.
Une forme est indispensable à la réalisation de la chaussure thérapeutique de série. Le fabricant indique la grosseur habituelle (périmètre passant par les première et cinquième têtes métatarsiennes).
La forme utilisée est au moins égale à une sixième grosseur pour les enfants et les adolescents, une septième grosseur pour les femmes et une neuvième grosseur pour les hommes.

La tige :

Le dessus et la doublure de la tige sont le plus souvent prélevés dans les peausseries. Dans certains cas dictés par la pathologie ou les conditions d'utilisation, la peausserie peut être remplacée partiellement ou totalement par des tissus ou matériaux de synthèse répondant aux critères de qualité précédemment cités.
Elle comprend :
- une partie postérieure fixe pouvant ou non basculer en arrière. Cette partie postérieure est basse ou haute ;
- des quartiers latéraux solidaires ou non, mais devant permettre l'introduction sans effort du pied (ouverture maximale). En ouverture maximale, le pied est complètement recouvert soit par les quartiers latéraux, soit par une languette qui peut être capitonnée.

Le réglage des quartiers doit permettre des variations de volume autour d'un pied inflammatoire, oedémacié ou revêtu de pansements. Le réglage doit être facile et indépendant.

Il est obtenu par la réunion des quartiers au moyen d'un laçage de bandes autoagrippantes ou tout autre moyen.

Les éléments de renfort de la tige :

Les éléments de renfort de la tige, s'ils existent, sont adaptés à la finalité thérapeutique. Ils sont habituellement en cuir ou peausserie mais ils peuvent être remplacés par des matériaux de synthèse respectant les critères de qualité susvisés.

Le semelage :

Le semelage peut être en matériau naturel ou synthétique. La semelle peut être totale ou partielle.

2.1.9.1.1.4. Propriétés mécaniques et hygiéniques de la chaussure thérapeutique de série

Une chaussure thérapeutique de série est conforme aux normes :
NFG 52004 : résistance de la tige à la déchirure > 3 daN (decaNewton).
NFG 62012 : adaptabilité de la tige (déformation rémanente entre 25 et 50 %).
NFG 52019 : perméabilité à la vapeur d'eau de la tige $\geq$ 20 mg/cm² en 8 heures.
NFG 62002 : absorption de la sueur (120 mg/cm²).
NF EN 12770 : G 62001 : méthode d'essai applicable aux semelles d'usure-résistance à l'abrasion.
NFG 52014 : liaison tige/semelle $\geq$ 3 daN/cm.

De plus, la souplesse longitudinale de la chaussure est telle que la force nécessaire à la plier soit inférieure ou égale à 2,5 daN.

2.1.9.1.1.5. Garantie

La garantie (fournitures et main-d'oeuvre) relative à la fabrication, à la finition et à la qualité s'étend sur une période de trois mois à compter de la date de livraison pour une chaussure thérapeutique de série à usage temporaire (CHUT).

Le fabricant s'engage à tenir un stock permanent afin de répondre favorablement à tout moment aux commandes des fournisseurs.

2.1.9.1.2. Les chaussures thérapeutiques à usage prolongé (CHUP)

2.1.9.1.2.1. Définition

Une chaussure thérapeutique à usage prolongé est un dispositif médical au sens de l'article LP 2 de la loi du pays 2013-1 sus-visée. Cette chaussure est techniquement conçue et utilisée de façon prolongée.
Une chaussure thérapeutique de série est destinée à des patients dont les anomalies constatées au niveau du pied demandent un maintien, un chaussant particulier ou une correction que ne peut assurer une chaussure ordinaire, sans pour autant justifier l'attribution d'une chaussure thérapeutique sur mesure.

Elle répond à une finalité thérapeutique.

2.1.9.1.2.2. Fabrication

Tous les matériaux utilisés pour la fabrication d'une chaussure thérapeutique de série sont :

- sans défaut ;
- réputés non allergiques ;
- hygiéniques ;
- confortables ;
- non traumatisants ;
- biocompatibles.

La forme :

Une forme est indispensable à la réalisation de la chaussure thérapeutique de série.

La tige :

Le dessus et la doublure de la tige sont le plus souvent prélevés dans les peausseries. Dans certains cas dictés par la pathologie ou les conditions d'utilisation, la peausserie peut être remplacée partiellement ou totalement par des tissus ou matériaux de synthèse répondant aux critères de qualité précédemment cités.

Les éléments de renfort de la tige :

Les éléments de renfort de la tige, s'ils existent, sont adaptés à la finalité thérapeutique. Ils sont habituellement en cuir ou peausserie mais ils peuvent être remplacés par des matériaux de synthèse respectant les critères de qualité susvisés.

Le semelage :

Le semelage peut être en matériau naturel ou synthétique.

2.1.9.1.2.3. Propriétés mécaniques et hygiéniques de la chaussure thérapeutique de série

Une chaussure thérapeutique de série est conforme aux normes :
NFG 52004 : résistance de la tige à la déchirure > 3daN (decaNewton).
NFG 62012 : adaptabilité de la tige (déformation rémanente entre 25 et 50 %).
NFG 52019 : perméabilité à la vapeur d'eau de la tige $\geq$ 20 mg/cm² en 8 heures.
NFG 62002 : absorption de la sueur (120 mg/cm²).
NF EN 12770 : G 62001 : méthode d'essai applicable aux semelles d'usure - résistance à l'abrasion.
NFG 52014 : liaison tige/semelle $\geq$ 3 daN/cm.
De plus, la souplesse longitudinale de la chaussure est telle que la force nécessaire à la plier soit inférieure ou égale à 2,5 daN.

2.1.9.1.2.4. Garantie

La garantie (fournitures et main-d'oeuvre) relative à la fabrication, à la finition et à la qualité s'étend sur une période de six mois à compter de la date de livraison pour une chaussure thérapeutique de série à usage prolongé (CHUP). Le fabricant s'engage à tenir un stock permanent afin de répondre favorablement à tout moment aux commandes des fournisseurs.

2.1.9.2. Nomenclature et tarifs

Conférer les spécifications techniques définies dans la partie cahier des charges.
La prise en charge d'une ou des chaussures thérapeutiques de série est assurée à l'unité ou par paire en cas de :
- paralysies flasques ou spastiques du ou des membres inférieurs, y compris celles pouvant nécessiter un appareil orthopédique ;
- séquelles post-traumatiques ou post-chirurgicales ;
- oedèmes, troubles trophiques ou augmentation de volume du ou des pieds d'autres origines ;
- déformation du ou des pieds d'origine congénitale ou acquise ;
- inégalités de longueur des membres inférieurs (de moins de 20 mm) ou différence d'une pointure entre les deux pieds.

La prise en charge des chaussures thérapeutiques de série à usage prolongé (CHUP) est assurée pour une durée minimale d'un an pour les adultes et de six mois pour les patients jusqu'à leur dix-huitième anniversaire à compter de la date de livraison.

2.1.9.2.1. Chaussures thérapeutiques de série à usage temporaire (CHUT)

La prise en charge des chaussures à décharge de l'avant-pied et des chaussures à décharge du talon est assurée en cas de pathologies ou de lésions d'origine post-chirurgicale, traumatique ou médicale.

La prise en charge des chaussures pour augmentation de volume de l'avant-pied est assurée en cas d'inflammation ou trouble métabolique (oedème) avec risque de trouble trophique. La chaussure thérapeutique à usage temporaire (CHUT) est délivrée par paire ou à l'unité, de pointure en pointure.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2183855	**CHUT à décharge de l'avant-pied, l'unité**	5 851	
2187356	**CHUT à décharge du talon, l'unité**	5 851	
2166740	**CHUT pour augmentation du volume de l'avant-pied, l'unité**	5 851	

2.1.9.2.2. Chaussures thérapeutiques de série à usage prolongé (CHUP), la paire

La prise en charge des CHUP est assurée :
- pour les patients jusqu'à leur dix-huitième anniversaire, dans les pathologies neurologiques créant un déficit et un déséquilibre neuro-musculaire (ex. : myopathies, infirmité motrice cérébrale [IMC]) et les séquelles de pied-bot et pieds convexes impliquant des déformations complexes, dès lors qu'elles sont incompatibles avec le port de chaussures classiques du commerce.
- La prise en charge des CHUP pour les patients jusqu'à leur dix-huitième anniversaire est subordonnée à leur prescription par : les chirurgiens orthopédistes, les chirurgiens pédiatriques, les pédiatres, les rhumatologues ou les médecins de médecine physique et de réadaptation ;
- pour les patients au-delà de cette date, dans les pathologies neuro-musculaires évoluées, les pieds neurologiques, vasculaires et orthopédiques avec risque évolutif en termes de douleur et de raideur, sauf les cas de déformations orthopédiques de l'avant-pied qui entraîneraient un conflit en cas d'appareillage comportant une orthèse plantaire, dès lors qu'elles sont incompatibles avec le port de chaussures classiques du commerce.

La prise en charge des chaussures thérapeutiques de série à usage prolongé (CHUP) est assurée pour une durée minimale d'un an pour les adultes et de six mois pour les patients jusqu'à leur dix-huitième anniversaire à compter de la date de livraison.
Les CHUP sont délivrées par paire, les deux chaussures étant de conformation similaire ou non pour une différence de pointure pied droit-pied gauche inférieure à 13 mm. Une chaussure figurant dans la LPP est disponible dans toutes les pointures de la catégorie choisie par le fabricant.

La prise en charge est assurée pour les chaussures suivantes par paire :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2121831	**CHUP modèles Courmayeur/Podiabètes, NEUT, réf. 4933507, la paire.** CHUP modèles Courmayeur/Podiabètes (réf. 4933507), modèle homme pour pieds à hauts risques podologiques.	13 749	
2141934	**CHUP modèles Cortina/Podiabètes, NEUT, réf. 4933505, la paire.** CHUP modèles Cortina/Podiabètes (réf. 4933505), modèle femme pour pieds à hauts risques podologiques.	13 749	
2122316	**CHUP en abduction, enfant, JASOUPLE, OLYMPIC, la paire.**	13 749	
2196680	**CHUP neutre, enfant JASOUPLE, OLYMPIC, la paire.**	13 749	
2101107	**CHUP en abduction, enfant, JASOUPLE, BENGALE, la paire.**	13 749	
2122983	**CHUP neutre, enfant, JASOUPLE, BENGALE, la paire.**	13 749	
2117048	**CHUP en abduction à bord interne convexe, enfant, MAYZAUD, la paire.** 1. Références prises en charge : La prise en charge est assurée pour les modèles suivants : - pointures du 17 au 34 : références 30317 à 30334, CHUP abduction marine. - pointures du 17 au 34 : références 30717 à 30734, CHUP abduction bicolore.	13 749	
2129821	**CHUP à bord interne rectiligne, enfant, MAYZAUD, la paire.** 1. Références prises en charge : La prise en charge est assurée pour les modèles suivants : - pointures du 17 au 34 : références 30517 à 30538, CHUP rectiligne marine. - pointures du 17 au 34 : références 30817 à 30838, CHUP rectiligne bicolore.	13 749	
2161500	**CHUP, adulte, MAYZAUD, PANTORZOTE, la paire.** 1. Références prises en charge : La prise en charge est assurée pour les modèles suivants :	13 749	

	- modèle femme : pointures du 36 au 41 (largeur 9e forme), références 20000, 20001, 20002, 20004, 20005 et 20026. - modèle homme : pointures du 39 au 46 (largeur 11e forme), références 20012, 20013, 20014, 20015, 20016, 20017, 20027 et 20028.		
2112217	**CHUP, APCFL, AIRE, modèle 1-2, la paire.** Chaussure thérapeutique de série à usage prolongé, Francis Lavigne SARL, la paire. La prise en charge est assurée pour les références AIRE 1 et AIRE 2 ; pointures du 35 au 42	13 749	
2109238	**CHUP, APCFL, DAX, modèle 1-2-3, la paire.** Chaussure thérapeutique de série à usage prolongé, Francis Lavigne SARL, la paire. La prise en charge est assurée pour les références au 48.	13 749	
2182614	**CHUP, APCFL, DOUAI, modèle 1-2-3, la paire.** Chaussure thérapeutique de série à usage prolongé, DOUAI, de la société Adour Pied Confort Francis Lavigne SARL, la paire. La prise en charge est assurée pour les références DOUAI 1, DOUAI 2 et DOUAI 3 ; pointures du 35 au 48.	13 749	

2.1.10. I . - Appareil de marche monté sur chaussures de série non thérapeutiques

2.1.10.1. Généralités

2.1.10.1.1. Définition

Appareil de marche monté sur chaussures du commerce, de série, non orthopédique, pour des patients qui ont une pathologie qui oblige au port de ce type d'appareil (polio, IMC, SEP., etc.), dont les pieds sont morphologiquement normaux et ne nécessitent aucune correction ou compensation orthopédique.

2.1.10.1.2. Prescription

Elle doit être libellée sur une ordonnance particulière, indépendante de celles comportant la prescription de produits pharmaceutiques ou de tout autre appareil.

2.1.10.2. Spécifications techniques

Le talon de ces chaussures doit obligatoirement être monté en cuir.

2.1.10.2.1. Délai de renouvellement

Le délai minimal d'utilisation avant renouvellement du montage-démontage du talon cuir et de la semelle est d'un an pour l'adulte, de six mois pour l'enfant jusqu'à 15 ans inclus, excepté pour les détériorations accidentelles, ou celles liées à une variation physiologique ou pathologique, ou aux conditions particulières liées à un exercice professionnel.

2.1.10.2.2. Garantie

La garantie totale relative au montage-démontage du talon cuir et de la semelle s'étendra sur une période de six mois à compter de la livraison définitive.

2.1.10.3. Nomenclature et tarifs

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2178601	**Appareil de marche, montage** Montage de l'appareil sur chaussure à talon monté en cuir et de la semelle après mise en place d'un étrier ou d'un tourillon	6 405	

2.1.11. J. - Vêtements compressifs sur mesure pour grands brûlés

2.1.11.1. Définition

Les vêtements compressifs pour grands brûlés sont destinés à éviter l'apparition de cicatrices hypertrophiques ou rétractiles ou à en améliorer l'aspect.
Seuls les vêtements exécutés sur mesure donnent lieu à prise en charge.

2.1.11.2. Généralités

Le délai de livraison des vêtements ne peut excéder dix jours à compter de la réception de la commande par le fournisseur. Le délai de réparations ne peut excéder dix jours à compter de la réception du vêtement par le fabricant.
La garantie (fournitures et main-d'oeuvre) relative à la fabrication, à la finition et à la qualité s'étend sur une période de six mois à compter de la date de livraison.

Un contrôle de conformité aux spécifications techniques est réalisé annuellement par un laboratoire compétent et indépendant. A cette fin, les industriels soumettent à ce laboratoire un échantillon de manchons dont les dimensions sont calculées pour exercer les pressions de contention définies ci-dessous.

2.1.11.3. Spécifications techniques

2.1.11.3.1. Élasticité

L'étoffe est élastique, extensible en tous sens.
Le vêtement compressif est confectionné de telle sorte que les élongations auxquelles il est soumis, lors de son application, se situent à l'intérieur des limites élastiques déterminées notamment par la méthode mise au point par l'Institut textile de France et habillement (ITFH Lyon).

2.1.11.3.2. Tolérance

L'étoffe ne doit susciter aucune réaction d'intolérance.

2.1.11.3.3. Pression de contention

Le laboratoire compétent détermine la pression de contention développée par l'étoffe élastique lorsque les anneaux de cette étoffe, de dimensions appropriés, sont appliquées respectivement à :

- un cylindre de périmètre de 24 cm ;
- un cylindre de périmètre de 55 cm.

La dimension au repos des anneaux est déterminée par le confectionneur en fonction de l'allongement auquel il fait normalement travailler l'étoffe élastique. Dans ce cadre, les pressions de contention mesurées selon la méthode ITFH (NG G 30 102 B) sont au minimum :

- de 15 hectoPascals (hPa), pour une application de périmètre de 24 cm ;
- de 10 hPa, pour une application de périmètre de 55 cm.

2.1.11.3.4. Vieillissement du produit

La pression de contention résiduelle ne doit pas être inférieure à 90 % de la pression de contention initiale après avoir soumis l'étoffe aux deux essais suivants :

- vieillissement artificiel par étuve à 70° C en position de repos, pendant quatorze jours en chaleur sèche (NF G 18 004 A) ;
- lavage en machine à cycle doux, température 40° C, pendant huit heures consécutives, en présence d'une lessive à base de savon de Marseille et ne contenant ni phosphate ni perborate.

La pression de contention résiduelle ne doit pas être inférieure à 30 % de la pression de contention initiale après avoir soumis l'étoffe à un vieillissement artificiel par étuvage à 100° C pendant seize heures, dans sa position normalement étirée (méthode dérivée de la norme NF G 18 004 B).

La pression de contention résiduelle correspondant à l'élongation nominale ne doit pas être inférieure à 70 % de la pression initiale après avoir soumis l'étoffe à une fatigue mécanique réalisée par 1 000 cycles de massage d'amplitude égale à 5 % de l'élongation nominale d'application et appliquée au-delà de cette élongation.

2.1.11.3.5. Stabilité des coloris

3.5.1. La solidité des coloris au lavage ménager, selon la norme NF G 07 200 (dégradation et dégorgement selon l'échelle des gris), est au minimum de 4.
3.5.2Après avoir subi le lavage mentionné au paragraphe 3.4.1, la solidité du coloris (dégradation selon l'échelle des gris) est au minimum de 3.
3.5.3L'indice de solidité des teintures à la lumière, selon la norme NF G 07 067, est au minimum de 4.

2.1.11.3.6. Perméabilité à l'air

Mesurée dans les conditions de la norme NF G 107 111, la perméabilité à l'air de l'étoffe en position normalement étirée est au minimum de 200 l/m²/S.

2.1.11.3.7. Stabilité dimensionnelle au lavage (NF G 07 127)

La variation des dimensions après lavage et séchage est au maximum de 5 % dans le sens de la longueur et 7 % dans le sens de la largeur.

2.1.11.3.8. Coutures, ourlets et fermetures

Les coutures et les ourlets des vêtements sont extérieurs. Ils sont garantis au minimum six mois.
Les fermetures à glissière ou les attaches auto-agrippantes doivent résister six mois à une utilisation normale. En cas de malfaçon, le distributeur s'engage à réparer ou remplacer le vêtement.

2.1.11.4. Nomenclature et tarifs

Ces vêtements sont pris en charge pour les brûlures étendues, du deuxième degré profond et du troisième degré :
- lorsque la surface totale est supérieure à 10 % de la surface corporelle ;
- ou lorsque la lésion siège sur les mains, le visage, le cou ou les plis de flexion.

Leur prise en charge est assurée à raison d'un jeu de deux vêtements par malade, par période de six mois, renouvelable trois fois.

Toutefois, dans les deux cas suivants :
- pour les enfants de moins de 16 ans quelle que soit la localisation ;
- pour les brûlures des mains quel que soit l'âge du patient et leur prise en charge est assurée à raison d'un jeu de deux vêtements par malade, par période de trois mois.

2.1.11.4.1. Vêtements compressifs

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2167678	**Vêtement compressif, gilet sans manche**	35 436	35 436
2185908	**Vêtement compressif, short**	30 683	30 683
2127733	**Vêtement compressif, mitaine**	9 934	9 934
2112269	**Vêtement compressif, gant ouvert ou fermé**	17 891	17 891
2181945	**Vêtement compressif, chaussette haute**	12 245	12 245
2134549	**Vêtement compressif, cagoule**	35 151	35 151
2130267	**Vêtement compressif, mentonnière avec bride(s)**	8 953	8 953
2145493	**Vêtement compressif, collier**	9 917	9 917

2.1.11.4.2. Suppléments aux vêtements compressifs

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2126751	**Vêtement compressif, supplément gilet sans manche, manche courte**	1 641	1 641
2123712	**Vêtement compressif, supplément gilet sans manche, manche longue**	4 395	4 395
2106719	**Vêtement compressif, supplément gilet sans manche, patte sous-cuisse**	5 344	5 344
2103661	**Vêtement compressif, supplément gilet sans manche, confection poitrine femme**	3 538	3 538
2193693	**Vêtement compressif, supplément short, jambe courte**	3 362	3 362
2133248	**Vêtement compressif, supplément short, jambe longue**	4 797	4 797

2102986	**Vêtement compressif, supplément chaussette haute, pied**	1 1880	11 880
2190602	**Vêtement compressif, supplément manchette (pour mitaine ou gant ouvert ou fermé)**	5 344	5 344
2122658	**Vêtement compressif, supplément gant ouvert ou fermé, séparateur interdigital**	13 383	13 383
2151772	**Vêtement compressif, supplément gilet sans manche, conformateur sternal**	19 052	19 052

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

2.2. Chapitre 2. - Optique médicale

2.2.1. Spécifications techniques

2.2.1.1. Lunettes

2.2.1.1.1. Généralités

Le prix de vente au public doit être conforme à la réglementation en vigueur.

2.2.1.1.2. Verres

Les verres répondent aux caractéristiques des normes :
NFS 11 002 d'octobre 1979 ;
NFS 11 003 d'octobre 1979 ;
NFS 11 004 d'octobre 1980.

2.2.1.1.3. Montures

Les montures de lunettes des patients avant leur dix-huitième anniversaire sont réalisées en matériau souple ; elles sont résistantes et ont une bonne stabilité sur le visage. Les montures des enfants avant leur sixième anniversaire sont à pont bas.
Les fournisseurs sont tenus d'exposer en vitrine et de mettre à la disposition des patients avant leur dix-huitième anniversaire des montures répondant aux caractéristiques énoncées ci-dessus et d'un prix inférieur ou égal au tarif de responsabilité fixé dans la nomenclature.

2.2.1.2. Lentilles de contact

Les lentilles de contact et verres scléro-cornéens placés au contact de la cornée par l'intermédiaire d'un film de larmes sont soit un matériel à effet de correction optique, soit un matériel utilisé à titre de pansement.
Elles répondent aux caractéristiques des normes :
NFS 11 100 ;
NFS 11 101-1 ;
NFS 11 101-2 ;
NFS 11 202 ;
NFS 11 203 ;
NFS 11 204 ;
NFS 11 205 ;
NFS 11 206.

2.2.1.3. Matériels pour amblyopie

Le système ophtalmologique d'occlusion à la lumière pour rééducation de l'amblyopie est composé d'un support adhésif, microporeux anallergique à bords arrondis et d'une compresse centrale non adhérente assurant une opacité complète.

Chaque article est recouvert, sur la face en contact avec la peau, d'un système protecteur permettant de maintenir la propreté de la partie adhésive et de la compresse.

2.2.2. Nomenclature et tarifs

2.2.2.1. Section 1. - Lunettes

2.2.2.1.1. Sous-section 1 : Lunettes pour les patients jusqu'au 18° anniversaire (< 18 ans)

La prise en charge est assurée pour les patients jusqu'à leur 18° anniversaire.
Avant le 6° anniversaire, la prise en charge des références qui suivent est assurée sans limitation annuelle d'attribution.
À partir de l'âge de 6 ans et jusqu'au 18° anniversaire, la prise en charge de ces références est assurée dans la limite d'une attribution maximale par an.
Pour les enfants et les adolescents avant leur 18° anniversaire, seuls sont pris en charge les verres organiques.
Les tarifs de responsabilité sont prévus pour les verres teintés ou non, quel que soit le diamètre du verre et quel qu'en soit le matériau.

2.2.2.1.1.1. Paragraphe 1 : Verres blancs

Verres simple foyer

Verres sphériques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2261874	**Verre blanc simple foyer, < 18 ans, sphère de - 6,00 à + 6,00**	2 002	
2243540	**Verre blanc simple foyer, < 18 ans, sphère de - 6,25 à - 10,00**	4 436	
2243304	**Verre blanc simple foyer, < 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10,00**	4 436	
2273854	**Verre blanc simple foyer, < 18 ans, sphère hors zone de - 10,00 à + 10,00**	7 477	

Verres sphéro-cylindriques, cylindre inférieur ou égal à + 4,00 (< ou = +4,00) ou cylindre supérieur à + 4,00 (> +4,00)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2200393	**Verre blanc simple foyer, < 18 ans, cylindre < ou = +4,00, sphère de -6,00 à + 6,00.**	2 484	
2283953	**Verre blanc simple foyer, < 18 ans, cylindre < ou = +4,00, sphère hors zone de -6,00 à + 6,00.**	6 032	
2238941	**Verre blanc simple foyer, < 18 ans, cylindre > +4,00, sphère de -6,00 à + 6,00.**	4 639	

2245036	**Verre blanc simple foyer, < 18 ans, cylindre > +4,00, sphère hors zone de -6,00 à + 6,00.**	7 731	

- Verres multifocaux ou progressifs

Verres sphériques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2259245	**Verre blanc multifocal ou progressif, < 18 ans, sphère de - 4,00 à + 4,00**	6 514	
2238792	**Verre blanc multifocal ou progressif, < 18 ans, sphère hors zone de - 4,00 à + 4,00**	7 199	

Verres sphéro-cylindriques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Quelle que soit la puissance du cylindre		
2240671	**Verre blanc multifocal ou progressif, < 18 ans, sphère de - 8,00 à + 8,00**	7 249	
2234239	**Verre blanc multifocal ou progressif, < 18 ans, sphère hors zone de - 8,00 à + 8,00**	11 076	

2.2.2.1.1.2. Paragraphe 2 : Verres teintés

La prise en charge des verres teintés n'est assurée que dans les cas suivants :
- affections oculaires (conjonctivites intenses, kératites, iritis, cataractes centrales ou congénitales, rétinopathies) ;
- myopies fortes lorsqu'elles s'accompagnent de photophobie ;
- à titre exceptionnel, certaines photophobies lorsqu'elles n'entrent pas dans le cadre des affections précitées.

Verres simple foyer

Verres sphériques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2242457	**Verre teinté simple foyer, < 18 ans, sphère de - 6,00 à + 6,00**	2 002	
2297441	**Verre teinté simple foyer, < 18 ans, sphère de - 6,25 à - 10,00**	4 436	
2291088	**Verre teinté simple foyer, < 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10,00**	4 436	
2248320	**Verre teinté simple foyer, < 18 ans, sphère hors zone de - 10,00 à + 10,00**	7 477	

Verres sphéro-cylindriques, cylindre inférieur ou égal à + 4,00 (< ou = +4,00) ou cylindre supérieur à + 4,00 (> +4,00)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2270413	**Verre teinté simple foyer, < 18 ans, cylindre < ou = +4,00, sphère de -6,00 à + 6,00.**	2 484	
2219381	**Verre teinté simple foyer, < 18 ans, cylindre < ou = +4,00, sphère hors zone de -6,00 à + 6,00.**	6 032	
2268385	**Verre teinté simple foyer, < 18 ans, cylindre > +4,00, sphère de -6,00 à + 6,00.**	4 639	
2206800	**Verre teinté simple foyer, < 18 ans, cylindre > +4,00, sphère hors zone de -6,00 à + 6,00.**	7 731	

Verres multifocaux ou progressifs

Verres sphériques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2264045	**Verre teinté multifocal ou progressif, < 18 ans, sphère de - 4,00 à + 4,00**	6 514	
2202452	**Verre teinté multifocal ou progressif, < 18 ans, sphère hors zone de - 4,00 à + 4,00**	7 199	

Verres sphéro-cylindriques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Quelle que soit la puissance du cylindre		
2282221	**Verre teinté multifocal ou progressif, < 18 ans, sphère de - 8,00 à + 8,00**	7 249	
2259660	**Verre teinté multifocal ou progressif, < 18 ans, sphère hors zone de - 8,00 à + 8,00**	11 076	

2.2.2.1.1.3. Paragraphe 3 : Monture et suppléments

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2210546	**Monture, < 18 ans**	5 069	
	Suppléments divers		
2287862	**Prisme incorporé, < 18 ans. Quelle que soit la puissance.**	2 662	
2293957	**Système antiptosis, < 18 ans.**	12 850	
2222408	**Filtre chromatique ou ultraviolet, < 18 ans.**	1 521	
2204066	**Verres iséiconiques, < 18 ans, sur devis.**	Sur devis	
2246716	**Supplément pour sphères, > 20 dioptries, < 18 ans. Sphères supérieures à 20 dioptries.**	2 281	

	Suppléments divers pour les enfants avant leur 6° anniversaire (< 6 ans)		
2269025	**Filtre d'occlusion partielle, < 6 ans.**	609	
2227920	**Prisme souple, < 6 ans.**	3 726	
2227908	**Supplément pour monture de lunettes à coque, < 6 ans.**	7 097	

2.2.2.1.2. Sous-section 2 : Lunettes pour les patients au-delà du 18° anniversaire (> ou = 18 ans)

La prise en charge est assurée pour les patients au-delà du 18° anniversaire (> ou = 18 ans)

2.2.2.1.2.1. Paragraphe 1 : Verres blancs

Verres simple foyer

Verres sphériques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2203240	**Verre blanc simple foyer, > ou = 18 ans, sphère de - 6,00 à + 6,00**	381	
2282793	**Verre blanc simple foyer, > ou = 18 ans, sphère de - 6,25 à - 10,00**	685	
2280660	**Verre blanc simple foyer, > ou = 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10,00**	685	
2235776	**Verre blanc simple foyer, > ou = 18 ans, sphère hors zone de - 10,00 à + 10,00**	1 267	

Verres sphéro-cylindriques, cylindre inférieur ou égal à + 4,00 (< ou = +4,00) ou cylindre supérieur à + 4,00 (> +4,00)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2259966	**Verre blanc simple foyer, > ou = 18 ans, cylindre < ou = +4,00, sphère de -6,00 à + 6,00.**	609	
2284527	**Verre blanc simple foyer, > ou = 18 ans, cylindre < ou = +4,00, sphère hors zone de -6,00 à + 6,00.**	1 141	
2212976	**Verre blanc simple foyer, > ou = 18 ans, cylindre > +4,00, sphère de -6,00 à + 6,00.**	1 039	
2288519	**Verre blanc simple foyer, > ou = 18 ans, cylindre > +4,00, sphère hors zone de -6,00 à + 6,00.**	1 571	

Verres multifocaux ou progressifs

Verres sphériques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2290396	**Verre blanc multifocal ou progressif, > ou = 18 ans, sphère de - 4,00 à + 4,00**	1 217	
2245384	**Verre blanc multifocal ou progressif, > ou = 18 ans, sphère hors zone de - 4,00 à + 4,00**	1 799	

Verres sphéro-cylindriques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Quelle que soit la puissance du cylindre		
2227038	**Verre blanc multifocal ou progressif, > ou = 18 ans, sphère de - 8,00 à + 8,00**	1 724	
2202239	**Verre blanc multifocal ou progressif, > ou = 18 ans, sphère hors zone de - 8,00 à + 8,00**	4 080	

2.2.2.1.2.2. Paragraphe 2 : Verres teintés

La prise en charge des verres teintés n'est assurée que dans les cas suivants :
- affections oculaires (conjonctivites intenses, kératites, iritis, cataractes centrales ou congénitales, rétinopathies) ;
- myopies fortes lorsqu'elles s'accompagnent de photophobie ;
- à titre exceptionnel, certaines photophobies lorsqu'elles n'entrent pas dans le cadre des affections précitées.

Verres simple foyer

Verres sphériques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2287916	**Verre teinté simple foyer, > ou = 18 ans, sphère de - 6,00 à + 6,00**	381	
2263459	**Verre teinté simple foyer, > ou = 18 ans, sphère de - 6,25 à - 10,00**	685	
2265330	**Verre teinté simple foyer, > ou = 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10,00**	685	
2295896	**Verre teinté simple foyer, > ou = 18 ans, sphère hors zone de - 10,00 à + 10,00**	1 267	

Verres sphéro-cylindriques, cylindre inférieur ou égal à + 4,00 (< ou = +4,00) ou cylindre supérieur à + 4,00 (> +4,00)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2226412	**Verre teinté simple foyer, > ou = 18 ans, cylindre < ou = +4,00, sphère de -6,00 à + 6,00.**	609	
2254868	**Verre teinté simple foyer, > ou = 18 ans, cylindre < ou = +4,00, sphère hors zone de -6,00 à + 6,00.**	1 141	
2252668	**Verre teinté simple foyer, > ou = 18 ans, cylindre > +4,00, sphère de -6,00 à + 6,00.**	1 039	
2299523	**Verre teinté simple foyer, > ou = 18 ans, cylindre > +4,00, sphère hors zone de -6,00 à + 6,00.**	1 571	

Verres multifocaux ou progressifs

Verres sphériques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2291183	**Verre teinté multifocal ou progressif, > ou = 18 ans, sphère de - 4,00 à + 4,00**	1 217	
2295198	**Verre teinté multifocal ou progressif, > ou = 18 ans, sphère hors zone de - 4,00 à + 4,00**	1 799	

Verres sphéro-cylindriques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Quelle que soit la puissance du cylindre		
2299180	**Verre teinté multifocal ou progressif, > ou = 18 ans, sphère de - 8,00 à + 8,00**	1 724	
2252042	**Verre teinté multifocal ou progressif, > ou = 18 ans, sphère hors zone de - 8,00 à + 8,00**	4 080	

2.2.2.1.2.3. Paragraphe 3 : Monture et suppléments divers

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2223342	**Monture, > ou = 18 ans**	472	
	Suppléments divers	0	
2247905	**Prisme incorporé, > ou = 18 ans.** Quelle que soit la puissance.	658	
2200795	**Système antiptosis, > ou = 18 ans.**	12 850	
2278219	**Verres iséiconiques, > ou = 18 ans, sur devis.**	Sur devis	
2274109	**Supplément pour sphères, supérieures à 20 dioptries, > ou = 18 ans.**	582	

2.2.2.2. Section 2. - Lentilles de contact

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	La prise en charge est assurée dans les indications suivantes : ▪ kératocône, ▪ astigmatisme irrégulier, ▪ myopie supérieure ou égale à 8 dioptries, ▪ aphakie, ▪ anisométropie à 3 dioptries non corrigeables par des lunettes, ▪ strabisme accomodatif.		

2251545	**Lentille de contact, forfait annuel, par oeil appareillé.** Lentilles de contact réutilisable ou non, qu'elle qu'en soit la durée d'utilisation (journalière ou non) et quel qu'en soit le type : forfait annuel pour l'achat, par oeil appareillé.	6 564	

2.2.2.3. Section 3. - Matériels pour amblyopie

2.2.2.3.1. Sous-section 1 : Système ophtalmologique d'occlusion à la lumière pour rééducation de l'amblyopie

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	La prise en charge est subordonnée à la prescription par un ophtalmologiste.		
2202305	**Matériels pour amblyopie, système de rééducation, la boîte de 20, petite taille.**	610	
2232855	**Matériels pour amblyopie, système de rééducation, la boîte de 20, grande taille.**	725	
2292030	**Matériels pour amblyopie, système de rééducation, la boîte de 40, petite taille.**	1 221	
2247934	**Matériels pour amblyopie, système de rééducation, la boîte de 40, grande taille.**	1 450	
2285136	**Matériels pour amblyopie, système de rééducation, la boîte de 50, petite taille.**	1 527	
2297866	**Matériels pour amblyopie, système de rééducation, la boîte de 50, grande taille.**	1 813	

2.2.2.3.2. Sous-section 2 : Aides visuelles pour amblyopes

La prise en charge des aides visuelles est assurée pour les enfants et les adolescents avant leur 20° anniversaire (< 20 ans) si leur acuité visuelle du meilleur oeil avec la meilleure correction possible est inférieure à 4/10 ou si leur champ visuel est inférieur à 20°.

2.2.2.3.2.1. Paragraphe 1 : Aides visuelles optiques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2238958	**Matériel pour amblyopie, < 20 ans, aide visuelle optique, loupe.** Loupe quel qu'en soit le type. Participation à l'achat. La prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution maximale tous les trois ans.	1 267	
2267397	**Matériel pour amblyopie, < 20 ans, aide visuelle optique, vision microscopique.** Système à vision microscopique, quel qu'en soit le type. Participation à l'achat. La prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution maximale par ans.	7 603	

2295815	**Matériel pour amblyopie, < 20 ans, aide visuelle optique, vision de près.** Système à vision télescopique de près. Participation à l'achat. La prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution maximale tous les deux ans et n'est pas cumulable sur la même période avec la prise en charge d'un système à vision microscopique.	12 672	
2297926	**Matériel pour amblyopie, < 20 ans, aide visuelle optique, vision de loin ou mixte.** Système à vision télescopique de loin ou mixte. Participation à l'achat.	12 672	

2.2.2.3.2.2. Paragraphe 2 : Aides visuelles électroniques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2289571	**Matériel pour amblyopie, < 20 ans, aide visuelle électronique, loupe, location hebdomadaire.** Location hebdomadaire du système d'agrandissement électronique (appelé couramment loupe électronique). Location limitée à trois mois.	760	
2256790	**Matériel pour amblyopie, < 20 ans, aide visuelle électronique, loupe, achat.** Système d'agrandissement électronique (appelé couramment loupe électronique), participation à l'achat. Participation assurée après une période obligatoire d'adaptation de trois mois de location. La prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution maximale tous les cinq ans.	126 724	

2.2.2.3.2.3. Paragraphe 3 : Autres appareillages pour déficients visuels

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2266676	**Matériel pour amblyopie, guide à ultrason pour nouveau-né aveugles.** Nouveau-nés aveugles (nés anophtalmes ou avec des yeux non fonctionnels). Il est livré avec une boîte multidistance et un moniteur. La prise en charge est subordonnée à la prescription par un centre hospitalier spécialisé en ophtalmologie pédiatrique capable d'assurer l'éducation et le suivi de l'enfant et de sa famille, ayant pratiqué un bilan ophtalmologique et cérébral complet et après une période d'essai de trois mois de l'appareil sur l'enfant.		

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

2.3. Chapitre 3. - Appareils électroniques correcteurs de surdité, entretien et réparations pour processeurs externes

2.3.1. Généralités

Le prix de vente au public doit être conforme à la réglementation en vigueur.

2.3.1.1. Définition des appareils électroniques correcteurs de surdité

Les appareils électroniques correcteurs de surdité sont des dispositifs médicaux au sens de l'article LP 2 de la loi du pays 2013-1 sus-visée, marqués CE.

2.3.1.2. Conditions de prise en charge des appareils électroniques correcteurs de surdité

Les audioprothèses figurant sur la liste des produits et prestations remboursables répondent au moins aux conditions suivantes :
1° Être marquée CE;
2° Avoir obtenu, en terme de performance, une note supérieure à 3 pour les lunettes auditives et à 5 pour les autres types d'appareils électronique correcteurs de surdité ;
3° Avoir satisfait aux conditions prévues par la réglementation en vigueur applicable aux prix de ces dispositifs;
La prise en charge d'un appareil électronique correcteur de surdité est assurée sur prescription médicale.
La prise en charge de l'appareil simultané des deux oreilles peut être assurée pour les patients dont le déficit auditif le nécessite, quel que soit leur âge.
Dans ce cas, l'allocation forfaitaire annuelle d'entretien peut être attribuée par appareil.
La prise en charge de cette allocation, pour l'adulte, l'adolescent et l'enfant, est assurée sur justification des dépenses.

2.3.2. Spécifications techniques relatives aux audioprothèses

L'évaluation de l'audioprothèse est réalisée par un laboratoire compétent et indépendant d'un État membre de l'Union européenne ou d'un État partie à l'accord instituant l'Espace économique européen selon la grille d'évaluation décrite ci-dessous.
Pour l'appréciation des spécifications techniques d'un appareil électronique correcteur de surdité non inscrit sur la liste des produits et prestations remboursables, le laboratoire dispose de trois appareils fournis par le fabricant pour effectuer les tests.
Lorsque l'appareil a déjà été inscrit sur la liste prévu pour les patients jusqu'à leur vingtième anniversaire et les patients atteints de cécité et d'un déficit auditif, un seul appareil est fourni, par le fabricant, au laboratoire pour l'évaluation. Si la différence entre la note obtenue lors de cette évaluation est supérieure à un point par rapport à la note obtenue lors de l'inscription de l'appareil, deux autres appareils sont fournis au laboratoire pour l'évaluation.
Pour réaliser l'évaluation d'un appareil électronique correcteur de surdité le fabricant fournit au laboratoire, les pièces suivantes :
- la fiche technique constructeur,
- le bulletin d'identification de l'appareil décrit ci-après,
- les schémas électroniques,
- une fiche récapitulative des réglages et des spécificités de l'appareil présenté,

et les éléments suivants :
- trois exemplaires de l'appareil électronique correcteur de surdité avec des piles ou un exemplaire si l'appareil a déjà été inscrit sur la liste,

- la console de programmation et/ou le logiciel de programmation avec cordon d'interface et notice d'emploi dans les cas des appareils programmables.

Dans le cas d'un appareil dérivé (suppression d'un ou plusieurs réglages par rapport à l'appareil de base) le fabricant fournit également :
- un appareil avec piles pour contrôle visuel (et éventuellement essais techniques sur un point particulier),
- le bulletin d'identification de l'appareil, décrit ci après,
- les schémas électroniques,
- une fiche récapitulative des réglages et des spécificités de l'appareil présenté précisant le caractère dérivé de l'appareil (les réglages ou les fonctions modifiés).

Le laboratoire transmet le rapport d'évaluation au demandeur, qui dispose d'un délai de quinze jours à compter de la date d'envoi par le laboratoire, pour faire des observations éventuelles.

2.3.2.1. Grille d'évaluation

2.3.2.1.1. Évaluation de l'efficacité de dispositifs et réglages

2.3.2.1.1.1. L'écrêteur (4 points maxi)

Procédure : variation du niveau de sortie ðN à la fréquence de référence pour un niveau d'entrée de 80 dB, la commande de gain étant dans la position du gain à 10 %.

I	C, L, B	
ðN (dB)	ðN (dB)	Nombre de points
ðN < 3	ðN < 5	0
3 ≤ ðN < 6	5 ≤ ðN < 10	2
ðN ≥ 6	ðN ≥ 10	4

2.3.2.1.1.2. Tonalité H (4 points maxi)

Procédure : variation des niveaux N/H à 400 Hz diminuée de la variation des niveaux N/H à 3200 Hz, relevées sur les courbes de réponse à 60 dB d'entrée, la commande de gain étant dans la position du gain de référence.

(lecture directe sur le réseau de courbes à 60 dB d'entrée)	
ðN (dB)	Nombre de points
ðN < 6	0
6 ≤ ðN < 12	2

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

ðN ≥ 12	4

2.3.2.1.1.3. Tonalité L (4 points maxi)

Procédure : variation des niveaux N/L à 3200 Hz diminuée de la variation des niveaux N/L à 400 Hz, relevées sur les courbes de réponse à 60 dB d'entrée, la commande de gain étant dans la position de gain de référence. (lecture directe sur le réseau des courbes à 60 dB d'entrée)
La classification est identique à la tonalité H (voir A.2.)

2.3.2.1.1.4. Dispositifs de compression (6 points maxi)

a) Procédure pour compression agissant sur toute la gamme de fréquence
Variation du niveau de sortie ðN à la fréquence de référence pour un niveau d'entrée de 80 dB, la. commande de gain étant dans la position de gain à 10 %. (lecture directe sur la courbe de transfert)

b) Procédure pour compression agissant uniquement sur les basses fréquences
Variation du niveau de sortie ðN à la fréquence de 400 Hz pour un niveau de 80 dB, la commande de gain étant dans la position de gain à 10 %. (lecture directe sur la courbe de transfert complémentaire)

c) Procédure pour compression agissant uniquement sur les hautes fréquences
Variation du niveau de sortie ðN à la fréquence de 2500 Hz pour un niveau d'entrée de 50 dB, la commande de gain étant dans la position de gain à 10 %. (lecture directe sur la courbe de transfert complémentaire)

La classification est commune pour les dispositifs concernés en a), b), et c).

I	**C, L, B**	
ðN (dB)	ðN (dB)	**Nombre de points**
ðN < 3	ðN < 5	0
3 ≤ ðN < 6	5 ≤ ðN < 10	3
ðN ≥ 6	ðN ≥ 10	6

2.3.2.1.1.5. Entrée audio (2 points maxi)

Simplification : cette entrée étant souvent en option, les points sont attribués après simple vérification de son fonctionnement

2.3.2.1.1.6. Bobine d'induction captrice (2 points maxi)

Simplification : dans la mesure où il n'est pas possible de déterminer l'efficacité "idéale" d'une bobine, les points sont attribués après simple vérification du fonctionnement.

Remarque : Le laboratoire doit pouvoir au moment de l'évaluation, mettre en évidence le fonctionnement de l'entrée audio et de la bobine d'induction. Ainsi, si l'entrée audio est fournie en option sur un modèle d'appareil, les appareils remis pour l'évaluation doivent nécessairement en être munis.

2.3.2.1.2. Évaluation des caractéristiques particulières

2.3.2.1.2.1. Gain

Rapport R (%) = 100 x [Gain 10 % (Ne = 50 dB)] / Gain intégral (10 Points maxi)

La valeur gain 10 % à reporter dans le calcul est celle correspondant au gain pour un niveau d'entrée de 50 dB, la commande de gain de l'appareil étant en position de gain à 10 %. Cette procédure est choisie afin de ne pas pénaliser les appareils non linéaires en position normale.
La valeur gain 10 % (Ne = 50 dB) est lue directement sur la courbe de transfert, la valeur du gain intégral sur la courbe de potentiomètre.

Cas particulier :
Dans le cas d'appareils **en appui osseux**, compte tenu du positionnement dans le canal auditif externe, les valeurs relevées ci-dessus doivent être augmentées de 15 dB avant d'effectuer le calcul de R %.

R (%)	Nombre de points
R < 50	0
50 ≤ R < 60	2
60 ≤ R < 70	4
70 ≤ R < 80	6
80 ≤ R < 90	8
R ≥ 90	10

Gain 10 % (10 points maxi)

La commande de gain est réglée de manière à obtenir une distorsion harmonique totale au plus égale à 10% dans la bande passante de l'appareil, pour un niveau d'entrée de 80 dB. Le gain est ensuite mesuré à la fréquence de référence Fo.

Gain 10 % (dB)		Nombre de points
C, L, B	I	
G < 30	G < 15	0
30 ≤ G < 35	15 ≤ G < 20	2

35 ≤ G < 40	20 ≤ G < 25	4
40 ≤ G < 45	25 ≤ G < 30	6
45 ≤ G < 50	30 ≤ G < 35	8
G ≥ 50	G ≥ 35	10

Cas particulier :
Dans le cas d'appareils **en appui osseux**, compte tenu du positionnement dans le canal auditif externe, la valeur du gain 10 % doit être augmentée de 15 dB.

2.3.2.1.2.2. Bruit interne engendré par l'appareil (10 points maxi)

La mesure du bruit interne engendré par l'appareil est évaluée en prenant comme niveau d'entrée 40 dB, l'appareil étant réglé au gain de référence.

R %	Nombre de points
28 < BI ≤ 30	1
26 < BI ≤ 28	2
24 < BI ≤ 26	4
22 < BI ≤ 24	6
20 < BI ≤ 22	8
BI ≤ 20	10

2.3.2.1.2.3. Position de la pastille (10 points maxi)

La valeur gain 10 % à reporter sur la courbe de potentiomètre est celle correspondant au gain pour un niveau d'entrée de 50 dB, la commande de gain de l'appareil étant en position de gain à 10 %.

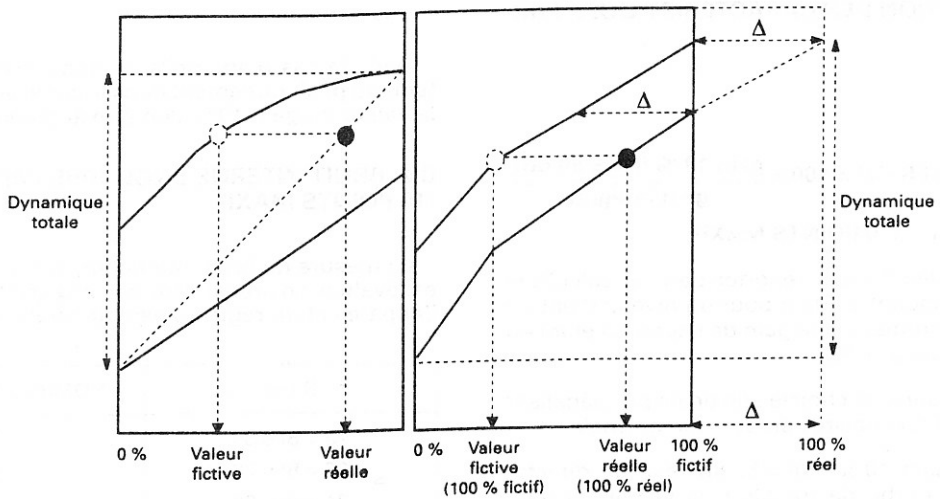
Cette procédure est choisie afin de ne pas pénaliser les appareils non linéaires en position normale.

La valeur gain 10 % (Ne = 50 dB) est lue directement sur la courbe de transfert.

Pour les appareils surpuissants (niveau de sortie supérieur à 130 dB pour les fréquences de 500, 1000 et 2000 Hz pour un niveau d'entrée de 60 dB), la position de la pastille est prise sur une droite reliant le gain à 0% au gain à 100%.

Cas particulier :
Dans le cas d'appareils ne disposant pas de commande de gain, ce critère est sans objet.

Quand l'appareil est muni d'un potentiomètre interne de gain, la dynamique supplémentaire apportée doit entrer en ligne de compte ; la position de la pastille est celle référencée à la dynamique totale comme le montrent les schémas ci-après :



Position pastille (%) : •	Nombre de points
• ≤ 20	0
20 < • ≤ 35	2
35 < • ≤ 50	4
50 < • ≤ 65	6
65 < • ≤ 80	8
• > 80	10

2.3.2.1.2.4. Consommation (2 points maxi)

La consommation étant liée aux possibilités d'amplification de l'audioprothèse, la notation proposée en tient compte : pour une amplification donnée, la consommation ne peut dépasser une valeur limite.

Procédure : consommation de courant à la fréquence de référence, pour un niveau d'entrée de 60 dB, la commande de gain de l'appareil étant en position de gain de référence.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Classification :
Gain réf ≤ 45 dB consommation ≤ 1 mA
45 < gain réf ≤ 55 dB consommation ≤ 1,5 mA
55 < gain réf ≤ 65 dB consommation ≤ 3 mA
Gain réf > 65 dB consommation ≤ 15 mA

2.3.2.1.3. Dispositifs supplémentaires

Ce sont des dispositifs que l'appareil possède en plus et qui sont connus à ce jour.

Appareils programmables :

Nombre de bandes (>2)
Ne sont pris en considération pour ce critère, que les appareils disposant d'un minimum de 3 bandes, chaque bande offrant au minimum la possibilité de 2 réglages.

Pas de progression (≤ 5 dB)
Les pas de progression seront évalués sur les courbes de transfert entrée-sortie des dispositifs : gain, PC, systèmes de contrôle automatique de gain.
L'appareil devra au minimum disposer de deux de ces réglages.

Réglage de la fréquence de recouvrement (multicanaux)
Possibilité d'ajuster la fréquence séparant les canaux de traitement.

Multiprogramme intégré (commutateur sur l'appareil)
Accès à un minimum de 2 programmes personnalisés. Chacun d'eux doit offrir la possibilité d'agir sur plusieurs réglages simultanément.

Télécommande

- **Fonctions simples :**
  Accès à une ou plusieurs des fonctions suivantes : volume, tonalité, bobine téléphonique...

- **Fonctions étendues :**
  Accès à un minimum de 2 programmes personnalisés. Chacun d'eux doit offrir la possibilité d'agir sur plusieurs réglages simultanément.

Double microphone :
Microphones commutables en position directionnel et omnidirectionnel

Dispositif anti-larsen :

Les dispositifs anti-larsen doivent avoir une atténuation supérieure à 3dB et peuvent être de 2 sortes :
- Détection automatique de larsen
- Filtre réjecteur accordable

Système auto-adaptatif :
Système à au moins 2 canaux adaptatifs.

2.3.2.2. Méthode de notation d'une audioprothèse

2.3.2.2.1. Synthèse de la notation

	Nombre de points /64 (60 pour intra)
PARTIE A	
Écrêteur	4
Tonalité H	4
Tonalité L	4
Dispositifs de compression	6 (maximum)
Entrée audio (excepté intra)	2
Bobine téléphonique (excepté intra)	2
Nombre de points partie A	**22** (18 pour intra)
PARTIE B	
Rapport R	10
Gain 10 %	10
Bruit	10
Pastille	10
Consommation	2
Nombre de points partie B	**42**

2.3.2.2.2. Détermination des notations intermédiaires - Parties A et B

Nt = 64 pour les contours et 60 pour les intra-auriculaires
- Note absolue : Na = (x points/Nt) ;

- Note relative : Nr = (x points/nb de points max. relatifs aux rubriques concernées) ;
- Note totale AB : Nab = (Na + Nr)/2

Cas particulier : devant l'inutilité d'avoir d'autres réglages que celui du gain sur les appareils à appui osseux, la note totale Nab se réduit à la note relative : Nab = Nr.

2.3.2.3. Définitions des limitations ou extensions

2.3.2.3.1. Appareils dérivés

Un appareil ne peut être dérivé que par **suppression de fonction** par rapport à l'appareil d'origine.
Il ne fait pas l'objet d'une évaluation complète. Cependant, le calcul de la note finale Nf est revu afin de tenir compte de la suppression des critères liés aux fonctions non retenues par rapport à l'appareil d'origine.
Chaque appareil dérivé porte de ce fait une **appellation différente** de celle de l'appareil d'origine.

2.3.2.3.2. Configurations d'un intra-auriculaire

2.3.2.3.2.1. Configuration complète

Cet appareil est caractérisé par son circuit électronique et son écouteur. Le microphone, choisi dans la liste des modèles ou séries proposés par le fabricant, doit être celui qui présente la **bande passante la plus étendue**. La configuration ainsi définie de l'appareil est dite complète.

Cependant, dès lors qu'un appareil possède un ou des circuits de contrôle automatique de gain, chaque version est considérée comme une configuration complète, même si la version linéaire a déjà été présentée en tant que configuration complète.

Les documents d'accompagnement doivent inclure la liste des modèles ou séries de microphone possibles pour chaque configuration complète présentée.
Toute configuration complète fait l'objet d'une évaluation séparée et porte sa propre appellation.

Remarque :
La notion d'appareil dérivé par suppression de fonction (type tonalité, écrêtage, potentiomètre interne de gain) reste valable.

Il ne fait pas l'objet d'une évaluation complète. Cependant, le calcul de la note finale Nf est revu afin de tenir compte de la suppression des critères liés aux fonctions non retenues par rapport à l'appareil d'origine.

Chaque appareil dérivé porte de ce fait une **appellation différente** de celle de l'appareil d'origine.

2.3.2.3.2.2. Configuration simplifiée

Un appareil ne peut être à configuration simplifiée par rapport à la version complète que lorsque la réduction de la bande passante est opérée par un changement :
- soit du microphone (choisi dans la liste des modèles ou séries proposés par le fabricant) ;

- soit de la valeur d'un composant fixe du filtrage.

De ce fait, configurations simplifiées et configuration complète associée portent des **appellations identiques**.
Toute configuration simplifiée ne fait pas l'objet d'évaluation particulière.

2.3.2.3.2.3. Bulletin d'identification d'un appareil électronique correcteur de surdité

Nature ou fonction de l'appareil :
Désignation commerciale complète :
Modèle/type :
Domaine d'utilisation :
Catégorie administrative :
Numéro selon la nomenclature des équipements hospitaliers :

1° Titulaire du marquage CE :
Nom (personne physique ou morale) :
Adresse :
Numéro de téléphone :
Numéro de télex et/ou télécopie :

2° Constructeur :
Nom (personne physique ou morale) :
Lieu de fabrication :
Référence catalogue du modèle:

3° Marquage CE :
Numéro de l'organisme notifié :
Date de fin de validité :

2.3.2.3.2.4. Bulletin d'identification d'un appareil électronique correcteur de surdité, type :

1. Désignation de l'appareil.
La désignation commerciale complète :
La marque :
La série ou le modèle :
La désignation ou le type:
L'identification gravée sur l'appareil :

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

2. Configuration générale.

2.1 Type de prothèse.
Principe :
- conduction aérienne
- conduction osseuse
Configuration :
- contour d'oreille
- boîtier
- lunette auditive
- intra-auriculaire
- configuration de base
- variante
- autres (préciser)
À réglage programmable
- Télécommandable

2.2. Description.

2.2.1. Microphone.

NATURE	MARQUE	NUMÉRO catalogue fabricant	IMPÉDENCE nominale	ORIGINE

2.2.2. Écouteur

NATURE	MARQUE	NUMÉRO catalogue fabricant	IMPÉDENCE nominale	ORIGINE

Coude N □ Coude H □ Autres (préciser) □
Cordon de raccordement :
* deux broches
* trois broches
*

2.2.3. Vibrateur

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

MARQUE	NUMÉRO (Catalogue fabricant)

2.2.4. Amplificateur

Classe A ☐ Classe AB ☐ Classe B ☐ Classe D ☐
Transistor(s) : ..... Nombre : .....

TYPE	MARQUE	ORIGINE

Circuit(s) intégré(s) ou hybride(s) : ..... Nombre :.....

TYPE	MARQUE	ORIGINE

2.2.5. Programmateur.
Type :
Marque et/ou fabricant :
Origine :
Module associé:
- carte ☐
- cartouche ☐
- clé ☐
- autre ☐

Préciser : .....

Logiciel de programmation :
- désignation
- date :
- version :

Type de liaison avec la prothèse :
- électrique :
- autres :

Préciser :

Dans le cas d'une liaison non électrique avec la prothèse, préciser le nombre de codes d'accès différents

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

2.2.6 Télécommande.
Type de liaison avec la prothèse :

2.2.7. Réglages au niveau de la prothèse.

	Oui	**Non**
- commutateur OTM	☐	☐
- autre (préciser)	☐	☐
- commutateur électronique de la tonalité	☐	☐
- Nombre de positions		
- contrôle continu de la tonalité	☐	☐
- potentiomètre interne de gain	☐	☐
- limitation du niveau de sortie	☐	☐
écrêtage	☐	☐
limitation de gain	☐	☐
- contrôle automatique de gain		
Permanent ☐		
AGCI ☐		
AGCO ☐		
Kamp ☐		
Cas basse fréquence ☐		
- autres réglages (à préciser)	☐	☐

2.2.8. Réglages accessibles avec le programmateur.

RÉGLAGES	**MINI**	**MAXI**	**PAS de progression**

2.2.9. Réglages accessibles au malentendant

2.2.9.1 Par la télécommande
Réglages directement contrôlables à partir de la télécommande :

RÉGLAGE	TYPE DE VARIATION

Nombre de configuration(s) préprogrammée(s) accessible(s)

CONFIGURATION	TYPE DE VARIATION

2.2.9.2. En cas de défection de la télécommande (réglages accessibles et comment ?)

RÉGLAGE	TYPE DE VARIATION	MODE D'ACCÈS

2.2.10. Accessoires

☐ Bobine dite "téléphonique" :
- marque :
- type :

☐ Entrée audio

2.3.2.3.3. Dispositif d'alimentation du système

FONCTION	LOCALISATION	TYPE DE SOURCE (*)	NOMBRE	TENSION V	CONSOMMATION mA

(*) Pour les alimentations secteur, préciser le type de protection contre les chocs électriques :

Classe I ☐ Classe II ☐

2.3.2.3.4. Caractéristiques

4.1. Fréquence de référence : fo =	Hz.
4.2. Gain de référence (conduction aérienne) :	dB.
4.3. Niveau de force de référence (conduction osseuse) :	dB.
4.4. Courbe de réponse fondamentale.	

2.3.3. Nomenclature et tarifs

2.3.3.1. Le tarif de responsabilité de l'audioprothèse couvre :

- l'achat de l'appareil fourni avec tous les accessoires nécessaires à son fonctionnement (jeu de piles, embout auriculaire, coque ....)

- et le coût de son adaptation.

Dans le coût de l'adaptation, par l'audioprothésiste, de l'appareil électronique de surdité, le tarif comprend :

1) - La prise en charge du patient :
couvrant le nombre de séances chez l'audioprothésiste, nécessaires à l'appareillage comprenant notamment :

- l'écoute des demandes du patient, l'évaluation de sa gêne, de sa motivation, de ses besoins spécifiques, de son contexte médico-social au cours d'une anamnèse détaillée,
- l'examen des conduits auditifs, l'otoscopie,
- un bilan d'orientation prothétique comportant, en fonction des capacités du patient, tous les tests nécessaires à une proposition d'appareillage parmi les suivants :
  - audiométrie tonale liminaire au casque et en conduction osseuse, audiométrie supraliminaire et notamment, la recherche des seuils d'inconfort, mesure de la progression de la sensation sonore ;
  - audiométrie vocale au casque, avec notamment la mesure des seuils d'intelligibilité, audiométrie en présence de bruits perturbants ;
- la prise d'empreinte des conduits auditifs externes si l'audioprothésiste s'oriente vers un appareillage par conduction aérienne.

2) - L'information du patient sur les différents appareillages disponibles et réalisables, leur utilisation, leur entretien, leur coût, les conditions de remboursement par les organismes de prise en charge.

3) - L'adaptation ou l'application prothétique, la délivrance et le contrôle immédiat de l'appareillage couvrant le nombre de séances chez l'audioprothésiste nécessaires à l'adaptation de l'appareil aux besoins du patient comprenant notamment :

- les essais d'un ou plusieurs appareils, avec à chaque fois, pré-réglages de l'appareil (valeur d'amplification, courbe de réponse, taux de compression, maximum de sortie) sur une chaîne de mesure ou à l'aide de mesures in vivo sur le patient éventuellement à l'aide de tests en simulation de vie normal ;.
- le contrôle immédiat de l'efficacité prothétique en utilisant tous les tests audiométriques nécessaires en fonction des capacités du patient :
  - audiométrie tonale : gain en champ libre, tests de tolérance, tests de localisation spatiale,
  - audiométrie vocale en champ libre, éventuellement en présence de bruits perturbants ;
- l'information du patient sur l'utilisation et l'entretien de l'audioprothèse ;
- le choix définitif de l'appareil,
- la fourniture au patient, après respect de toutes les étapes précédentes, de l'indication du coût de l'appareil et du coût total de l'appareillage ;
- les contrôles d'efficacité et les modifications de réglages ;
- tous les tests nécessaires à la validation des corrections apportées.

4) - L'éducation prothétique
Les conseils d'adaptation, de manipulation de l'appareil, l'information sur le changement des piles, sur les conditions d'utilisation de l'aide auditive en fonction des situations sonores. L'information du patient sur l'entretien de l'aide auditive.

5) - Le suivi prothétique régulier et le contrôle permanent de l'appareil nécessaires, pendant toute la durée de l'appareillage du patient par la même audioprothèse, comprenant au minimum :

- des séances de contrôle de l'efficacité de l'appareil au 3ème mois, au 6ème mois et 12ème mois après la délivrance de l'aide auditive ;
- puis un suivi bi - annuel selon les besoins du patient.

Les contrôles effectués lors de ce suivi comportent tous les tests nécessaires à la vérification de l'efficacité de l'appareillage : contrôle de l'audition et courbes de l'appareillage.

6) - La gestion administrative du dossier du patient, et notamment l'élaboration du (ou des) compte(s) rendu(s) d'appareillage au médecin prescripteur et au médecin traitant.

2.3.3.2. Section 1. - Appareil électronique correcteur de surdité pour les patients au-delà de leur 20°anniversaire (> ou = 20 ans) non atteints de cécité

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	La prise en charge est assurée pour les patients au-delà de leur 20° anniversaire, non atteints de cécité selon la nomenclature suivante : Contour d'oreille ou intra-auriculaire. La prise en charge de l'appareillage stéréophonique est assurée sur la base des tarifs correspondant à chacun des deux appareils prescrits.		
2351548	**Audioprothèse, Appareil de classe A, > ou = 20 ans.** Entrent dans cette classe les appareils assurant une amplification essentiellement linéaire et disposant d'une note minimale de 5 selon les parties A et B de la grille d'évaluation décrite dans la partie « Spécifications techniques ». La prise en charge est assurée pour les patients : - ayant une surdité simple avec un type de perte homogène en fréquences (ce qui exclut les pentes de ski) ; - vivant dans un environnement sonore calme ; - et ayant une activité sociale simple et/ou réduite.	38 324	
2383933	**Audioprothèse, Appareil de classe B, > ou = 20 ans.** Entrent dans cette classe les appareils disposant : - d'une note minimale de 8 selon les parties A et B de la grille d'évaluation décrite dans la partie «Spécifications techniques » et - d'au moins un dispositif supplémentaire décrit au 2.3.2.1.3. La prise en charge est assurée pour les patients ayant une perte auditive avec restriction de la dynamique et/ou asymétrie légère à moyenne.	38 324	

2369471	**Audioprothèse, Appareil de classe C, > ou = 20 ans.** Entrent dans cette classe les appareils disposant : - d'une note minimale de 9 selon les parties A et B de la grille d'évaluation décrite dans la partie «Spécifications techniques » et - d'au moins trois dispositifs supplémentaires décrits au 2.3.2.1.3. La prise en charge est assurée pour les patients: - ayant une perte auditive légère à sévère avec restriction de la dynamique et/ou asymétrie importante, ou une perte auditive avec fréquences bien conservées ; - et vivant dans un environnement sonore fluctuant.	38 324	
2335791	**Audioprothèse, Appareil de classe D, > ou = 20 ans.** Entrent dans cette classe les appareils disposant : - d'une note minimale de 10 selon les parties A et B de la grille d'évaluation décrite dans la partie «Spécifications techniques » et - d'au moins cinq dispositifs supplémentaires décrits au 2.3.2.1.3.	38 324	
2346441	**Audioprothèse, lunettes auditives, > ou = 20 ans.**	38 324	
2341449	**Audioprothèse, boîtier avec ses accessoires, > ou = 20 ans.** Écouteur, embout surmoulé, fil en V.	38 324	

2.3.3.3. Section 2. - Audioprothèses pour patients jusqu'au 20° anniversaire (< 20 ans) ou atteints de cécité et d'un déficit auditif quel que soit leur âge

La prise en charge est assurée pour les contours d'oreille, les intra-auriculaires, les lunettes auditives et les boîtiers.
La prise en charge de l'appareil stéréophonique est assurée sur la base des tarifs correspondant à chacun des deux appareils prescrits.
La prise en charge est assurée pour les patients jusqu'à leur 20° anniversaire et les patients atteints de cécité et d'un déficit auditif pour les appareils électroniques correcteurs de surdité figurant dans la liste suivante et selon les tarifs correspondant à chaque référence.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2316782	**Audioprothèse, appareil de classe A, <20 ans** Entrent dans cette classe les appareils assurant une amplification essentiellement linéaire et disposant d'une note minimale de 5 selon les parties A et B de la grille d'évaluation décrite dans la partie « Spécifications techniques ». La prise en charge est assurée pour les patients : * ayant une surdité simple avec un type de perte homogène en fréquences (ce qui exclut les pentes de ski) ; * vivant dans un environnement sonore calme ; * et ayant une activité sociale simple et/ou réduite.	102 600	

2325723	**Audioprothèse, appareil de classe B, < 20 ans** Entrent dans cette classe les appareils disposant : - d'une note minimale de 8 selon les parties A et B de la grille d'évaluation décrite dans la partie « Spécifications techniques » et - d'au moins un dispositif supplémentaire décrit au 2.3.2.1.3. La prise en charge est assurée pour les patients ayant une perte auditive avec restriction de la dynamique et/ou asymétrie légère à moyenne.	108 443	
2355820	**Audioprothèse, appareil de classe C, < 20 ans** Entrent dans cette classe les appareils disposant : - d'une note minimale de 9 selon les parties A et B de la grille d'évaluation décrite dans la partie « Spécifications techniques » et - d'au moins trois dispositifs supplémentaires décrits au 2.3.2.1.3. La prise en charge est assurée pour les patients : - ayant une perte auditive légère à sévère avec restriction de la dynamique et/ou asymétrie importante, ou une perte auditive avec fréquences bien conservées ; - et vivant dans un environnement sonore fluctuant.	115 378	
2355084	**Audioprothèse, appareil de classe D, < 20 ans** Entrent dans cette classe les appareils disposant : - d'une note minimale de 10 selon les parties A et B de la grille d'évaluation décrite dans la partie « Spécifications techniques » et d'au moins cinq dispositifs supplémentaires décrits au 2.3.2.1.3. La prise en charge est assurée pour les patients : ayant une perte auditive légère à profonde, avec un profil audiométrique complexe ; et vivant dans un environnement sonore fluctuant et/ou pour les patients ayant besoin d'une gestion automatisée des environnements sonores.	118 193	
2392079	**Audioprothèse, lunettes auditives, < 20 ans**	85 659	
2326190	**Audioprothèse, boîtier avec ses accessoires, < 20 ans** Écouteur, embout surmoulé, fil en V.	85 659	

2.3.3.4. Section 3. - Audioprothèse, entretien et réparations

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

2340119	**Audioprothèse, entretien et réparations, allocation forfaitaire annuelle.** Allocation couvrant : - l'achat de piles ou accumulateurs ; - la fourniture des pièces détachées et les réparations, main d'oeuvre comprise. Toutefois, la fourniture des pièces désignées aux codes 2344100, 2343856, 2352097,2349712, 2306832, 2312927 et 2357338 pourra donner lieu à facturation en plus de l'allocation forfaitaire.	6 083	
2344100	**Audioprothèse, entretien et réparations, écouteur**	884	
2343856	**Audioprothèse, entretien et réparations, microphone**	1 525	
2352097	**Audioprothèse, entretien et réparations, potentiomètre**	751	
2349712	**Audioprothèse, entretien et réparations, vibrateur à conduction osseuse**	1 656	
2306832	**Audioprothèse, entretien et réparations, < 2 ans, embout.** La prise en charge est assurée dans la limite de 4 embouts par an et par appareil pour les enfants jusqu'à leur deuxième anniversaire.	8 871	
2312927	**Audioprothèse, entretien et réparations, > ou = 2 ans et < 20 ans ou cécité, embout.** La prise en charge est assurée dans la limite d'un embout par an et par appareil pour les patients à partir de leur 2° anniversaire jusqu'à leur 20° anniversaire, ainsi que pour les patients atteints de cécité et d'un déficit auditif.	7 756	
2357338	**Audioprothèse, entretien et réparations, >ou = 20 ans, embout.** La prise en charge est assurée dans la limite d'un embout par an et par appareil.	816	

2.3.3.5. Section 4. - Entretien et réparations pour processeurs pour implants cochléaires et implants du tronc cérébral

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2350922	**Implant coch ou tronc cérébral, processeur, forfait annuel accessoires.** Forfait annuel de réparations du processeur et remplacement des accessoires pour les implants cochléaires et implants du tronc cérébral, hors garantie. La prise en charge de ce forfait sera assurée uniquement sur prescription et sur facture. Sont notamment considérés comme accessoires : le câble d'antenne, l'antenne, l'aimant, la corne, la boucle à induction, la boucle d'attache, le câble audio, le câble TV, le câble d'adaptateur, le câble FM, le boîtier de piles, le couvercle du boîtier de piles, le couvercle d'antenne, le microphone, le cordon d'alimentation, le cordon microphone, les écouteurs.	13 395	
2325090	**Implant coch ou tronc cérébral, processeur, forfait annuel piles jetables.** Forfait annuel de piles jetables pour processeur pour implant cochléaire ou implant du tronc cérébral. La prise en charge du forfait annuel de piles jetables n'est pas cumulable avec la prise en charge du chargeur de batterie (code 2326941).	16 074	16 074

2326941	**Implant coch ou tronc cérébral, processeur, chargeur et batteries rechargeables.** Ce chargeur de batterie comprend le chargeur et ses batteries rechargeables. La prise en charge du renouvellement de ce chargeur de batterie n'est assurée qu'à l'issue d'une période de 5 ans à compter de la primo-implantation. La prise en charge du chargeur de batterie n'est pas cumulable avec la prise en charge du forfait annuel de piles (code 2325090).	80 370	80 370

2.3.3.6. Section 5. - Processeurs, accessoires et réparations pour prothèses auditives ostéo-intégrées

2.3.3.6.1. Société Cochlear France Sas (Cochlear)

Les conditions de prise en charge du processeur externe de la prothèse auditive ostéo-intégrée sont identiques à celles définies au titre III, pour la partie implantable de cette prothèse.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2340208	**Prothèse ostéo-intégrée, COCHLEAR, BAHA, processeur.** Processeur pour prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA, de la société Cochlear France SAS. Le bandeau et/ou le serre-tête, une brosse, un bâtonnet test et des piles sont fournis avec le processeur. Le processeur est garanti deux ans. Le renouvellement du processeur pour la prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA n'est pris en charge qu'après une période minimale de deux ans. La prise en charge est assurée pour les modèles suivants : 905XX : BAHA Divino ; 913XX : BAHA BP100 907XX : BAHA Intenso ; HCB 4XXX : BAHA Cordelle II.	120 555	
2331043	**Prothèse ostéo-intégrée, COCHLEAR, BAHA, entretien et réparations, forfait.** Forfait annuel pour l'entretien et réparations de la prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA Ce forfait comprend l'achat de piles ou accumulateurs, la fourniture des pièces détachées et les réparations main-d'œuvre comprise.	4 901	
2330977	**Prothèse ostéo-intégrée, COCHLEAR, BAHA BP110 POWER, processeur.** Le processeur externe BP110 POWER est fourni dans un coffret qui comprend : - le processeur de son BP110 POWER ; - une brosse de nettoyage du pilier ; - un jeu de piles ;	120 555	

	- un capuchon pour pilier ; - un cordon de sécurité ; - des couvercles de compartiment de piles supplémentaires ; - un outil magnétique d'extraction de la pile ; - une baguette de test ; - la documentation (manuel d'utilisation, carte de garantie, carte d'enregistrement, carte IRM). Ce processeur est garanti deux ans. Le renouvellement du processeur au-delà de la période de garantie est envisageable lorsqu'une dégradation des performances (auditives ou non auditives) est observée du fait du processeur mais ne peut intervenir qu'après une période minimale de deux ans. Références : 92840, 92841, 92842, 92843, 92844, 92845.		
2326438	**Prothèse ostéo-intégrée, COCHLEAR, BAHA 4, processeur.** Le processeur externe BAHA 4 est fourni dans un coffret qui comprend: – le processeur de son BAHA 4; – une brosse de nettoyage du pilier; – un jeu de piles; – un couvre-pilier; – un cordon de sécurité; – un couvercle de compartiment de pile supplémentaire; – un outil magnétique d'extraction de la pile; – une baguette de test; – la documentation (manuel d'utilisation, carte de garantie, carte d'enregistrement, carte IRM). Références prises en charge: 93630, 93631, 93632, 93633 et 93634. Ce processeur est garanti deux ans. Le renouvellement du processeur au-delà de la période de garantie est envisageable lorsqu'une dégradation des performances (auditives ou non auditives) est observée du fait du processeur mais ne peut intervenir qu'après une période minimale de deux ans.	120 555	

2.3.3.6.2. Société PRODITION France (PRODITION)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2304997	**Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO, processeur.** Processeur pour prothèse auditive ostéo-intégrée PONTO, de la société Prodition France. Conditionné dans une boîte comprenant le manuel d'utilisation et les éléments suivants :	120 555	

	Un écrin, une brosse de nettoyage, un cordon de sécurité, un bâtonnet test (*test rod*), un outil pour faciliter le retrait de la pile, deux couvre-piliers, des piles, des autocollants de personnalisation, le bandeau et/ou le serre-tête. Le processeur est garanti 2 ans. Le renouvellement du processeur pour la prothèse auditive ostéo-intégrée PONTO n'est pris en charge qu'après une période minimale de 2 ans. La prise en charge est assurée pour les modèles suivants : - PONTO; - PONTO PRO; - PONTO PRO POWER; - PONTO PLUS; - PONTO PLUS POWER.		
2382885	**Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO, entretien et réparations, forfait.** Forfait annuel pour l'entretien et réparations de la prothèse auditive ostéo- intégrée PONTO. Ce forfait comprend l'achat de piles ou accumulateurs, la fourniture des pièces détachées et les réparations main-d'œuvre comprise.	4 901	

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

2.4. Chapitre 4. - Prothèses externes non orthopédiques

2.4.1. Généralités

Le prix de vente au public doit être conforme à la réglementation en vigueur.

2.4.1.1. Section 1: A - Prothèses de sein

2.4.1.1.1. Section 1 : A - Prothèses mammaires externes

Conditions générales d'attribution
Les prothèses mammaires externes permettent de reproduire ou restituer la masse volumique et/ou la forme d'un sein.

1. Indications
Les prothèses mammaires externes sont indiquées:
– après une mastectomie totale ou partielle;
– en cas d'asymétrie congénitale ou acquise;
– en cas d'hypoplasie majeure ou d'aplasie.
On distingue trois catégories de prothèse mammaire externe:
– les prothèses mammaires externes transitoires;
– les prothèses mammaires en silicone, dont on différencie des modèles standards et techniques.
1.1. Prothèse mammaire externe transitoire
Une prothèse mammaire externe transitoire permet une compensation de la forme d'un sein manquant immédiatement après l'opération de mastectomie pendant la phase de cicatrisation ou pendant une radiothérapie si la peau est fragilisée.
1.2. Prothèse mammaire externe en silicone standard et technique
Une prothèse mammaire en silicone standard ou technique permet une compensation totale de la forme et de la masse volumique d'un sein manquant (masse volumique compensée partielle dans le cas de dispositifs allégés).
Le rôle d'une prothèse mammaire externe en silicone est double:
– sur le plan physique: restaurer l'équilibre statique et la symétrie du corps, ramener un équilibre pour la statique. La compensation du poids permet d'éviter d'éventuels problèmes de posture à la patiente (rachis, épaule tombante…);
– sur le plan psychologique, permettre à la patiente de retrouver son schéma et son image corporels et participer à la restauration de la confiance en soi.
Les prothèses techniques sont de différents types et indiquées pour des femmes présentant certain(s) symptôme(s): présence ou risque d'œdème, de lymphoedème, douleurs cervicales ou dorsales, cicatrices hyperesthésiques, adhérences cicatricielles, cicatrices irrégulières, arthrose – métastases, bouffées de chaleur/hypersudation

2. Spécifications techniques
2.1. Prothèse mammaire externe transitoire
Pour être prise en charge, une prothèse mammaire transitoire doit respecter les conditions suivantes:

– être constituée d'une enveloppe rembourrée (de ouatine, de fibres…);
– afin de garantir leur tolérance cutanée et leur non-toxicité, les matériaux en contact avec la peau, comme le rembourrage, sont conformes à la norme NF EN ISO10993-5 (relative à l'évaluation biologique des dispositifs médicaux – partie 5: cytotoxicité in vitro);
– être lavable.

2.2. Prothèse mammaire externe en silicone

Les prothèses standards sont composées de silicone de mono-densité. Les prothèses techniques sont de types variés. Elles présentent des spécificités techniques (densités diverses de silicones, type de surfaçage interne, qualité d'adhérence, etc.). Les prothèses mammaires externes en silicone, standards ou techniques, peuvent être composées de silicone allégé.
Pour être prises en charge, les prothèses mammaires externes en silicone doivent respecter les conditions suivantes:
– les formes de ces prothèses sont variées: partielles ou totales, symétriques ou asymétriques;
– la prothèse mammaire externe en silicone est composée d'un ou plusieurs types de gels de silicone recouverts par un film ou une membrane fine de protection;
– le film ou la membrane fine de protection externe est réalisée dans un matériau fin et souple, extensible, robuste à l'étirement et à la pénétration, et qui permet une manipulation et une utilisation quotidienne de la prothèse sans dégradation;
– afin de garantir leur tolérance cutanée et leur non-toxicité, la membrane ou le film et les gels de silicone sont conformes à la norme NF EN ISO10993-5 (relative à l'évaluation biologique des dispositifs médicaux – partie 5: cytotoxicité in vitro); – la densité du gel de silicone est comprise entre 0,5 et 1,05 gr/cm3 (seuils inclus);
– les propriétés de la prothèse, en particulier sa forme, sa souplesse et sa teinte ne doivent pas être altérées par la mise en contact avec l'eau de mer, de piscine et les produits utilisés pour l'hygiène corporelle;
– la notice du produit mentionne les précautions à prendre pour le bon entretien de la prothèse;
– la prothèse ne doit pas présenter de traces d'exsudation;
– elle ne doit pas être sensible aux variations de température;
– le gel de silicone ne doit pas apparaître à l'extérieur de la prothèse par fuite aux soudures des membranes ou par traversée de l'enveloppe dans des conditions normales d'emploi;
– les propriétés de la prothèse doivent demeurer constantes pendant une durée au moins égale à 18 mois;
– le matériau en contact avec la peau doit être bien toléré;
– la prothèse doit être lavable à l'eau savonneuse et livrée dans un support permettant sa parfaite conservation lorsqu'elle n'est pas portée, notamment la nuit;
– la prothèse se porte avec un soutien-gorge traditionnel (s'il est adapté), ou spécifique.

3. Prescription et délivrance des prothèses mammaires externes

3.1. Prescription

3.1.1. Qualité du prescripteur Les prothèses mammaires externes peuvent être prescrites par le chirurgien réalisant la mastectomie, ou tout médecin en relation avec la personne concernant sa pathologie (y compris le médecin traitant).
3.1.2. Modalités des prescriptions
3.1.2.1. Contenu des prescriptions après mastectomie
Un modèle de prescription des prothèses mammaires externes figure ci-dessous.
L'ordonnance aboutit à la prescription d'une prothèse mammaire externe, dans son acception générale.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Modèle de prescription d'une prothèse mammaire externe
Date de la prescription : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|
Nom et prénom de la patiente :
Date de naissance : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|
Poids : |__|__|__| *kg*
Sein concerné par la prescription (cf. une prescription par prothèse mammaire) :
sein gauche
sein droit
Indication
après une mastectomie totale ou partielle ;
asymétrie congénitale ou acquise ;
hypoplasie majeure ou aplasie.
Historique de prescription de prothèse mammaire externe
1ère prescription de prothèse mammaire externe
renouvellement de prescription de prothèse mammaire externe (après prothèse transitoire)
renouvellement de prescription de prothèse mammaire externe (après prothèse en silicone)
En cas de mastectomie :
Date de la mastectomie : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|
Type de mastectomie
Mastectomie partielle
Mastectomie totale
Symptômes présentés par la personne (cochez la case si la personne est concernée)
la peau est fragilisée par une radiothérapie,
la cicatrice est hyperesthésique
la qualité de la cicatrice est irrégulière
la patiente présente des adhérences cicatricielles
il y a présence ou risque d'oedème ou de lymphoedème
la patiente présente des douleurs cervicales ou dorsales
la patiente est sujette à des bouffées de chaleur ou à une hypersudation
une prothèse mammaire externe est prescrite : Oui Non
[CACHET DU MÉDECIN]

3.1.2.2. Délais de prescription
3.1.2.2.1. Prothèse mammaire externe transitoire Une prothèse mammaire transitoire peut être prescrite dès que la mastectomie a eu lieu. Cette prise en charge peut également intervenir ultérieurement durant un traitement par radiothérapie.
3.1.2.2.2. Prothèse mammaire externe en silicone Une prothèse mammaire externe en silicone peut être prise en charge en fin de période de cicatrisation, après un délai minimum de 2 mois après l'opération.

Des évolutions importantes de la pathologie (sensibilité de la peau due aux effets de la radiothérapie, état des cicatrices, prise ou perte de poids associées aux traitements hormonaux…) peuvent intervenir lors de la première année suivant une mastectomie. Si la première prise en charge intervient dans les 14 mois qui suivent la mastectomie, le renouvellement d'une prise en charge de prothèse mammaire externe en silicone peut intervenir à compter de la fin du 12e mois de prise en charge.
Les renouvellements ultérieurs de prise en charge des prothèses de ces patientes se font dans un délai minimum de 18 mois, sur présentation d'une nouvelle ordonnance.
Au-delà d'un délai de 14 mois après la mastectomie, les renouvellements de prises en charge des prothèses mammaires externes en silicone se font dans un délai minimum de 18 mois, sur présentation d'une nouvelle ordonnance.
Tout renouvellement anticipé devra être conforme aux dispositions de la Loi du Pays n° 2013-1 du 14 janvier 2013 sus-visée. À compter du premier renouvellement, la prise en charge de tout renouvellement anticipé est assurée après accord préalable demandé et renseigné par le médecin prescripteur.
La réponse de l'organisme de sécurité sociale doit être adressée dans les délais prévus à l'article LP 33 de la Loi du Pays n° 2013-1 du 14 janvier 2013 sus-visée.

3.2. Modalités de délivrance

Le rôle du distributeur est d'adapter la délivrance de la prothèse mammaire externe en fonction des renseignements de l'ordonnance du médecin. Il a également pour rôle de suivre la bonne adéquation du dispositif médical dans le temps compte tenu des évolutions physiques, de mode de vie et du ressenti de son utilisatrice. La prise en charge d'une prothèse mammaire externe n'intervient que dans le cadre d'une vente réalisée après un essayage sur site en présence physique d'un professionnel formé et de la patiente, que ce soit pour une première délivrance ou pour tout renouvellement. Compte tenu du rôle et des conditions de délivrance assignés au distributeur, il ne peut y avoir de prise en charge de prothèses mammaires achetées sur des sites commerciaux de vente de biens ou de services sur internet. Les non-professionnels de santé délivrant des prothèses mammaires sont tenus au secret professionnel et au respect de la confidentialité. La conservation et la destruction des ordonnances sont assurées de manière sécurisée. En fonction des informations de la prescription de prothèse mammaire externe, le distributeur propose, dans les conditions suivantes de délivrance associées aux prothèses et de prise en charge par l'assurance médicale obligatoire, un choix de prothèses parmi les catégories de prothèses mammaires externes ci-dessous:

– conditions de délivrance associées aux catégories de prothèses:
  – prothèse transitoire:
    – si l'antériorité de l'opération est inférieure à 2 mois ; et/ou
    – si la cicatrisation est en cours ; et/ou
    – si la peau est fragilisée lors d'une radiothérapie;
  – prothèse en silicone standard:
    – en fin de période de cicatrisation (après un délai minimum de 2 mois après la mastectomie) ; et
    – si les réponses sont négatives pour l'ensemble des items «symptôme» du modèle de prescription (en dehors du point relatif à la fragilisation de la peau en cas de radiothérapie permettant la prescription d'une prothèse transitoire) ; ou
    – si l'ordonnance de prescription n'est pas conforme au modèle de prescription;
  – prothèse en silicone technique (non adhérente ou adhérente):
    – si l'on compte au moins une réponse positive pour les items «symptôme» du modèle de prescription (en dehors du point relatif à la fragilisation de la peau en cas de radiothérapie conduisant à la délivrance d'une prothèse transitoire), …
    – … et concernant la prothèse en silicone technique de type non adhérente:
    – en fin de période de cicatrisation (après un délai minimum de 2 mois après la mastectomie);
  – … et pour la prothèse en silicone technique de type adhérente:

– si l'antériorité de l'opération est supérieure à 14 mois, et
– si la phase de cicatrisation est terminée ; et
– si la cicatrice n'est pas hyperesthésique.

– conditions de prise en charge par l'assurance médicale obligatoire:

Dans l'hypothèse où la situation de la patiente décrite dans l'ordonnance conduit à la délivrance par le distributeur d'une prothèse standard (cf. réponses négatives pour l'ensemble des items «symptôme» du modèle de prescription – en dehors d'une peau fragilisée par la radiothérapie), la patiente a la possibilité d'y substituer l'acquisition d'une prothèse technique, adhérente ou non adhérente, sous réserve qu'elle satisfasse aux conditions de délivrance de ces dernières. Dans ce cas, la base de la prise en charge demeure le tarif de la prothèse standard, pour un prix limite de vente associé égal à celui des prothèses mammaire en silicone techniques et ce sur la base des codes 2486917, 2479403 et 2434317 de la nomenclature.

Il est recommandé que le distributeur dispose d'une compétence d'orthopédiste – orthésiste et d'une connaissance des dimensions d'ordre médical, psychologique, et social concernant les utilisatrices de prothèses mammaires externes.

Dans l'hypothèse où il ne disposerait pas de cette compétence, tout personnel délivrant des prothèses mammaires pour un distributeur doit pouvoir justifier de l'attestation d'une formation reconnue et validée en matière de délivrance de prothèses mammaires externes au plus tard à compter du 1er mai 2019. Cette formation est définie ci-dessous au point 3.3.

Le distributeur doit disposer d'un choix large de prothèses mammaires externes pris en charge par la liste des produits et prestations remboursables (transitoire et silicones standards, silicones techniques de modèles variés, dont prothèses adhérentes…), et d'un éventail de formes et de tailles de ces dernières. Les locaux des distributeurs sont équipés de manière à garantir l'intimité de la patiente lors de l'accueil et des essayages (isolation visuelle et phonique: salon ou cabine d'essayage individuelle, miroir, etc.). L'essayage est obligatoire avant la délivrance du produit. Le distributeur doit informer que l'essayage n'engage pas à l'achat. Le distributeur doit fournir à la patiente un support écrit comportant les conseils d'utilisation de la prothèse externe délivrée. La première visite de la patiente au distributeur, destiné à la délivrance d'une prothèse transitoire, intervient au plus près de la mastectomie. Une nouvelle visite a lieu environ deux mois après l'opération, en fonction du degré de cicatrisation de la patiente, en vue de la mise en place d'une prothèse mammaire externe en silicone. Un an après l'opération, un rendez-vous permet de vérifier la pertinence du choix de la prothèse, en fonction d'une éventuelle évolution de la situation de la patiente. Les pas des rendez-vous suivants sont déterminés par les durées de renouvellement associées aux différentes prothèses.

3.3. Formation des personnes délivrant les prothèses mammaires externes ne disposant pas d'une compétence d'orthopédiste – orthésiste

La formation à l'attention des personnes délivrant les prothèses mammaires externes ne disposant pas d'une compétence d'orthopédiste – orthésiste est assurée par le groupe de fabricants et les représentants des distributeurs.

La prise en charge est assurée pour les prothèses mammaires externes suivantes:

Prothèse mammaire externe transitoire :

La prise en charge de la prothèse mammaire transitoire est assurée dans l'attente de l'utilisation d'une prothèse en silicone (utilisée sur une peau cicatrisée).

La prise en charge de la prothèse en silicone doit pouvoir être réalisée dans la même année.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2464376	**PME Sil, Prothèse mammaire externe silicone, modèle standard, AMOENA** Modèles standards de prothèse mammaire externe en silicone, de la marque AMOENA.	29 925	29 925

	Cette catégorie regroupe différents modèles de prothèses mammaires externes en silicone standards de la marque AMOENA. Leur prise en charge relève des modalités précisées dans les conditions générales de nomenclature pour ce type de prothèse mammaire externe. Le renouvellement de la prise en charge n'intervient qu'après une durée d'utilisation minimale de 18 mois, hormis lors de la première prescription après l'opération (12 mois) dans les conditions définies dans les conditions générales. La prise en charge est effectuée sur présentation de la facture précisant le modèle.		
2461679	**PME Sil, Prothèse mammaire externe silicone, mod techniq, non adhérente, AMOENA** Modèles techniques de prothèse mammaire externe en silicone non adhérente, de la marque AMOENA. Cette catégorie regroupe différents modèles de prothèses intégrant des spécificités techniques destinées à l'adaptation de certains symptômes présentés par la patiente de la marque AMOENA. Leur prise en charge relève des modalités précisées dans les conditions générales de nomenclature pour ce type de prothèse mammaire externe. La prise en charge ne peut être renouvelée qu'après une durée d'utilisation minimale de 18 mois, hormis lors de la première prescription après l'opération (12 mois) dans les conditions définies dans les conditions générales. La prise en charge est effectuée sur présentation de la facture précisant le modèle.	39 900	39 900
2483445	**PME Sil, Prothèse mammaire externe silicone, mod techniq, adhérente, AMOENA** Modèles techniques de prothèse mammaire externe en silicone adhérente, de la marque AMOENA. Cette catégorie regroupe différents modèles de prothèses mammaires externes en silicone adhérentes de la marque AMOENA. Leur prise en charge relève des modalités précisées dans les conditions générales de nomenclature pour ce type de prothèse mammaire externe. La prise en charge ne peut être renouvelée qu'après une durée d'utilisation minimale de 18 mois dans les conditions définies dans les conditions générales. Le tarif comprend les éventuels éléments adhésifs nécessaires pour permettre une adhérence de la prothèse pendant cette durée de 18 mois. La prise en charge est effectuée sur présentation de la facture précisant le modèle.	39 900	39 900
2486917	**PME Sil, Prothèse mammaire externe silicone, mod tech pr stand attendu, AMOENA** Modèles techniques de prothèse mammaire externe en silicone adhérente ou non adhérente pour modèle standard attendu, de la marque AMOENA. Cette catégorie regroupe différents modèles de prothèses intégrant des spécificités techniques destinées à l'adaptation de certains symptômes présentés par la patiente et des prothèses mammaires externes adhérentes de la marque AMOENA. Leur prise en charge et leur renouvellement relèvent des modalités précisées dans les conditions générales et les codes respectifs (2461679 et 2483445) de la présente nomenclature des prothèses mammaires externes de chacun de ces types de dispositifs médicaux, et de la possibilité de substituer l'acquisition d'une prothèse technique non adhérente ou adhérente à une prothèse standard attendue selon la prescription. La prise en charge est effectuée sur présentation de la facture précisant le modèle.	29 925	29 925

2405244	**PME Sil, Prothèse mammaire externe silicone, modèle standard, ANITA** Modèles standards de prothèse mammaire externe en silicone, de la marque ANITA. Cette catégorie regroupe différents modèles de prothèses mammaires externes en silicone standards de la marque ANITA. Leur prise en charge relève des modalités précisées dans les conditions générales de nomenclature pour ce type de prothèse mammaire externe. Le renouvellement de la prise en charge n'intervient qu'après une durée d'utilisation minimale de 18 mois, hormis lors de la première prescription après l'opération (12 mois) dans les conditions définies dans les conditions générales. La prise en charge est effectuée sur présentation de la facture précisant le modèle.	29 925	29 925
2492415	**PME Sil, Prothèse mammaire externe silicone, mod techniq, non adhérente, ANITA** Modèles techniques de prothèse mammaire externe en silicone non adhérente, de la marque ANITA. Cette catégorie regroupe différents modèles de prothèses intégrant des spécificités techniques destinées à l'adaptation de certains symptômes présentés par la patiente de la marque ANITA. Leur prise en charge relève des modalités précisées dans les conditions générales de nomenclature pour ce type de prothèse mammaire externe. Le renouvellement de la prise en charge n'intervient qu'après une durée d'utilisation minimale de 18 mois, hormis lors de la première prescription après l'opération (12 mois) dans les conditions définies dans les conditions générales. La prise en charge est effectuée sur présentation de la facture précisant le modèle.	39 900	39 900
2401714	**PME Sil, Prothèse mammaire externe silicone, mod techniq, adhérente, ANITA** Modèles techniques de prothèse mammaire externe en silicone adhérente, de la marque ANITA. Cette catégorie regroupe différents modèles de prothèses mammaires externes en silicone adhérentes de la marque ANITA. Leur prise en charge relève des modalités précisées dans les conditions générales de nomenclature pour ce type de prothèse mammaire externe. La prise en charge ne peut être renouvelée qu'après une durée d'utilisation minimale de 18 mois dans les conditions définies dans les conditions générales. Le tarif comprend les éventuels éléments adhésifs nécessaires pour permettre une adhérence de la prothèse pendant cette durée de 18 mois. La prise en charge est effectuée sur présentation de la facture précisant le modèle.	39 900	39 900
2479403	**PME Sil, Prothèse mammaire externe silicone, mod tech pr stand attendu, ANITA** Modèles techniques de prothèse mammaire externe en silicone adhérente ou non adhérente pour modèle standard attendu, de la marque ANITA. Cette catégorie regroupe différents modèles de prothèses intégrant des spécificités techniques destinées à l'adaptation de certains symptômes présentés par la patiente et des prothèses mammaires externes adhérentes de la marque ANITA. Leur prise en charge et leur renouvellement relèvent des modalités précisées dans les conditions générales et les codes respectifs (2492415 et 2401714) de la présente nomenclature des prothèses mammaires externes de chacun de ces types de dispositifs médicaux, et de la possibilité de substituer l'acquisition d'une prothèse technique non adhérente ou adhérente à une prothèse standard attendue selon la prescription. La prise en charge est effectuée sur présentation de la facture précisant le modèle.	39 900	39 900

2404492	**PME Sil, Prothèse mammaire externe silicone, modèle standard, THUASNE** Modèles standards de prothèse mammaire externe en silicone, de la marque THUASNE. Cette catégorie regroupe différents modèles de prothèses mammaires externes en silicone standards de la marque THUASNE. Leur prise en charge relève des modalités précisées dans les conditions générales de nomenclature pour ce type de prothèse mammaire externe. Le renouvellement de la prise en charge n'intervient qu'après une durée d'utilisation minimale de 18 mois, hormis lors de la première prescription après l'opération (12 mois) dans les conditions définies dans les conditions générales. La prise en charge est effectuée sur présentation de la facture précisant le modèle.	29 925	29 925
2490764	**PME Sil, Prothèse mammaire externe silicone, mod techniq, non adhérente, THUASNE** Modèles techniques de prothèse mammaire externe en silicone non adhérente, de la marque THUASNE. Cette catégorie regroupe différents modèles de prothèses intégrant des spécificités techniques destinées à l'adaptation de certains symptômes présentés par la patiente de la marque THUASNE. Leur prise en charge relève des modalités précisées dans les conditions générales de nomenclature pour ce type de prothèse mammaire externe. Le renouvellement de la prise en charge n'intervient qu'après une durée d'utilisation minimale de 18 mois, hormis lors de la première prescription après l'opération (12 mois) dans les conditions définies dans les conditions générales. La prise en charge est effectuée sur présentation de la facture précisant le modèle.	39 900	39 900
2440051	**PME Sil, Prothèse mammaire externe silicone, mod techniq, adhérente, THUASNE** Modèles techniques de prothèse mammaire externe en silicone adhérente, de la marque THUASNE. Cette catégorie regroupe différents modèles de prothèses mammaires externes en silicone adhérentes de la marque THUASNE. Leur prise en charge relève des modalités précisées dans les conditions générales de nomenclature pour ce type de prothèse mammaire externe. La prise en charge ne peut être renouvelée qu'après une durée d'utilisation minimale de 18 mois dans les conditions définies dans les conditions générales. Le tarif comprend les éventuels éléments adhésifs nécessaires pour permettre une adhérence de la prothèse pendant cette durée de 18 mois. La prise en charge est effectuée sur présentation de la facture précisant le modèle.	39 900	39 900
2434317	**PME Sil, Prothèse mammaire externe silicone, mod tech pr stand attendu, THUASNE** Modèles techniques de prothèse mammaire externe en silicone adhérente ou non adhérente pour modèle standard attendu, de la marque THUASNE. Cette catégorie regroupe différents modèles de prothèses intégrant des spécificités techniques destinées à l'adaptation de certains symptômes présentés par la patiente et des prothèses mammaires externes adhérentes de la marque THUASNE. Leur prise en charge et leur renouvellement relèvent des modalités précisées dans les conditions générales et les codes respectifs (2490764 et 2440051) de la présente nomenclature des prothèses mammaires externes de chacun de ces	29 925	29 925

	types de dispositifs médicaux, et de la possibilité de substituer l'acquisition d'une prothèse technique non adhérente ou adhérente à une prothèse standard attendue selon la prescription. La prise en charge est effectuée sur présentation de la facture précisant le modèle.		

2.4.1.2. Section 2: B - Canules trachéales

2.4.1.2.1. Spécifications techniques

Une canule trachéale est une prothèse externe amovible située à la face antérieure du cou, mettant en communication directe la trachée avec l'air extérieur et court-circuitant les voies aériennes supérieures.
Une canule trachéale parlante est une canule trachéale qui permet la phonation ; elle est indiquée dans le cas où les cordes vocales sont conservées.

Une canule trachéale répond aux caractéristiques techniques de la norme ISO 5366/2 de 1985. Elle est réalisée en matériaux compatibles avec les tissus humains :
* soit en élastomère de silicone de qualité médicale ;
* soit en chlorure de polyvinyle ;
* soit en acrylique ;
* soit en acier inoxydable ;
* soit en argent.
*

Fabriquée en élastomère de silicone, elle est garantie 2 mois par le fabricant dans les conditions normales d'utilisation.
Fabriquée en chlorure de polyvinyle, elle est garantie six mois par le fabricant dans les conditions normales d'utilisation.
Fabriquée en acrylique, elle est garantie un an par le fabricant dans les conditions normales d'utilisation.
Fabriquée en acier inoxydable, elle est garantie 2 ans par le fabricant dans les conditions normales d'utilisation.
Fabriquée en argent, sa tige est réalisée dans un tube non soudé, son épaisseur est d'au moins 3/10 de mm et son titrage d'au moins 850 millièmes. Elle est garantie 4 ans par le fabricant dans les conditions normales d'utilisation.

2.4.1.2.2. Nomenclature et tarifs

2.4.1.2.2.1. Sous-section 1 : Canules trachéales simples

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2426766	**Canules trachéale simple, en élastomère de silicone.** La prise en charge est assurée dans la limite de 2 attributions tous les 2 mois (ou 12 par an).	1 625	
2432880	**Canules trachéale simple, en chlorure de polyvinyle.** La prise en charge est assurée dans la limite de 2 attributions tous les 6 mois (ou 4 par an).	5 453	
2404210	**Canules trachéale simple, en acrylique.** La prise en charge est assurée dans la limite de 2 attributions par an.	9 694	

2450859	**Canules trachéale simple, en acier inoxydable.** La prise en charge est assurée dans la limite de 2 attributions tous les 2 ans	13 936	
2434636	**Canules trachéale simple, en argent.** La prise en charge est assurée dans la limite de 2 attributions tous les 4 ans.	36 354	

2.4.1.2.2.2. Sous-section 2 : Canules trachéales parlantes à clapet

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2485390	**Canules trachéales parlantes à clapet, en élastomère de silicone.** La prise en charge est assurée dans la limite de 2 attributions tous les 2 mois (ou 12 par an).	4 726	
2415946	**Canules trachéales parlantes à clapet, en chlorure de polyvinyle.** La prise en charge est assurée dans la limite de 2 attributions tous les 6 mois (ou 4 par an).	15 754	
2426683	**Canules trachéales parlantes à clapet, en acrylique.** La prise en charge est assurée dans la limite de 2 attributions par an.	19 995	
2403989	**Canules trachéales parlantes à clapet, en acier inoxydable.** La prise en charge est assurée dans la limite de 2 attributions tous les 2 ans.	24 236	
2495141	**Canules trachéales parlantes à clapet, en argent.** La prise en charge est assurée dans la limite de 2 attributions tous les 4 ans.	46 655	

2.4.1.3. Section 3 : C - Aérateurs transtympaniques

2.4.1.3.1. Spécifications techniques

Un aérateur transtympanique est un matériel stérile dénommé communément drain de Shepard ou Yoyo implanté chirurgicalement permettant l'aération de l'oreille moyenne.
Il est fabriqué dans un matériau atoxique et biocompatible répondant aux monographies de la Pharmacopée française et aux normes françaises en vigueur. Il porte le numéro de fabrication.
Deux classes d'aérateur existent :
- l'aérateur transtympanique d'utilisation brève. Sa forme lui permet de rester en place environ 6 mois et il s'expulse soit spontanément, soit par ablation chirurgicale ;
- l'aérateur transtympanique d'utilisation prolongée. Sa forme (en T notamment) lui permet de se maintenir en place durant 2 ans en moyenne jusqu'à ablation chirurgicale.

2.4.1.3.2. Nomenclature et tarifs

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2499156	**Aérateur transtympanique, stérile, non réutilisable, d'utilisation brève.**	1292	

2494897	**Aérateur transtympanique, stérile, non réutilisable, d'utilisation prolongée**	2 130	

2.4.1.4. Section 4: D - Prothèses vocales

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Pour mutilation grave de la voix, utilisant des vibrations sonores, à intensité tonale réglable. La prise en charge comprend le chargeur, la casette de rechange et la batterie.		
2443894	**Prothèse vocale électronique, à embout buccal, achat**	51 825	
2454024	**Prothèse vocale électronique, à conduction transcutanée, achat**	79 146	
2470081	**Prothèse vocale électronique, forfait location hebdomadaire limitée à 3 mois**	1 217	

2.4.1.5. Section 5: E - Prothèse respiratoire pour trachéostomie

2.4.1.5.1. Sous-section 1 : Prothèse respiratoire pour trachéostomie réutilisable avec filtre et piège à sécrétions

2.4.1.5.1.1. Société CEREDAS

La prise en charge est assurée pour l'appareillage du trachéostome chez des patients porteurs ou non d'implant phonatoire (phon) après laryngectomie totale ou pharyngo- laryngectomie totale.

Le nez artificiel CYRANOSE ou échangeur de chaleur et d'humidité ECH est composé de cinq éléments : un adhésif, une embase, un piège à sécrétions, un filtre et un boîtier. Il peut être utilisé en association avec CYTUBEMAJOR calibreur et support de trachéostome, CYGRIPONE calibreur de trachéostome, CYADAPTOR adaptateur universel, CYVALVEFREEDOM valve pour phonation mains libres et TRACHEODOUCHE protecteur de douche. Ils appartiennent tous (y compris le nez artificiel ou échangeur de chaleur et d'humidité ECH) à la gamme CYRANOSE GLOBAL SYSTEM.

L'adhésif double-face hypoallergénique en polyéthylène occlusif a pour but de coller sur la peau du patient, par l'intermédiaire de l'embase, l'ensemble du nez artificiel CYRANOSE. C'est le seul élément jetable quotidiennement du nez artificiel CYRANOSE. L'adhésif existe en deux qualités (pour peaux " normales " ou pour peaux " sensibles").

L'embase, en silicone souple, est l'élément support permettant la mise en place des composants du nez artificiel CYRANOSE, collée sur l'adhésif double face. L'embase existe en deux qualités (standard ou renforcée).

Pour une meilleure adaptation selon la morphologie du cou, l'embase et l'adhésif sont disponibles sous six formats : quatre formats standards (A, C, D, G) et deux grands formats de surface $\geq$ 90 cm² (E, F).

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Le piège à sécrétions, en inox 316L, retient dans ses mailles les mucosités évacuées par le système pulmonaire et évite au filtre en mousse d'être obstrué.

Le filtre en mousse de polyuréthane polyester souple réticulée à cellularité 100 % ouverte filtre l'air inspiré et permet l'échange d'humidité grâce à la rétention de la vapeur d'eau dans le filtre lors de l'expiration du patient. Il est lavable et réutilisable durant une période d'un mois.

Le boîtier, en inox 316L, reçoit le filtre mousse et se fixe sur l'embase en emprisonnant le piège à secrétions, il assure la fermeture de l'ensemble de la prothèse. Le boîtier standard est destiné aux personnes laryngectomisées sans implant phonatoire.

Le boîtier obturateur est destiné aux personnes laryngectomisées avec implant phonatoire. L'échange de chaleur et d'humidité est assuré grâce aux propriétés thermo-hydriques de l'inox 316L du piège à sécrétions et du boîtier. La haute tenue à la corrosion de l'inox 316L permet un nettoyage répété du dispositif.

CYTUBEMAJOR, calibreur et support de trachéostome, est destiné au maintien de la trachéostomie du patient laryngectomisé et à l'appareillage immédiat du trachéostome par le nez artificiel CYRANOSE. Les patients porteurs d'un implant phonatoire peuvent être appareillés par une valve de phonation en vue de la rééducation vocale. Il peut être porté durant la période de radiothérapie.

CYGRIPONE, calibreur de trachéostome, est destiné au maintien de la trachéostomie du patient laryngectomisé. Il est porté tout au long de la vie sous le nez artificiel CYRANOSE par le patient qui aura besoin du port continu d'un calibreur de trachéostome.

CYTUBEMAJOR et CYGRIPONE existent en version fenêtrée pour les porteurs d'implant phonatoire.

CYVALVEFREEDOM, valve pour phonation mains libres, permet au patient porteur d'un implant phonatoire de parler sans avoir à obturer manuellement son trachéostome.

CYADAPTOR, adaptateur universel, permet au patient de recevoir la valve mains libres CYVALVEFREEDOM ou le piège à sécrétions associé au filtre mousse du nez artificiel CYRANOSE (utilisée sans son boîtier).

TRACHEODOUCHE, protecteur pour la douche, permet aux patients laryngectomisés de prendre une douche sans que l'eau ne rentre dans les poumons via le trachéostome. CYADAPTOR et TRACHEODOUCHE sont maintenus sur le support de trachéostome CYTUBEMAJOR (durant la période post-opératoire) ou sur l'embase du nez artificiel CYRANOSE.

La prise en charge est assurée pour les produits de la gamme CYRANOSE GLOBAL SYSTEM (CYRANOSE) suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2439600	**Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, ECH, non phonatoire, coffret base NPST1.** Coffret de base NPST1 du nez artificiel ou échangeur de chaleur et d'humidité (ECH) CYRANOSE pour patient sans implant phonatoire (non phonatoire) avec embases standards.	102 756	102 756

	Il contient un boîtier standard, six filtres en mousse, trois pièges à sécrétion, deux embases standards, vingt adhésifs standards. Il existe quatre types de format pour les embases et les adhésifs : A, C, D, G. La prise en charge est assurée pour les références des coffrets suivants : CYR1001, CYR1002, CYR1003, CYR1004, CYR1005, CYR1006, CYR1007, CYR1008. Le coffret est pris en charge dans la limite d'une attribution par patient.		
2431572	**Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, ECH, non phonatoire, coffret base NPST2.** Coffret de base NPST2 du nez artificiel ou échangeur de chaleur et d'humidité (ECH) CYRANOSE pour patient sans implant phonatoire (non phonatoire) avec embases standards. Il contient un boîtier standard, six filtres en mousse, trois pièges à sécrétion, deux embases standards, vingt adhésifs surface >ou = 90 cm². Il existe deux types de format pour les embases et les adhésifs : E, F. La prise en charge est assurée pour les références des coffrets suivants : CYR1009, CYR1010, CYR1011, CYR1012. Le coffret est pris en charge dans la limite d'une attribution par patient.	103 720	103 720
2447403	**Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, ECH, non phonatoire, coffret base PREN1.** Coffret de base NPREN1 du nez artificiel ou échangeur de chaleur et d'humidité (ECH) CYRANOSE pour patient sans implant phonatoire (non phon) avec embases renforcées. Il contient un boîtier standard, six filtres en mousse, trois pièges à sécrétion, deux embases renforcées, vingt adhésifs standard. Il existe quatre types de format pour les embases et les adhésifs : A, C, D, G. La prise en charge est assurée pour les références des coffrets suivants : CYR1013, CYR1014, CYR1015, CYR1016, CYR1017, CYR1018, CYR1019, CYR1020. Le coffret est pris en charge dans la limite d'une attribution par patient.	109 765	109 765
2430331	**Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, ECH, non phonatoire, coffret base NPREN2.** Coffret de base NPREN2 du nez artificiel ou échangeur de chaleur et d'humidité (ECH) CYRANOSE pour patient sans implant phonatoire (non phon) avec embases renforcées. Il contient un boîtier standard, six filtres en mousse, trois pièges à sécrétion, deux embases renforcées, vingt adhésifs surface > ou = 90 cm². Il existe deux types de format pour les embases et les adhésifs : E, F. La prise en charge est assurée pour les références des coffrets suivants : CYR1021, CYR1022, CYR1023, CYR1024. Le coffret est pris en charge dans la limite d'une attribution par patient.	110 729	110 729
2426393	**Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, ECH, phonatoire, coffret base PST1.** Coffret de base PST1 du nez artificiel ou échangeur de chaleur et d'humidité (ECH) CYRANOSE pour patient avec implant phonatoire avec embases standards. Il contient un boîtier obturateur, six filtres en mousse, trois pièges à sécrétion, deux embases standards, vingt adhésifs standard. Il existe quatre types de format pour les embases et les adhésifs : A, C, D, G.	136 641	136 641

	La prise en charge est assurée pour les références des coffrets suivants : CYR2001, CYR2002, CYR2003, CYR2004, CYR2005, CYR2006, CYR2007, CYR2008. Le coffret est pris en charge dans la limite d'une attribution par patient.		
2486053	**Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, ECH, phonatoire, coffret base PST2.** Coffret de base PST2 du nez artificiel ou échangeur de chaleur et d'humidité (ECH) CYRANOSE pour patient avec implant phonatoire avec embases standards. Il contient un boîtier obturateur, six filtres en mousse, trois pièges à sécrétion, deux embases standard, vingt adhésifs surface >ou = 90 cm². Il existe deux types de format pour les embases et les adhésifs : E, F. La prise en charge est assurée pour les références des coffrets suivants : CYR2009, CYR2010, CYR2011, CYR2012. Le coffret est pris en charge dans la limite d'une attribution par patient.	137 606	137 606
2447834	**Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, ECH, phonatoire, coffret base PREN1.** Coffret de base PREN1 du nez artificiel ou échangeur de chaleur et d'humidité (ECH) CYRANOSE pour patient avec implant phonatoire avec embases renforcées. Il contient un boîtier obturateur, six filtres en mousse, trois pièges à sécrétion, deux embases renforcées, vingt adhésifs standard. Il existe quatre types de format pour les embases et les adhésifs : A, C, D, G. La prise en charge est assurée pour les références des coffrets suivants : CYR2013, CYR2014, CYR2015, CYR2016, CYR2017, CYR2018, CYR2019, CYR2020. Le coffret est pris en charge dans la limite d'une attribution par patient.	143 650	143 650
2416242	**Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, ECH, phonatoire, coffret base PREN2.** Coffret de base PREN2 du nez artificiel ou échangeur de chaleur et d'humidité (ECH) CYRANOSE pour patient avec implant phonatoire avec embases renforcées. Il contient un boîtier obturateur, six filtres en mousse, trois pièges à sécrétion, deux embases renforcées, vingt adhésifs surface > ou = 90 cm². Il existe deux types de format pour les embases et les adhésifs : E, F. La prise en charge est assurée pour les références des coffrets suivants : CYR2021, CYR2022, CYR2023, CYR2024. Le coffret est pris en charge dans la limite d'une attribution par patient.	144 615	144 615
2460438	**Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, ECH, non phonatoire, boîtier standard.** Il est pris en charge en renouvellement du boîtier standard fourni à la première mise dans le coffret de base dans la limite d'une attribution tous les cinq ans. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : CYR4001.	37 435	37 435
2419737	**Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, ECH, phonatoire, boîtier obturateur.** Il est pris en charge en renouvellement du boîtier obturateur fourni à la première mise dans le coffret de base dans la limite d'une attribution tous les cinq ans. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : CYR4002.	71 319	71 319

2478450	**Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, ECH, non phonatoire, embase standard.** Elle est prise en charge en renouvellement de l'embase standard fournie à la première mise dans le coffret de base dans la limite d'une attribution par an. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : CYR4003, CYR4004, CYR4005, CYR4006, CYR4007, CYR4008.	7 566	7 566
2469273	**Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, ECH, embase renforcée.** Embase renforcée pour les porteurs de prothèses phonatoires et les morphologies des trachéostomies très difficilement appareillables. Elle est prise en charge en renouvellement de l'embase renforcée fournie à la première mise dans le coffret de base dans la limite d'une attribution par an. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : CYR4009, CYR4010, CYR4011, CYR4012, CYR4013, CYR4014.	11 070	11 070
2401654	**Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, ECH, piège à sécrétions.** Il est pris en charge en renouvellement de ceux fournis à la première mise dans le coffret de base dans la limite d'une attribution par an. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : CYR4015.	13 408	13 408
2482960	**Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, ECH, trois filtres + 100 adhésifs standards.** Boîte comprenant : - trois filtres en mousse dans la limite de trois filtres tous les trois mois ; - cent adhésifs standards double face dans la limite de deux unités par jour. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : CYR3001, CYR3002, CYR3003, CYR3004, CYR3005, CYR3006, CYR3007, CYR3008.	23 836	23 836
2487549	**Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, ECH, trois filtres + 100 adhésifs > ou = 90 cm².** Boîte comprenant : - trois filtres en mousse dans la limite de trois filtres tous les trois mois ; - cent adhésifs surface > ou = 90 cm² double face dans la limite de deux unités par jour. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : CYR3009, CYR3010, CYR3011, CYR3012.	28 657	28 657
2492450	**Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, ECH, trois filtres.** Trois filtres en mousse de polyuréthane polyester souple réticulée à cellularité 100 % ouverte, dans la limite de trois filtres tous les trois mois. Il est pris en charge en renouvellement de ceux fournis à la première mise dans le coffret de base. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : CYR4016.	2 888	2 888
2464181	**Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, ECH, dix adhésifs standards.** Dix adhésifs standards double face. Ils sont pris en charge dans la limite de deux unités par jour.	2 095	2 095

	La prise en charge est assurée pour les références suivantes : CYR4017, CYR4018, CYR4019, CYR4020, CYR4021, CYR4022, CYR4023, CYR4024.		
2450894	**Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, ECH, 100 adhésifs standards.** Cent adhésifs double face, hypoallergéniques en polyéthylène occlusif, quelle que soit la forme. Ils sont pris en charge dans la limite de deux unités par jour. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : CYR4029, CYR4030, CYR4031, CYR4032, CYR4033, CYR4034, CYR4037, CYR4038.	20 948	20 948
2415389	**Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, ECH, dix adhésifs, surface > ou = 90 cm².** Dix adhésifs double face, de surface supérieure ou égale à 90 cm², hypoallergéniques en polyéthylène occlusif, quelle que soit la forme. Ils sont pris en charge dans la limite de deux unités par jour. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : CYR4025, CYR4026, CYR4027, CYR4028	2 577	2 577
2475902	**Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, ECH, cent adhésifs, surface > ou = 90 cm².** Cent adhésifs double face, de surface supérieure ou égale à 90 cm², hypoallergéniques en polyéthylène occlusif, quelle que soit la forme. Ils sont pris en charge dans la limite de deux unités par jour. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : CYR4035, CYR4036, CYR4039, CYR4040.	25 769	25 769
2444876	**Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, trachéodouche.** Protecteur de douche dans la limite d'une attribution par an. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : TRD. 4001.	3 912	3 912
2471212	**Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, CYTUBEMAJOR standard.** Calibreur et support de trachéostome utilisé principalement en période post- opératoire dans la limite de deux attributions par an. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : CBC0827, CBC0927, CBC1027, CBC1227, CBC0836, CBC0936, CBC1036, CBC1236, CBC0855, CBC0955, CBC1055, CBC1255.	13 681	13 681
2407728	**Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, CYTUBEMAJOR fenêtré.** Calibreur et support de trachéostome pour patient porteur d'un implant phonatoire dans la limite de deux attributions par an. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : CBCF0827, CBCF0927, CBCF1027, CBCF1227, CBCF0836, CBCF0936, CBCF1036, CBCF1236, CBCF0855, CBCF0955, CBCF1055, CBCF1255.	15 084	15 084
2436606	**Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, CYGRIPONE standard.** Calibreur trachéostome dans la limite de deux attributions par an. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : CNS0818, CNS0918, CNS1018, CNS1218, CNS0827, CNS0927, CNS1027, CNS1227, CNS0836, CNS0936, CNS1036, CNS1236, CNS0855, CNS0955, CNS1055, CNS1255.	11 927	11 927
2498748	**Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, CYGRIPONE fenêtré.** Calibreur trachéostome pour patient porteur d'un implant phonatoire dans la limite de deux attributions par an.	13 330	13 330

	La prise en charge est assurée pour les références suivantes : CNSF0818, CNSF0918, CNSF1018, CNSF1218, CNSF0827, CNSF0927, CNSF1027, CNSF1227, CNSF0836, CNSF0936, CNSF1036, CNSF1236, CNSF0855, CNSF0955, CNSF1055, CNSF1255.		
2449201	**Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, CYVALVEFREEDOM.** Valve pour phonation mains libres dans la limite d'une attribution par an. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : KML 4001.	41 393	41 393
2420806	**Prothèse respiratoire, CEREDAS, CYRANOSE, CYADAPTOR.** Adaptateur pour valve pour phonation mains libres dans la limite de deux attributions par an. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : AUD 4001.	7 894	7 894

2.4.1.5.2. Sous-section 2 : Prothèse respiratoire et phonatoire à usage unique pour laryngectomisés totaux porteurs ou non d'implant phonatoire

Elle est constituée d'un échangeur de chaleur et d'humidité, d'un réservoir de sécrétions et d'une valve phonatoire

2.4.1.5.2.1. Paragraphe 1 : Cassette à usage unique

Elle est constituée d'un boîtier, d'un filtre échangeur et d'un récepteur de sécrétions. Elle ne comprend un clapet-valve phonatoire que pour les codes 2479573, 2463431 et 2472513.
La prise en charge est assurée dans la limite d'une cassette par jour.

Société ATOS MEDICAL SAS (ATOS)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2479573	**Prothèse respiratoire, K7 usage unique, ATOS, PROVOX HME, ECH, les 20.** Cassette à usage unique PROVOX HME, ECH, Société ATOS MEDICAL SAS. La boîte de 20 unités.	6 375	6 375
2463431	**Prothèse respiratoire, K7 usage unique, ATOS, PROVOX HME, HIFLOW ECH, les 20.** Cassette à usage unique PROVOX HME, HIFLOW ECH, société ATOS MEDICAL SAS. La boîte de 20 unités.	6 807	6 807
2472513	**Prothèse respiratoire, K7 usage unique, ATOS, PROVOX HME, les 20.** Cassette à usage unique PROVOX HME pour valve phonatoire à occlusion automatique « Mains libres », société ATOS MEDICAL SAS. La boîte de 20 unités.	6 807	6 807
2422515	**Prothèse respiratoire, K7 us. uniq. ATOS, PROVOX HME COMPACT, ECH, 20.** Cassette à usage unique PROVOX HME COMPACT, normale, ECH, société ATOS MEDICAL SAS. La boîte de 20 unités, réf. 7236. Elle comprend un boîtier, un filtre échangeur et un récepteur de sécrétions.	6 163	6 163

2479580	**Prothèse respiratoire, K7 us. uniq., ATOS, PROVOX HME COMPACT HiFlow ECH, 20.** Cassette à usage unique PROVOX HME COMPACT HiFlow, ECH, société ATOS MEDICAL SAS. La boîte de 20 unités, réf. 7237. Elle comprend un boîtier, un filtre échangeur et un récepteur de sécrétions.	6 581	6 581
2468078	**Prothèse respiratoire, K7 usage unique, ATOS, PROVOX ECH MOIST, B/30.** Boite de 30 cassettes à usage unique PROVOX ECH MOIST, Société ATOS MEDICAL SAS. Les cassettes sont à usage unique (24 heures). La prise en charge est assurée pour la référence 8220. La prise en charge est assurée dans la limite d'une cassette par jour.	9 212	9 212
2447053	**Prothèse respiratoire, K7 usage unique, ATOS, PROVOX ECH FLOW, B/30.** Boite de 30 cassettes à usage unique PROVOX ECH FLOW, Société ATOS MEDICAL SAS. Les cassettes sont à usage unique (24 heures). La prise en charge est assurée pour la référence 8221. La prise en charge est assurée dans la limite d'une cassette par jour.	9 212	9 212
2439177	**Prothèse respiratoire, K7 usage unique, ATOS, XTRAHME XtraMoist, B/30.** Conditionnement de 30 cassettes à usage unique ECH PROVOX XTRAHME XtraMoist dense de la société ATOS MEDICAL. Les cassettes sont à usage unique (24 heures). La prise en charge est assurée pour la référence 7290. La prise en charge est assurée dans la limite d'une cassette par jour.	9 212	9 212
2427820	**Prothèse respiratoire, K7 usage unique, ATOS, XTRAHME XtraFlow, B/30.** Conditionnement de 30 cassettes à usage unique ECH PROVOX XTRAHME XtraFlow basse densité de la société ATOS MEDICAL. Les cassettes sont à usage unique (24 heures). La prise en charge est assurée pour la référence 7291. La prise en charge est assurée dans la limite d'une cassette par jour.	9 212	9 212

Société COLLIN SAS (COLLIN)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2454662	**Prothèse respiratoire, K7 us. uniq., IST, ECH PRIM-AIR PHON I, 20.** Filtre à usage unique ECH PRIM-AIR PHON I, résistance standard, de la société IST Medical. La boîte de 20 unités, réf. HFP20.	6 055	6 055
2435044	**Prothèse respiratoire, K7 us. uniq., IST, ECH PRIM-AIR PHON I, 50.** Filtre à usage unique ECH PRIM-AIR PHON I, résistance standard, de la société IST Medical. La boîte de 50 unités, réf. HFP50.	15 139	15 139

2485036	**Prothèse respiratoire, K7 us. uniq., IST, ECH PRIM-AIR PHON I High Flow, 20.** Filtre à usage unique ECH PRIM-AIR PHON I High Flow, faible résistance, de la société IST Medical. La boîte de 20 unités, réf. HFP20HF	6 466	6 466
2425123	**Prothèse respiratoire, K7 us. uniq., IST, ECH PRIM-AIR PHON I High Flow, 50.** Filtre à usage unique ECH PRIM-AIR PHON I, résistance standard, de la société IST Medical. La boîte de 50 unités, réf. HFP50HF	16 166	16 166
2401476	**Prothèse respiratoire, K7 us. uniq., IST, ECH PRIM-AIR KAS II, 20.** Filtre à usage unique ECH PRIM-AIR KAS II, résistance standard, de la société IST Medical. La boîte de 20 unités, réf. HFK20.	5 856	5 856
2400904	**Prothèse respiratoire, K7 us. uniq., IST, ECH PRIM-AIR KAS II, 50.** Filtre à usage unique ECH PRIM-AIR KAS II, résistance standard, de la société IST Medical. La boîte de 50 unités, réf. HFK50.	14 639	14 639
2411109	**Prothèse respiratoire, K7 us. uniq., IST, ECH PRIMA-RESIST AIR II, 20.** Filtre à usage unique ECH PRIMA-RESIST AIR II, pour valve PRIMA-RESIST ou PRIMA-LOW RESIST, de la société IST Medical. La boîte de 20 unités, réf. HFV20.	6 466	6 466
2406812	**Prothèse respiratoire, K7 us. uniq., IST, ECH PRIMA-RESIST AIR II, 50.** Filtre à usage unique ECH PRIMA-RESIST AIR II, pour valve PRIMA-RESIST ou PRIMA- LOW RESIST, de la société IST Medical. La boîte de 50 unités, réf. HFV50.	16 164	16 164

2.4.1.5.2.2. Paragraphe 2 : Support de cassette, autoadhésif, à usage unique

II comprend l'embase de cassette et l'adhésif.
Sa prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution par jour.

Société ATOS MEDICAL SAS (ATOS)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2402547	**Prothèse respiratoire, support adhésif, ATOS, REGULAR, PROVOX HME, les 20.** Support de cassette autoadhésif à colle standard REGULAR, PROVOX HME, Société ATOS MEDICAL SAS. La boîte de 20 unités. Les supports adhésifs sont des dispositifs à usage unique (24 heures). La prise en charge est assurée dans la limite d'un support de cassette par jour.	6 807	6 807
2486366	**Prothèse respiratoire, support adhésif, ATOS, FLEXIDERM, PROVOX HME, les 20.** Support de cassette autoadhésif sur film flexible à colle forte FLEXIDERM, PROVOX HME, Société ATOS MEDICAL SAS. La boîte de 20 unités.	9 776	9 776

	Les supports adhésifs sont des dispositifs à usage unique (24 heures). La prise en charge est assurée dans la limite d'un support de cassette par jour.		
2451385	**Prothèse respiratoire, support adhésif, ATOS, PROVOX HME XtraBase, les 20.** Support de cassette autoadhésif à embase rigide et convexe sur film flexible à colle forte, PROVOX HME XtraBase, Société ATOS MEDICAL SAS. La boîte de 20 unités. Les supports adhésifs sont des dispositifs à usage unique (24 heures). La prise en charge est assurée dans la limite d'un support de cassette par jour.	9 776	9 776
2458826	**Prothèse respiratoire, support adhésif, ATOS, OPTIDERM, PROVOX HME, les 20.** Support de cassette autoadhésif sur film hydrocolloïde OPTIDERM, PROVOX HME, Société ATOS MEDICAL SAS. La boîte de 20 unités. Les supports adhésifs sont des dispositifs à usage unique (24 heures). La prise en charge est assurée dans la limite d'un support de cassette par jour.	16 037	16 037

Société IST MEDICAL (IST)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2416680	**Prothèse respiratoire, support adhésif, IST, PRIM-AIR STRIP FINE, les 20.** Support de cassette autoadhésif, PRIM-AIR STRIP FINE pour peaux sensibles, hypoallergénique, de la société IST Medical. La prise en charge est assurée pour la boîte de 20 unités : réf. HASR 20 (transparent, rond) et réf. HASO20 (transparent, ovale).	10 806	10 806
2406775	**Prothèse respiratoire, support adhésif, IST, PRIM-AIR STRIP FINE, les 50.** Support de cassette autoadhésif, PRIM-AIR STRIP FINE pour peaux sensibles, hypoallergénique, de la société IST Medical. La prise en charge est assurée pour la boîte de 50 unités : réf. HASR 50 (transparent, rond) et réf. HASO50 (transparent, ovale).	27 016	27 016
2496494	**Prothèse respiratoire, support adhésif, IST, PRIM-AIR STRIP FIRM, les 20.** Support de cassette autoadhésif, PRIM-AIR STRIP FIRM pour peaux normales, de la société IST Medical. La prise en charge est assurée pour la boîte de 20 unités : réf. HANR 20 (transparent, rond) et réf. HANO20 (transparent, ovale).	10 806	10 806
2400198	**Prothèse respiratoire, support adhésif, IST, PRIM-AIR STRIP FIRM, les 50.** Support de cassette autoadhésif, PRIM-AIR STRIP FIRM pour peaux normales, de la société IST Medical. La prise en charge est assurée pour la boîte de 50 unités : réf. HANR 50 (transparent, rond) et réf. HANO50 (transparent, ovale).	27 016	27 016
2443776	**Prothèse respiratoire, support adhésif, IST, PRIM-AIR STRIP SPECIAL, les 20.** Support de cassette autoadhésif, PRIM-AIR STRIP SPECIAL, adhésion forte (tenue 48 h, résistant à l'eau) avec action cicatrisante, hydrocolloïde, de la société IST Medical.	10 806	10 806

	La prise en charge est assurée pour la boîte de 20 unités : réf. HAFR 20 (transparent, rond) et réf. HAFO20 (transparent, ovale).		
2401217	**Prothèse respiratoire, support adhésif, IST, PRIM-AIR STRIP SPECIAL, les 50** Support de cassette autoadhésif, PRIM-AIR STRIP SPECIAL, adhésion forte (tenue 48 h, résistant à l'eau) avec action cicatrisante, hydrocolloïde, de la société IST Medical. La prise en charge est assurée pour la boîte de 50 unités : réf. HARF 50 (transparent, rond) et réf. HAFO50 (transparent, ovale).	27 016	27 016

2.4.1.5.2.3. Paragraphe 3 : Accessoires

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2440654	**Prothèse respiratoire, adaptateur de canule, ATOS, PROVOX HME.** Sa prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution par an.	6 670	6 670
2441004	**Prothèse respiratoire, protecteur de douche, ATOS, PROVOX HME.** La durée de vie du protecteur de douche est de 1 an. Sa prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution par an.	2 993	2 993
2415863	**Prothèse respiratoire, membrane pour valve automatique, ATOS, PROVOX HME.** Membrane pour valve automatique " mains libres ", quelle qu'en soit la résistance. Sa prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution par an.	8 337	8 337
2451830	**Prothèse respiratoire, calibreur LaryTube, ATOS, Provox LaryTube Standard, un tube.** La durée de vie des calibreurs est de 6 mois. La prise en charge est assurée pour les références suivantes suivantes : réf. 7601F à 7615F. La prise en charge est limitée à 2 tubes par an.	12 313	12 313
2498620	**Prothèse respiratoire, calibreur LaryTube, ATOS, Provox LaryTube Fenétré, un tube.** La durée de vie des calibreurs est de 6 mois. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : réf. 7637F à 7647F. La prise en charge est limitée à 2 tubes par an.	13 576	13 576
2427524	**Prothèse respiratoire, calibreur LaryTube, ATOS, Provox LaryTube à bague, un tube.** La durée de vie des calibreurs est de 6 mois. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : réf. 7624F à 7631F. La prise en charge est limitée à 2 tubes par an.	14 838	14 838
2459412	**Prothèse respiratoire, support démarrage, ATOS, PROVOX FLEXIVOICE.** Support flat, medium ou deep pour les patients ne pouvant pas bénéficier d'une phonation mains libres, PROVOX FLEXIVOICE, de la société ATOS MEDICAL SAS. L'accessoire PROVOX Support est à usage unique et doit être remplacé tous les 6 mois. Sa prise en charge est assurée une fois par patient.	8 311	8 311

	La prise en charge est assurée pour la référence 8020.		
2457548	**Prothèse respiratoire, support flat, ATOS, PROVOX FLEXIVOICE.** Support flat pour les patients ne pouvant pas bénéficier d'une phonation mains libres, PROVOX FLEXIVOICE, de la société ATOS MEDICAL SAS. L'accessoire PROVOX Support est à usage unique et doit être remplacé tous les 6 mois. La prise en charge est assurée pour la référence 8021.	2 770	2 770
2490221	**Prothèse respiratoire, support medium, ATOS, PROVOX FLEXIVOICE.** Support medium pour les patients ne pouvant pas bénéficier d'une phonation mains libres, PROVOX FLEXIVOICE, de la société ATOS MEDICAL SAS. L'accessoire PROVOX Support est à usage unique et doit être remplacé tous les 6 mois. La prise en charge est assurée pour la référence 8022.	2 770	2 770
2438930	**Prothèse respiratoire, support deep, ATOS, PROVOX FLEXIVOICE.** Support deep pour les patients ne pouvant pas bénéficier d'une phonation mains libres, PROVOX FLEXIVOICE, de la société ATOS MEDICAL SAS. L'accessoire PROVOX Support est à usage unique et doit être remplacé tous les 6 mois. La prise en charge est assurée pour la référence 8023.	2 770	2 770
2497890	**Prothèse respiratoire, adhésif pour support, ATOS, PROVOX FLEXIVOICE, B/15.** Adhésif (15 unités) pour support flat, medium ou deep, PROVOX FLEXIVOICE, de la société ATOS MEDICAL SAS. L'adhésif PROVOX Support est à usage unique (24 heures). La prise en charge est assurée pour la référence 8024.	5 105	5 105
2444729	**Prothèse respiratoire, calibreur, ATOS, PROVOX LARYBUTTON standard, B/2.** Conditionnement de 2 calibreurs PROVOX LARYBUTTON standard stérile de la société ATOS. La durée de vie des calibreurs est de 6 mois. La prise en charge est assurée pour les références 8 mm et 18 mm : 7671, 7672, 7673, 7674, 7685, 7686, 7687, 7688. La prise en charge est assurée dans la limite d'un conditionnement par an (soit deux calibreurs).	2 494	2 494
2464152	**Prothèse respiratoire, protecteur de douche, IST, PRIM-AIR PROTECT.** Protecteur de douche PRIM-AIR PROTECT, pour calibreur PRIMA-SILK II et support adhésif PRIM-AIR STRIP, livré avec 1 ECH PRIM-AIR PHON I, de la société IST Medical. Sa prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution par an.	3 715	3 715
2443983	**Prothèse respiratoire, valve automatique, IST, VALVE PRIMA-RESIST.** Valve automatique pour phonation " mains libres " VALVE PRIMA-RESIST de la société IST Medical. La prise en charge de la valve automatique seule est assurée dans la limite d'une attribution par an, en renouvellement du kit pour valve automatique et en renouvellement de la valve seule. La prise en charge est assurée pour la référence HV001.	36 575	36 575

2458938	**Prothèse respiratoire, valve automatique, IST, VALVE PRIMA-LOW-RESIST.** Valve automatique pour phonation " mains libres " VALVE PRIMA-LOW-RESIST de la société IST Medical. La prise en charge de la valve automatique seule est assurée dans la limite d'une attribution par an, en renouvellement du kit pour valve automatique et en renouvellement de la valve seule. La prise en charge est assurée pour la référence HV002.	36 575	36 575
2490362	**Prothèse respiratoire, calibreur non perforé, IST, PRIMA-SILK II VENT type B.** Calibreur de trachéostome PRIMA-SILK II VENT type B, canule trachéale silicone non perforée pour filtre ECH PRIM-AIR (livré avec bande de fixation et filtre ECH PRIM-AIR KAS II. perforée pour filtre ECH PRIM-AIR (livré avec bande de fixation et filtre ECH PRIM-AIR KAS II. Ce calibreur est disponible en 4 tailles (8, 9, 10, 12 mm) et 2 longueurs (44 et 62 mm). La prise en charge est assurée pour les références suivantes : HNP0844, HNP0944, HNP1044, HNP1244, HNP0862, HNP0962, HNP1062 et HNP1262. La prise en charge est limitée à 2 tubes par an.	12 998	12 998
2436486	**Calibreur de trachéostome PRIMA-SILK II VENT TYPE B, canule trachéale silicone perforée, pour valve** PRIMA-RESIST et filtre ECH PRIM-AIR (livré avec bande de fixation et filtre ECH PRIM-AIR KAS II). Ce calibreur est disponible en 4 tailles (8, 9, 10, 12 mm) et 2 longueurs (44 et 62 mm). La prise en charge est assurée pour les références suivantes : HPE0844, HPE0944, HPE1044, HPE1244, HPE0862, HPE0962, HPE1062, HPE1262. La prise en charge est limitée à 2 tubes par an.	14 329	14 329

2.4.1.5.2.4. Paragraphe 4: Ensembles ou kits

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2427607	**Prothèse respiratoire, kit pour valve automatique, ATOS, PROVOX HME.** Kit pour valve automatique " mains libres ", PROVOX HME, de la société ATOS MEDICAL SAS. Sa prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution par an. Il comprend au minimum une valve automatique " mains libres ", deux supports autoadhésifs Flexiderm, cinq cassettes pour valve à occlusion automatique " mains libres ", une membrane de chaque type (soit trois au total), d'un flacon de nettoyage, d'ancillaire de réglage (tournevis et pince en plastique), des serviettes de nettoyage.	52 500	52 500
2456158	**Prothèse respiratoire, kit de réglage, valve automatique, ATOS, PROVOX ME.** Il comprend un tournevis et une pince de réglage. Sa prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution par an.	803	803
2404032	**Prothèse respiratoire, kit de nettoyage, valve automatique, ATOS, PROVOX HME.** Il comprend un flacon pour déposer la valve. Sa prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution par an.	7 412	7 412
2406367	**Prothèse respiratoire, kit de démarrage de l'appareillage, ATOS, PROVOX HME.**	24 707	24 707

	Il comprend cinq supports autoadhésifs de chaque modèle (soit trente adhésifs), quarante cassettes standards, dix cassettes haut débit, un protecteur de douche, des serviettes de nettoyage. Sa prise en charge est assurée une fois par patient		
2420002	**Prothèse respiratoire, kit démarrage appareillage, ATOS, PROVOX HME non phonatoire**. Prothèse respiratoire, kit de démarrage de l'appareillage, ATOS, PROVOX HME COMPACT non phonatoire. Il comprend : 50 PROVOX HME COMPACT dont 30 cassettes normales et 20 cassettes HiFlow; 35 supports auto-adhésifs Flexiderm (5 ronds et 5 ovales), Regular (5 ronds et 5 ovales) et Optiderm (5 ronds et 5 ovales), XtraBase (5 convexes ronds) ; 1 boîte de lingettes pour éliminer la colle (x1) et 1 protecteur de douches (x1). Sa prise en charge est assurée une fois par patient.	24 707	24 707
2418270	**Prothèse respiratoire, kit démarrage valve, ATOS, PROVOX FLEXIVOICE.** Kit comprenant une valve souple, une valve moyenne, une valve rigide, deux arches et un outil de retrait, PROVOX FLEXIVOICE, de la société ATOS MEDICAL SAS. Sa prise en charge est assurée une fois par patient. La référence prise en charge est 7760.	49 875	49 875
2448041	**Prothèse respiratoire, kit démarrage valve + cassettes, ATOS, PROVOX FLEXIVOICE.** Kit comprenant une valve souple, une valve moyenne, une valve rigide, deux arches, un outil de retrait et 30 cassettes ECH PROVOX FLEXIVOICE, de la société ATOS MEDICAL SAS. Sa prise en charge est assurée une fois par patient. La référence prise en charge est 7757.	53 624	53 624
2418360	**Prothèse respiratoire, kit valve souple, ATOS, PROVOX FLEXIVOICE.** Kit comprenant une valve souple, une arche et un outil de retrait PROVOX FLEXIVOICE, de la société ATOS MEDICAL SAS. Sa prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution par an. La référence prise en charge est 8161.	15 749	15 749
2451066	**Prothèse respiratoire, kit valve moyenne, ATOS, PROVOX FLEXIVOICE.** Kit comprenant une valve moyenne, une arche et un outil de retrait PROVOX FLEXIVOICE, de la société ATOS MEDICAL SAS. Sa prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution par an. La référence prise en charge est 8162.	15 749	15 749
2448012	**Prothèse respiratoire, kit valve rigide, ATOS, PROVOX FLEXIVOICE.** Kit comprenant une valve rigide, une arche et un outil de retrait PROVOX FLEXIVOICE, de la société ATOS MEDICAL SAS. Sa prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution par an. La référence prise en charge est 8163.	15 749	15 749

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

2402381	**Prothèse respiratoire, kit démarrage, ATOS, PROVOX.** Kit de démarrage comprenant 10 cassettes PROVOX XTRAHME XTRAMOIST, 10 cassettes PROVOX XTRAHME XTRAFLOW, 5 cassettes MICRON, 5 adhésifs OPTIDERM, 5 adhésifs FLEXIDERM, 5 adhésifs STABILIBASE, 10 lingettes PROVOX REMOVE ; 10 films protecteurs pour adhésif FLEXIDERM PROVOX et 1 protecteur de douche de la société ATOS MEDICAL SAS. La prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution par patient. La référence prise en charge est 8224.	22 236	22 236
2430779	**Prothèse respiratoire, kit démarrage, IST, PRIM-AIR STRIP.** Prothèse respiratoire, kit de démarrage de l'appareillage, PRIM-AIR STRIP de la société IST Medical. Il comprend notamment : 2 adhésifs PRIM-AIR STRIP FINE (1 rond + 1 ovale). 2 adhésifs PRIM-AIR STRIP FIRM (1 rond + 1 ovale). 2 adhésifs PRIM-AIR STRIP SPECIAL (1 rond + 1 ovale). 3 filtres ECH PRIM-AIR KAS II. 3 filtres ECH PRIM-AIR PHON I. 1 PRIM-AIR PROTECT. La prise en charge est assurée pour la référence HKITA. La prise en charge de ce kit est assurée une fois par patient.	8 743	8 743
2429500	**Prothèse respiratoire, kit pour phonation, IST, VALVE PRIMA-RESIST, résist stand.** Prothèse respiratoire, kit (résistance standard) pour phonation " mains libres " VALVE PRIMA- RESIST de la société IST Medical. Il comprend notamment : 2 adhésifs PRIM-AIR STRIP SPECIAL 5 filtres ECH PRIMA RESIST AIR II. 1 valve automatique " mains libres ", PRIMA RESIST. 1 récipient. La prise en charge est assurée pour la référence HKITV. La prise en charge de ce kit est assurée une fois par patient.	39 443	39 443
2462118	**Prothèse respiratoire, kit, IST, VALVE PRIMA-RESIST, faibl résist** Prothèse respiratoire, kit faible résistance pour VALVE PRIMA-RESIST de la société IST Medical. Il comprend notamment : 2 adhésifs PRIM-AIR STRIP SPECIAL. 5 filtres ECH PRIMA RESIST AIR II. 1 valve automatique " mains libres ", PRIMA-LOW RESIST. 1 récipient. La prise en charge est assurée pour la référence HKITVL. La prise en charge de ce kit est assurée une fois par patient.	39 443	39 443

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

2.4.1.6. Section 6: F. - Orthèse d'avancée mandibulaire

La prise en charge des orthèses d'avancée mandibulaire est assurée pour des patients présentant au moins trois des symptômes suivants : somnolence diurne, ronflements sévères et quotidiens, sensations d'étouffements ou de suffocation pendant le sommeil, fatigue diurne, nycturie, céphalées matinales,
-en première intention lorsque que l'indice d'apnées-hypopnées est compris entre 15 et 30 événements par heure, en l'absence de signe de gravité associé (i.e. présence de, au moins, 10 micro-éveils par heure de sommeil ou présence d'une comorbidité cardio-vasculaire grave),
-en seconde intention, dans les situations cliniques suivantes en cas de refus ou d'intolérance au traitement par pression positive continue :
- indice d'apnées-hypopnées supérieur à 30 événements par heure ;
- indice d'apnées-hypopnées compris entre 15 et 30 événements par heure chez les patients ayant au moins 10 micro-éveils par heure de sommeil, évocateurs d'un sommeil de mauvaise
qualité ;
- indice d'apnées hypopnées compris entre 15 et 30 événements de type apnée/hypopnée par heure chez les patients ayant une comorbidité cardio-vasculaire grave (hypertension artérielle résistante, fibrillation auriculaire récidivante, insuffisance ventriculaire gauche sévère ou maladie coronaire mal contrôlée, antécédent d'accident vasculaire cérébral)

La prise en charge est assurée après entente préalable remplie par le médecin prescripteur lors de la première prescription et à chaque renouvellement. La réponse de l'organisme de sécurité sociale doit être adressée dans les délais prévus à l'article LP 33 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée.
L'orthèse d'avancée mandibulaire est un dispositif sur mesure.

La prescription de cette orthèse nécessite la collaboration entre un spécialiste exerçant dans un centre du sommeil (diagnostic, traitement, suivi) et un praticien ayant des connaissances à la fois sur le sommeil et sur l'appareil manducateur (examen dentaire, prise d'empreintes, ajustements et réglages) :
- le diagnostic d'apnée du sommeil devra être documenté par un examen clinique et polysomnographique (ou par une polygraphie ventilatoire) ;
- la prescription sera précédée d'un examen dentaire pour éliminer toute contre-indication dentaire ou articulaire.
-
L'efficacité de l'orthèse doit être contrôlée dans un délai maximal de trois mois par une polygraphie ventilatoire ou une polysomnographie. Un suivi rigoureux doit être effectué au long cours par un spécialiste du sommeil.

Un suivi tous les six mois de l'appareil manducateur doit être effectué.

La prise en charge de l'orthèse exclut la possibilité de prise en charge d'un traitement par pression positive continue (PPC). En cas d'échec objectivé du traitement par orthèse, un traitement par PPC pourra néanmoins être proposé.

L'orthèse est garantie un an.

Le renouvellement n'est autorisé qu'à l'issue d'une période de deux ans après l'appareillage précédent et est conditionné :
- à la démonstration de l'efficacité (amélioration des symptômes et diminution d'au moins 50 % de l'IAH sur la polygraphie de contrôle sous orthèse d'avancée mandibulaire) ;

- au respect du suivi odontologique.

Tout renouvellement anticipé nécessitera un argumentaire de la part du prescripteur.
La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2497884	**Orthèse d'avancée mandibulaire, RESMED, NARVAL ORM.** Orthèse d'avancée mandibulaire NARVAL ORM de la société RESMED SAS. L'orthèse NARVAL ORM est réalisée sur mesure à partir de matériaux biocompatibles et ajustée par rapport à l'enregistrement de la denture du patient (moulage en plâtre). Les gouttières sont formées à partir de polyamide 12 (PA2200) et sont également reliées entre elles par des biellettes en polyamide 11 (Rilsan), au niveau des triangles insérés. La fabrication des orthèses NARVAL ORM est réalisée selon un procédé de fabrication standard ou de fabrication assistée par ordinateur (procédé Cadcam), en fonction du type de denture du patient (dents courtes, présence de prothèses dentaires, forme des dents...).	56 359	56 359
2455325	**Orthèse d'avancée mandibulaire, TALI SAS, TALI.**	48 046	48 046
2407378	**Orthèse d'avancée mandibulaire, SOMNOMED, SOMNODENT.** L'orthèse SOMNODENT est de type bibloc, constituée de 2 gouttières rigides en acrylique, non solidaires, adaptées respectivement sur les mâchoires supérieure et inférieure du patient. Cette orthèse est fabriquée sur mesure à partir de matériaux plastiques biocompatibles. La gouttière de la mâchoire inférieure comporte 2 ailettes latérales, situées environ à la hauteur des prémolaires, prenant appui sur des petites surépaisseurs latérales placées de chaque côté de la gouttière supérieure. Le réglage de l'avancement (titration) s'effectue au moyen d'un vérin activable par vis. Celui-ci permet au praticien une avancée de 5 mm ou un recul de 1 mm par rapport à la position initiale de l'orthèse et par incréments de 0,1 mm. Un titrage plus important est également possible par l'intervention d'un prothésiste dentaire qualifié.	45 553	45 553
2451474	**Orthèse d'avancée mandibulaire, Orthosom, AMO.** La prise en charge est assurée pour la référence AMO T 01.	56 359	56 359
2462680	**Orthèse d'avancée mandibulaire, FULCRUM, OHA.** L'orthèse OHA est de type bibloc, constituée de 2 gouttières rigides en polymère thermoformé, comprenant un renfort latéral en inox. Cette pièce métallique est enchâssée dans la gouttière par la technique du surmoulage. Des crochets en acrylique sont positionnés sur la partie antérieure des gouttières pour la mise en place d'élastiques empêchant les mouvements d'ouverture buccale. Cette orthèse est fabriquée sur mesure à partir de matériaux plastiques biocompatibles. Les bielles latérales sont métalliques et télescopiques (composées d'un tube autour d'un axe). Le réglage de l'avancement (titration) s'effectue en diminuant la longueur du tube ou en soudant des cales sur la partie axiale.	45 553	45 553

	Le pas est de 1 ou 2 mm, selon la cale insérée.		
2412971	**Orthèse d'avancée mandibulaire, 3J, OPM4J** L'orthèse OPM4J est de type bibloc, constituée de 2 gouttières thermoformées en Duran de 2 mm d'épaisseur (copolyester), de deux éclisses (biellettes), de quatre supports d'éclisse en chromium-nickel et de quatre caoutchoucs alimentaires. Cette orthèse est fabriquée sur mesure à partir de matériaux biocompatibles. Des attaches antérieures peuvent être positionnées sur les gouttières pour la mise en place d'élastique dans le but de limiter l'ouverture buccale. Le réglage de l'avancement (titration) s'effectue en changeant les paires d'éclisses fournies (6 tailles différentes : 25 à 30 mm de longueur). Le pas est de 1 mm. Le réglage initial de la propulsion mandibulaire est fixé à 60 % environ de la propulsion individuelle maximale. L'amplitude d'avancée mandibulaire maximale est de 5 mm par rapport à la propulsion initiale. Référence prise en charge : - OPM01	41 563	41 563

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

2.5. Chapitre 5. - Prothèses oculaires et faciales

2.5.1. Spécifications techniques - Prothèses oculaires

2.5.1.1. Généralités

Une prothèse oculaire est destinée à favoriser dans les délais les plus brefs la réintégration sociale des sujets porteurs d'une malformation ou d'une mutilation du globe oculaire, ou ceux dont la perte définitive de la vision (avec conservation du globe oculaire) s'accompagne d'une diminution du volume oculaire ou d'une modification disgracieuse du segment antérieur de l'œil. L'appareillage par une prothèse oculaire est un appareillage reconstructeur à visée esthétique et non optique.

La prothèse doit être biocompatible et assurer une bonne esthétique.

L'esthétique, en fonction de la cavité orbitaire, s'apprécie par l'exophtalmométrie, l'apparition et l'exagération d'un creux sustarsal, la symétrie de l'ouverture de la fente palpébrale et la bonne qualité de sa fermeture à la commande, la mobilité de la prothèse oculaire selon les différents axes, les reflets et la profondeur du regard et la satisfaction du patient. Les caractéristiques chromatiques iriennes et sclérales de la prothèse doivent correspondre à celles de l'œil adelphe.

La prothèse doit être tolérée sur le plan conjonctival et palpébral ; la tolérance s'apprécie sur l'état de l'épithélium, l'état des tissus et l'écoulement des larmes.

Ces deux impératifs, esthétique et tolérance conjonctivo-palpébrale, recherchés par le prescripteur, l'ocularistе et le patient, sont liés en outre à la qualité de la polymérisation, du polissage et à la mouillabilité des surfaces.

Les bords et faces de la prothèse doivent être parfaitement polis et atraumatiques.

La prothèse oculaire doit respecter les coordonnées imposées par l'anatomie de la cavité. Sa masse et son volume doivent être tolérables. Lorsque la réalisation de la prothèse oculaire nécessite une prise d'empreinte (cas d'une prothèse oculaire en matière organique) :
- dans le cas d'un appareillage après chirurgie mutilante, le contre-type de cette prise d'empreinte est la propriété de l'assuré qui peut le laisser chez son ocularistе ou en prendre livraison ;
- dans le cas d'un appareillage sur globe oculaire non voyant ou malvoyant c'est-à-dire ayant une vision résiduelle ou très limitée, le maître-modèle (moulage réalisé après prise d'empreinte et reproduisant le globe oculaire) est conservé par l'ocularistе pendant une durée de douze mois.

Dans tous les cas, le médecin prescripteur est tenu de s'assurer de la bonne adaptation de la prothèse oculaire ; il lui appartient de donner au patient, en accord avec l'ocularistе, les conseils d'hygiène et d'entretien de la prothèse.

2.5.1.2. Caractéristiques

2.5.1.2.1. Structure

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Une prothèse oculaire est réalisée sur mesure, d'après la prise d'empreinte, en 2 couches de résine. Une couche de résine représente la sclérotique de l'œil sur laquelle sont reproduites les caractéristiques chromatiques iriennes et sclérales. Une seconde couche, transparente, protège toute la surface externe de la prothèse pour éviter aux tissus d'être en contact avec les éléments (pigments, vascularisation) qui reproduisent les caractéristiques sclérales.

2.5.1.2.2. Forme

La forme de la prothèse est adaptée à la situation clinique :
Appareillage après chirurgie mutilante (énucléation, éviscération) : prothèse prenant appui sur la totalité de la surface à appareiller.
Appareillage sur globe oculaire non voyant ou malvoyant : prothèse à appui scléral avec un dégagement en regard de la cornée. L'épaisseur de la prothèse dépendra de l'atrophie plus ou moins marquée du globe oculaire.

2.5.1.2.3. Matériaux

2.5.1.2.3.1. Les prothèses oculaires en matières organiques

Elles sont en polyméthacrylate de méthyle. Leur fabrication se fera avec ou sans prise d'empreinte, conformément aux exigences décrites dans la nomenclature qui suit.

2.5.1.2.3.2. Les prothèses oculaires en verre

Elles sont faites sans prise d'empreinte.

Ces prothèses sont fabriquées en matières premières qui correspondent à la définition du verre et à ses qualités.

Le verre doit pouvoir résister à toute manipulation considérée comme normale et recommandée au patient par l'ocularistе. L'ocularistе doit prévenir l'intéressé des risques inhérents à l'utilisation du matériau.
Ces limites de sécurité doivent être précisées par écrit par l'ocularistе fabricant dans la notice d'entretien obligatoire remise au patient

2.5.1.3. Garantie générale

La garantie des prothèses oculaires en matières organiques est fixée à six ans ; celle des prothèses en verre à deux ans.

2.5.2. Nomenclature et tarif

2.5.2.1. Généralités

Conditions de prise en charge :

Les tarifs de responsabilité incluent la fourniture des conformateurs nécessaires à la mise en place de l'appareillage.

Sauf dispositions particulières au sein de la nomenclature relative à un appareillage donné, la prise en charge initiale des prothèses oculaires et faciales, est subordonnée à une prescription effectuée par un médecin justifiant de l'une des spécialités suivantes : ophtalmologie, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie

plastique et reconstructrice. Ces exigences de spécialités ne s'appliquent pas pour la prise en charge des renouvellements où seule une prescription médicale est exigée. Dans tous les cas, la prise en charge est subordonnée à la procédure d'entente préalable conforme à l'article LP 33 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée.

Seules peuvent être remboursées les prothèses oculaires réalisées par un ocularistе exerçant sa profession dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.
Les organismes de prise en charge peuvent, avant de régler à l'ocularistе les prestations réalisées, procéder à des contrôles médico-techniques destinés à vérifier la bonne adaptation de la prothèse au patient, la qualité de la prothèse, sa conformité aux spécifications techniques, l'exactitude de la tarification par rapport à la nomenclature. Dans le cadre de ces contrôles, les organismes de prise en charge sont habilités à demander à l'ocularistе toutes modifications qui s'avéreraient nécessaires, et ce sans surcoût.

Tout renouvellement d'une prothèse oculaire doit impérativement faire l'objet d'une demande motivée par le médecin prescripteur. La prise en charge peut être accordée en cas de renouvellement anticipé, sur demande motivée du médecin prescripteur, en cas de modification importante de la cavité ou des paupières.

2.5.2.2. Section 1. - Prothèses oculaires

2.5.2.2.1. Prothèses oculaires en matière organique après chirurgie mutilante (énucléation, éviscération)

Il s'agit d'une prothèse prenant appui sur la totalité de la surface à appareiller.
Elle est réalisée sur mesure, d'après la prise d'empreinte, en 2 couches de résine. Une couche de résine représente la sclérotique de l'oeil sur laquelle sont reproduites les caractéristiques chromatiques iriennes et sclérales. Une seconde couche, transparente, protège toute la surface externe de la prothèse pour éviter aux tissus d'être en contact avec les éléments (pigments, vascularisation) qui reproduisent les caractéristiques sclérales.

2.5.2.2.1.1. Prothèse oculaire provisoire après chirurgie mutilante

Il s'agit d'un appareillage cosmétique temporaire en vue de la préparation de la cavité avant appareillage définitif, après éviscération ou énucléation. Elle peut être unique ou renouvelée autant que nécessaire pour certains cas diagnostiques et sur prescription médicale justifiant ce renouvellement.
Son périmètre doit assurer une bonne contention du cul-de-sac conjonctival et son épaisseur est adaptée pour éviter toute tension conjonctivale.
Elle doit permettre une bonne pénétration des collyres et une libre évacuation des sécrétions post-opératoires.
La prescription devra préciser si l'appareillage provisoire doit être réalisé sur mesure d'après une forme gabarit ou par prise d'empreinte.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2520809	**Prothèse oculaire provisoire sur gabarit.** Prothèse provisoire sur mesure à partir d'une forme gabarit, avec une reproduction de la sclérotique et de la vascularisation simplifiée. L'iris, choisi dans les iris de collection, doit être le plus rapprochant de l'oeil sain du patient.	65 263	65 263
2531894	**Prothèse oculaire provisoire avec prise d'empreinte.**	78 860	78 860

	Prothèse provisoire réalisée d'après mesure biométrique effectuée par prise d'empreinte avec une reproduction de la sclérotique et de la vascularisation simplifiée. L'iris, choisi dans les iris de collection, doit être le plus approchant de l'oeil sain du patient.		

2.5.2.2.1.2. Prothèse oculaire définitive après chirurgie mutilante

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2585460	**Prothèse oculaire définitive avec prise d'empreinte.** Il s'agit d'un appareillage cosmétique après chirurgie mutilante (éviscération ou énucléation). La prothèse est réalisée sur mesure avec mesure biométrique effectuée par prise d'empreinte : un moulage de l'empreinte permet de fabriquer le contretype en polyméthacrylate de méthyle opaque et de l'adapter au patient. Le contre-type est utilisé pour la réalisation du moule qui permettra de fabriquer la prothèse oculaire. Étude chromatique de l'iris : l'iris doit reproduire toutes les caractéristiques chromatiques de l'œil sain du patient. Étude chromatique de la sclérotique: la couleur, l'aspect et la vascularisation de la sclérotique doivent être identiques à celle de l'oeil sain. Mesures irido-pupilla ires : le diamètre de l'iris et de la pupille doivent être respectés. Une visite de contrôle 3 à 6 mois après la pose de la prothèse définitive est recommandée au patient pour apporter d'éventuelles modifications et vérifier la tolérance de la prothèse.	175 061	175 061

2.5.2.2.1.3. Renouvellement de la prothèse oculaire définitive après chirurgie mutilante

La prise en charge est accordée :
-sans limitation annuelle d'attribution pour les enfants avant le dixième anniversaire;
-dans la limite d'une attribution tous les deux ans du dixième au vingtième anniversaire;
-dans la limite d'une attribution tous les six ans au-delà du vingtième anniversaire.

Une visite de contrôle 3 à 6 mois après la pose de la prothèse définitive est recommandée au patient pour apporter d'éventuelles modifications et vérifier la tolérance de la prothèse.

Le renouvellement anticipé ne peut se faire avec prise d'empreinte que lorsqu'il y a des modifications cliniques et biométriques de la cavité orbitaire expressément précisées sur la prescription médicale. En l'absence de modifications cliniques et biométriques, le renouvellement est fait sans prise d'empreinte.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2591583	**Prothèse oculaire, renouvellement avec prise d'empreinte.** La prothèse est réalisée sur mesure avec:	151 720	151 720

	- mesure biométrique effectuée par prise d'empreinte: un moulage de l'empreinte permet de fabriquer le contre-type en polyméthacrylate de méthyle opaque et de l'adapter au patient. Le contre-type est utilisé pour la réalisation du moule qui permettra de fabriquer la prothèse oculaire; - étude chromatique de l'iris: l'iris doit reproduire toutes les caractéristiques chromatiques de l'oeil sain du patient; - étude chromatique de la sclérotique: la couleur, l'aspect et la vascularisation de la sclérotique doivent être identiques à celle de l'oeil sain; - mesures irido-pupilla ires : le diamètre de l'iris et de la pupille doivent être respectés. Une visite de contrôle 3 mois après la pose de la prothèse définitive est recommandée au patient pour apporter d'éventuelles modifications et vérifier la tolérance de la prothèse.		
2538229	**Prothèse oculaire, renouvellement avec reprise du contre-type initial.** La prise en charge est assuré pour le renouvellement anticipé de la prothèse, non lié à un syndrome de l'énucléé. La prothèse est réalisée sur mesure avec: - reprise du contre-type; la prothèse est fabriquée à partir du contre-type de la prise d'empreinte de la prothèse définitive précédente; - reprise des études chromatiques de l'iris et de la sclérotique de la prothèse antérieure.	87 487	87 487
2545070	**Prothèse oculaire, renouvellement avec prise d'empreinte complémentaire.** La prise en charge est assurée pour le renouvellement anticipé lié à l'apparition d'un syndrome de l'énucléé survenant après la pose de la prothèse définitive. La prothèse est réalisée sur mesure avec: - mesure biométrique, pour prendre en compte les modifications biométriques du volume graisseux, du périmètre de la cavité orbitaire et du centrage du regard, effectuée par prise d'empreinte complémentaire ayant pour base le contre-type initial. Reprise des études chromatiques de l'iris et de la sclérotique de la prothèse antérieure.	134 150	134 150

2.5.2.2.2. Prothèses oculaires en matière organique sur globe oculaire non voyant ou malvoyant

Il s'agit de prothèse à appui scléral avec un dégagement en regard de la cornée. L'épaisseur de la prothèse dépendra de l'atrophie plus ou moins marquée du globe oculaire. Elle est réalisée sur mesure, d'après prise d'empreinte, en 2 couches de résine. Une couche de résine représente la sclérotique de l'œil sur laquelle sont reproduites les caractéristiques chromatiques iriennes et sclérales. Une seconde couche, transparente, protège toute la surface externe de la prothèse pour éviter aux tissus d'être en contact avec les éléments (pigments, vascularisation) qui reproduisent les caractéristiques sclérales.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2541450	**Prothèse oculaire provisoire, test de recouvrement, test de tolérance.** Prothèse-test préalable pour globe oculaire non voyant ou malvoyant.	28 100	28 100

	La prise en charge est assurée pour la réalisation d'un test de tolérance avant appareillage d'un globe oculaire non voyant ou malvoyant. Il s'agit d'une prothèse de recouvrement du globe oculaire transparente à appui scléral avec dégagement cornéen en regard de la cornée. Son épaisseur doit être réduite pour ne pas augmenter la disgrâce du globe oculaire. Prothèse réalisée sur mesure avec: -prise d'empreinte; -réalisation d'un maître-modèle (moulage reproduisant le globe oculaire); -la cornée est isolée à partir du maître-modèle par un disque d'étain de manière à préparer le dégagement cornéen. L'épaisseur de la prothèse est obtenue par l'application de cire calibrée sur le maître-modèle. Aucune étude chromatique.		
2503780	**Prothèse oculaire provisoire de recouvrement sur mesure.** Une prothèse provisoire est suivie d'un appareillage définitif. La prise en charge est assurée pour l'appareillage cosmétique temporaire en vue de la préparation des culs-de-sac conjonctival avant appareillage définitif sur globe oculaire non voyant ou malvoyant. La prothèse provisoire est réalisée sur mesure à partir de l'empreinte primaire ayant servi pour la réalisation du test d'essai. Son périmètre doit assurer une bonne contention du cul-de-sac conjonctival et son épaisseur est adaptée pour éviter toute tension conjonctivale. La prothèse est réalisée sur mesure avec: - reprise du maître-modèle (moulage reproduisant le globe oculaire); - la cornée est isolée à partir du maître-modèle par un disque d'étain de manière à préparer le dégagement cornéen. L'épaisseur de la prothèse est obtenue par l'application de cire calibrée sur le maître-modèle. Étude chromatique de la sclérotique simplifiée et l'iris, choisi dans les iris de collection, doit être adapté à la courbe du globe oculaire et le plus approchant de l'oeil sain du patient.	94 631	94 631
2531807	**Prothèse oculaire définitive de recouvrement avec prise d'empreinte.** La prise en charge est assurée pour l'appareillage cosmétique de recouvrement pour globe oculaire non voyant ou malvoyant. La prothèse définitive doit être parfaitement adaptée à la conformation du cul-de-sac conjonctival. Sa face interne doit respecter le relief du globe oculaire. Son volume doit permettre d'obtenir une ouverture palpébrale identique à celle de l'oeil adelphe. La modification du cul-de-sac conjonctival provoquée par le port de la prothèse provisoire impose la fabrication de la prothèse définitive à partir d'une nouvelle prise d'empreinte. Prothèse réalisée sur mesure avec: prise d'empreinte; réalisation d'un maître-modèle (moulage reproduisant le globe oculaire); la cornée est isolée à partir du maître-modèle par un disque d'étain de manière à préparer le dégagement cornéen. Réalisation de l'iris adaptée à la courbe du globe oculaire avant de procéder à sa reproduction. L'épaisseur de la prothèse est obtenue par l'application de cire calibrée sur le maître-modèle. Ajustage et centrage de l'iris. Étude chromatique de l'iris et de la sclérotique.	164 970	164 970

	Une visite de contrôle 3 à 6 mois après la pose de la prothèse définitive est recommandée au patient pour apporter d'éventuelles modifications et vérifier la tolérance de la prothèse.		

2.5.2.2.2.1. Renouvellement de la prothèse oculaire définitive

La prise en charge est accordée:
- sans limitation annuelle d'attribution pour les enfants avant le dixième anniversaire;
- dans la limite d'une attribution tous les deux ans du dixième au vingtième anniversaire;
- dans la limite d'une attribution tous les six ans au-delà du vingtième anniversaire.

Une visite de contrôle 3 à 6 mois après la pose de la prothèse définitive est recommandée au patient pour apporter d'éventuelles modifications et vérifier la tolérance de la prothèse.

Le maître-modèle (moulage réalisé après prise d'empreinte et reproduisant le globe oculaire) est conservé par l'ocullariste pendant une durée de 12 mois.
Le renouvellement anticipé ne peut se faire avec prise d'empreinte que lorsqu'il y a des modifications cliniques et biométriques de la cavité orbitaire expressément précisées sur la prescription médicale. En l'absence de modifications cliniques et biométriques, le renouvellement est fait sans prise d'empreinte s'il survient moins de 12 mois après l'appareillage antérieur.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2594044	**Prothèse oculaire de recouvrement, renouvellement avec prise d'empreinte.** La prothèse est réalisée sur mesure avec: - réalisation d'un maître-modèle (moulage reproduisant le globe oculaire); - la cornée est isolée à partir du maître-modèle par un disque d'étain de manière à préparer le dégagement cornéen. Réalisation de l'iris adaptée à la courbe du globe oculaire avant de procéder à sa reproduction. L'épaisseur de la prothèse est obtenue par l'application de cire calibrée sur le maître-modèle. Ajustage et centrage de l'iris sur une cire calibrée selon l'épaisseur de la prothèse. Étude chromatique de l'iris et de la sclérotique.	164 970	164 970
2540829	**Prothèse oculaire recouvrement, renouvellement sans prise empreinte, + reprise maître-modèle.** Prothèse oculaire de recouvrement, renouvellement sans prise d'empreinte, avec reprise du maître-modèle. La prise en charge est assurée pour le renouvellement anticipé, non lié à des modifications biométriques de la cavité et intervenant dans un délai de 12 mois après l'appareillage antérieur. La prothèse est réalisée sur mesure avec: reprise du maître-modèle (moulage reproduisant le globe oculaire); la cornée est isolée à partir du maître-modèle par un disque d'étain de manière à préparer le dégagement cornéen. Une lentille vierge nécessaire à la réalisation de l'iris est adaptée à la courbe du globe oculaire avant de procéder à la reproduction de l'iris. L'épaisseur de la prothèse est obtenue par l'application de cire calibrée sur le maître-modèle.	111 492	111 492

	Reprise des études chromatiques de l'iris et de la sclérotique de la prothèse antérieure.		

2.5.2.2.3. Divers

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2540338	**Prothèse oculaire organique, repolissage.** La prise en charge de cette référence est accordée dans la limite d'une attribution maximale tous les 6 mois ou à la demande du médecin prescripteur expressément précisée sur l'ordonnance.	5 656	5 656
2542219	**Prothèse oculaire en verre.** La prise en charge est assurée en cas d'allergie aux prothèses en matière organique. La prise en charge des prothèses oculaires en verre est effectuée dans la limite d'une attribution maximale tous les 2 ans. Tout renouvellement anticipé ou non d'une prothèse en verre doit faire impérativement l'objet d'une demande motivée par le médecin prescripteur.	22 438	22 438
2545459	**Prothèse oculaire palpébro-orbitaire, sur devis.**	Devis	Devis
2596439	**Prothèse oculaire après kératoplastie, sur devis.**	Devis	Devis

2.5.2.2.4. Verre scléral

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

2.5.2.2.4.1. Laboratoire d'appareillage oculaire (LAO)

Le verre scléral SPOT est un dispositif médical sur mesure.
La prescription doit être effectuée par un ophtalmologiste et l'adaptation des verres scléraux se fait en collaboration avec l'ophtalmologiste, l'ophtalmologiste spécialisé en contactologie et le fabricant.
La prise en charge est assurée pour :
La destruction de la surface cornéenne en cas d'échec des traitements conventionnels (lubrifiants, ciclosporine) dans les indications suivantes :
- les syndromes de Lyell ou de Stevens Johnson ;
- les séquelles de brûlures oculaires ;
- la dégénérescence de Terrien (ectasie marginale de la cornée) ;
- la conjonctivite chronique avec destruction épithéliale cornéenne ;
- la kératopathie bulleuse.

La déformation cornéenne uniquement dans le cas où la mise en place d'une lentille rigide a échoué ou est contre-indiquée en cas de :
- kératocône, dégénérescence pellucide ;
- greffe de cornée avec cornée transparente mais déformée ;
- astigmatisme fort et/ou irrégulier
- cicatrices cornéennes ;
- amétropie forte.

Les contrôles sont effectués tous les six mois avec un changement des verres après deux ans maximum.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2593257	**Verre scléral perméable oxygène, LAO, SPOT, première mise.** Première mise du verre scléral perméable oxygène SPOT du laboratoire d'appareillage oculaire.	145 076	145 076
2590023	**Verre scléral perméable oxygène, LAO, SPOT, renouvellement.** Renouvellement du verre scléral perméable oxygène SPOT du Laboratoire d'appareillage oculaire.	69 127	69 127

2.5.2.3. Section 2. - Prothèse faciale

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2575986	**Prothèse faciale, sur devis.** Prothèse faciale prescrite suite à mutilation traumatique ou non. La référence correspondant à la prothèse ou à l'acte doit être mentionnée sur la facture.	Sur devis	

2.5.2.4. Section 3. - Frais d'expédition et frais accessoires

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2593607	**Prothèses faciales et oculaires, frais d'expédition/accessoires.** Frais d'expédition des appareils et autres frais accessoires que pourraient comporter les opérations de fourniture, de réparation ou de renouvellement des appareils inscrits à la nomenclature. La prise en charge de cette référence est subordonnée au caractère remboursable des références de prothèses oculaires et de prothèses faciales.	Sur facture	

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

2.6. Chapitre 6. - Podo-orthèses

2.6.1. Spécifications techniques des chaussures orthopédiques, dénommées aussi chaussures thérapeutiques sur mesure et de l'appareil spécial sur moulage

2.6.1.1. Définition

La chaussure orthopédique, dénommée aussi chaussure thérapeutique sur mesure, ainsi que l'appareil spécial sur moulage sont des dispositifs médicaux au sens de l'article LP 2 de la loi de pays 2013-1 sus-visée. Ces appareils sont qualifiés de "sur mesure" lorsqu'ils sont fabriqués dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur. Dans ce cas, le fabricant doit satisfaire aux spécifications prévues par la réglementation en vigueur.

1. La chaussure orthopédique est adaptée à la pathologie du patient et est destinée à améliorer les fonctions de la marche.

La chaussure orthopédique est une chaussure sur mesure destinée à un patient dont l'un ou les deux pieds ne peuvent être chaussés par des chaussures de série. Elle est prescrite par paire ou à l'unité pour les porteurs de pilon. Elle comprend une orthèse plantaire. Il existe deux types de chaussures orthopédiques :
-chaussure pour désorganisation métatarso-phalangienne, trouble volumétrique, amputation et inégalité de longueur ou de hauteur des membres inférieurs ;
-chaussure pour désaxation complexe statodynamique, paralysie ;
2. L'appareil spécial sur moulage est un manchon podo-jambier amovible, prescrit unilatéralement, pouvant être utilisé dans une chaussure de série ou une chaussure orthopédique. Il est destiné à mieux répartir les charges et les tensions.

2.6.1.2. Specifications techniques

La chaussure orthopédique et l'appareil spécial sur moulage peuvent être réalisés selon des techniques différentes en fonction des matériaux et du modèle utilisés :
1- Prises de mesures
La chaussure orthopédique et l'appareil spécial sur moulage sont élaborés et fabriqués après examen minutieux des pieds, des membres inférieurs et de la marche, effectué par un podo-orthésiste et sous la responsabilité du podo-orthésiste agréé. En cas de litige, ce dernier produira les éléments techniques de sa fabrication, conformément à la réglementation en vigueur.
2- Fabrication
2-1 - Tous les matériaux utilisés sont :
- de qualité,
- sans défaut,
- biocompatibles,
- réputés non allergiques,
- hygiéniques,
- confortables,
- non traumatisants.
2-2 - La forme :

Une forme est indispensable à la réalisation de la chaussure orthopédique et de l'appareil spécial sur moulage.
2-3 - Le moulage :
Un moulage est la reproduction de la morphologie du pied. Dans certains cas, il peut être indispensable à la réalisation de la forme.
2-4 - La tige :
Le dessus et la doublure de la tige sont le plus souvent prélevés dans des peausseries. Dans certains cas dictés par la pathologie ou les conditions d'utilisation, la peausserie peut être remplacée partiellement ou totalement par des tissus ou matériaux de synthèse répondant aux critères de qualité cités en 2-1.
2-5 - Les éléments de renfort de la tige :
Les éléments de renfort, habituellement en cuir ou en peausserie, peuvent être remplacés par des matériaux de synthèse respectant les critères de qualité suscités.
2-6 - Le semelage :
Le semelage peut être en matériau naturel ou synthétique. La première de montage est en matériau naturel.
2-7 - L'orthèse plantaire :
Elle peut être en matériau naturel ou synthétique.
2-8 - L'appareil spécial sur moulage est réalisé en matériau naturel ou synthétique.
3- Garantie :
La chaussure orthopédique et l'appareil spécial sur moulage sont garantis contre tout vice de fabrication ou malfaçon quelconque pendant une période de six mois à compter de la date de mise à disposition au patient.
Cette garantie couvre également toutes les modifications et les rectifications nécessaires à une bonne adaptation.
4- Conditions de prise en charge :
Sauf dispositions particulières au sein de la nomenclature relative à un appareillage donné, la prise en charge initiale des podo-orthèses, est subordonnée à une prescription effectuée par un médecin justifiant de l'une des spécialités suivantes : médecine physique et réadaptation fonctionnelle, orthopédie, rhumatologie, neurochirurgie, neurologie, endocrinologie, chirurgie plastique et reconstructrice, chirurgie vasculaire, pédiatrie, dermatologie ou gériatrie. Pour les 3 dernières spécialités, la prise en charge initiale est également subordonnée au rattachement du prescripteur à un établissement de santé. Ces exigences de spécialités ne s'appliquent pas pour la prise en charge des renouvellements où seule une prescription médicale est exigée.
La prescription médicale détaillée est libellée sur une ordonnance particulière, indépendante de celles comportant la prescription de produits pharmaceutiques ou de tout autre appareil.
Dans le cas où la prise en charge de la paire de chaussures orthopédiques d'un même patient relève de deux régimes différents ou de deux risques distincts, celle-ci intervient au titre du mode de prise en charge le plus favorable pour le patient. Lorsque les deux modes de prise en charge sont identiques, la règle d'imputabilité au régime ou au risque est appliquée à la pathologie la plus ancienne.
La prise en charge de la paire de chaussures d'un patient présentant des pathologies nécessitant, pour chaque pied, une chaussure de classe différente, est assurée sur la base de la classe dont le tarif est le plus élevé.
5- Conditions de réception :
Chaque chaussure porte sur le haut et à l'intérieur de la tige le nom du fournisseur ainsi que la date de mise à disposition au patient.

2.6.2. Nomenclature et tarif

Le prix de vente au public doit être conforme à la réglementation en vigueur.
Les frais d'expédition des appareils et autres frais accessoires que pourraient comporter les opérations de fourniture, de réparation ou de renouvellement des appareils inscrits à la nomenclature peuvent être pris en charge.

Seules des modifications ou des adaptations non liées à une fonction thérapeutique et demandées expressément par l'assuré peuvent donner lieu à la facturation d'un supplément.
Les entreprises doivent, préalablement à l'exécution d'une commande comportant un supplément, délivrer au consommateur un devis faisant ressortir le tarif de responsabilité, la nature des modifications ou adaptations demandées et leur coût à régler par l'assuré, et le prix total de la podo-orthèse.
Le devis ainsi rédigé sera soumis à l'accord de l'assuré qui devra apposer sa signature avant l'exécution de la commande. Le devis sera joint à la feuille de soins.
Le professionnel conservera le double du devis pendant un an.

2.6.2.1. Section 1. - Chaussure orthopédique dite « chaussure thérapeutique sur mesure »

La prise en charge de la paire de chaussures ou de la chaussure chez un porteur de pilon ainsi que celle de l'appareil spécial sur moulage sont assurées après entente préalable.

La prise en charge est assurée pour deux paires de chaussures orthopédiques ou pour deux chaussures pour le même pied chez un porteur de pilon lors de la première attribution, en respectant un délai minimal de trois mois entre la date de mise à disposition au patient de la première paire ou première chaussure et la prescription médicale de la deuxième paire ou deuxième chaussure ;

La prise en charge du renouvellement des chaussures orthopédiques n'est pas systématique : elle est limitée, pour les adultes, à une paire par an ou une chaussure par an chez un porteur de pilon, et ce à compter de la date de la 1ère prise en charge.

Le tarif de responsabilité des chaussures orthopédiques et de l'appareil spécial sur moulage comprend la prise de mesures, la fabrication, l'adaptation, les modifications et les rectifications éventuelles ; le coût du moulage est en sus.

2.6.2.1.1. Chaussures de classe A

La prise en charge est assurée :
- en cas de désorganisation métatarsophalangienne enraidie et non logeable dans des chaussures de série (thérapeutiques ou non),
- en cas de trouble volumétrique non appareillable dans des chaussures de série (thérapeutiques ou non),
- en cas d'amputation de niveau transmétatarsien ou plus proximal,
- en cas d'inégalité de longueur des membres inférieurs : différence de longueur des pieds égale ou supérieure à 13 mm, compensation de différence de hauteur des membres égale ou supérieure à 20 mm.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2689974	**Chaussure orthopédique sur mesure, de classe A, la paire.**	188 538	188 538
2626614	**Chaussure orthopédique sur mesure, de classe A, porteur de pilon.**	94 269	94 269

2.6.2.1.2. Chaussures de classe B

La prise en charge est assurée en cas de :

- Désaxation complexe stato-dynamique :

-effondrement complet et irréductible de la colonne médiane (interne) ;
-équin fixé nécessitant une compensation égale ou supérieure à 20 mm ;
-varus-équin ;
-talus ;

- Paralysie :

pied tombant ;

- Instabilité du tarse et de la cheville non appareillable par des chaussures de série (thérapeutiques ou non) ;
- Trouble trophique, avec la particularité suivante pour les pieds diabétiques :

-prévention primaire et secondaire des ulcérations du pied chez des patients diabétiques, indemnes de plaies, ayant des pieds à risques d'ulcération avec un des deux stades de complications suivants :
.stade 1 : avec obligatoirement concomitamment une neuropathie sensitive et des troubles morphostatiques des pieds, et/ou une artériopathie périphérique ;
.stade 2 : stade 1 + antécédent d'ulcération chronique du pied ;
-cicatrisation des plaies chroniques du pied diabétique à risque de stade 1 et 2.

La prise en charge des chaussures thérapeutiques sur mesure de classe B destinée à obtenir la cicatrisation d'une plaie chronique du pied diabétique à risque est subordonnée à leur prescription par un diabétologue ou un médecin praticien dans un service de diabétologie ou de médecine interne ou un spécialiste de médecine physique et de réadaptation.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2620400	**Chaussure orthopédique sur mesure, de classe B, la paire**	207 493	207 493
2648828	**Chaussure orthopédique sur mesure, de classe B, porteur de pilon.**	103 747	103 747

2.6.2.2. Section 2. - Appareil podo-jambier spécial sur moulage

La prise en charge est assurée dans les cas :
-d'amputation,
-de désaxation complexe stato-dynamique,
-de paralysie,
-de troubles trophiques,
-de compensation de différence de hauteur des membres égale ou supérieure à 60 mm.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2646692	**Appareil podo-jambier spécial sur moulage. Pour chaussures de série ou orthopédiques**	110 541	110 541

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

2.6.2.3. Section 3. - Réparations, frais d'expédition et frais accessoires

2.6.2.3.1. Forfaits réparations

Dans la limite d'une attribution par an, par paire de chaussures, de date à date.
Les réparations à caractères orthopédique sont impérativement effectuées par un podo-orthésiste.
Les frais de réparation de cordonnerie courante ne sont pas couverts par ces forfaits.
Les montants de ces forfaits sont divisés par deux pour la chaussure chez un porteur de pilon.

2.6.2.3.1.1. Forfaits réparations par paire de chaussures

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2673559	**Forfait réparations, orthèses plantaires, la paire.**	23 991	23 991
2652988	**Forfait réparations, tige, la paire.**	16 709	16 709
2683517	**Forfait réparations, semelage, la paire.**	11 268	11 268

2.6.2.3.1.2. Forfaits réparations par chaussure et pour l'appareil spécial sur moulage

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2667062	**Forfait réparations, orthèses plantaires, porteur de pilon.**	11 998	11 998
2622059	**Forfait réparations, tige, porteur de pilon.**	8 350	8 350
2628145	**Forfait réparations, semelage, porteur de pilon.**	5 636	5 636
2607841	**Appareil spécial sur moulage, forfait réparations.**	10 675	10 675

2.6.2.3.2. Frais d'expédition et autres frais accessoires

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2622160	**Chaussures orthopédiques et appareil podo-jambier, frais d'expédition/accessoires.** Frais d'expédition des appareils et autres frais accessoires que pourraient comporter les opérations de fourniture, de réparation ou de renouvellement des appareils inscrits à la nomenclature. La prise en charge de cette référence est subordonnée au caractère remboursable des références de chaussures orthopédiques de classe A et B, d'appareil podo-jambier et de réparations.	Sur facture	Sur facture

2.6.2.4. Section 4. - Moulage

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	La prise en charge est assurée pour le moulage de la chaussure orthopédique sur mesure ainsi que pour l'appareil podo-jambier spécial.		
2681257	**Chaussure orthopédique sur mesure, moulage, quelle que soit la hauteur.**	12 694	12 694

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

2.7. Chapitre 7. - Orthoprothèses

2.7.1. Spécifications techniques

2.7.1.1. Généralités sur l'appareillage

On désigne sous le nom d'« appareillage » l'ensemble des méthodes et des pratiques qui ont pour but de suppléer par un artifice matériel à une fonction organique déficiente.

Ce terme général s'applique aussi bien aux appareils de prothèse qui ont pour but de remplacer un segment de membre ou un membre entier amputé qu'aux appareils d'orthopédie destinés à corriger une déviation, à soutenir un membre déficient ou à compenser certaines lésions fonctionnelles.

Les différents appareils peuvent être confectionnés en vue d'une utilisation définitive s'appliquant à une situation consolidée ou avoir pour but une action progressive adaptée à des lésions évolutives. Il s'agit alors d'appareils dits « de traitement », qui pourront être exécutés, d'après la prescription médicale, soit dans le cadre des types portés à la nomenclature, soit sur devis.

Les appareils de prothèse du membre inférieur doivent assurer la statique du corps et permettre la locomotion du mutilé; ils ont donc tous un but utilitaire et pratique. On distingue parmi ces appareils, et suivant les niveaux d'amputation :
- le pilon rigide ou articulé;
- la prothèse sans pied ;
- la prothèse avec pied.
-

Les appareils de prothèse du membre supérieur doivent permettre d'accomplir les gestes de la vie courante et être, autant que possible, esthétiques. Ils sont divisés en :
- prothèses postiches ;
- prothèse de travail de force ;
- prothèses de service ;
- prothèses de vie sociale.
-

Les consultations médicales d'appareillage, après avoir reconnu la mutilation ou l'infirmité et compte tenu éventuellement de l'avis du médecin traitant, guident le sujet dans le choix de l'appareil lui convenant le mieux et susceptible de lui rendre les meilleurs services en fonction de la profession en vue de laquelle il doit se réadapter ou se rééduquer.

Les divers facteurs qui interviennent dans le choix de l'appareil sont :
-quant à l'amputé : ses aptitudes physiques, son poids, son âge, sa profession ;
-quant au moignon : sa longueur, sa forme, sa qualité, son ancienneté.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

2.7.1.2. Conditions auxquelles doivent répondre les matières premières semi-produits et produits finis utilisés dans la fabrication des appareils

2.7.1.2.1. Conditions générales

Tous les matériaux entrant dans la fabrication des appareils de prothèse ou d'orthopédie doivent être de premier choix, ne présenter aucune défectuosité et n'avoir subi aucun traitement susceptible d'en dissimuler les défauts.
La qualité des matières premières et produits divers employés ainsi que la fabrication elles même pourront, à tout moment, être contrôlées aux différents stades de la production.

2.7.1.2.2. Conditions particulières aux matériaux

Les matériaux employés doivent répondre aux caractéristiques techniques ci-dessous définies :

2.7.1.2.2.1. Acier (codification A)

Les aciers dont il doit être fait usage sont des aciers demi-durs, trempants d'une résistance à la traction égale ou supérieure à 55 Kg par mm². Les organes de roulement ou de frottement exigent des aciers spéciaux ou traités de résistance élevée.

2.7.1.2.2.2. Bois (codification B)

Les bois doivent être sains, droits de fil, parfaitement secs. Les plus recommandés sont le saule et le tilleul pour les prothèses pour amputation de cuisse ou de jambe, le frêne pour les quillons, le peuplier pour les pilons dits « torpilles » et les pilons rigides pour amputation de jambe à moignons très courts ankylosés ou non, nécessitant un appui du genou en flexion, le hêtre pour les montants bois des pilons cuirs rigides ou articulés.

2.7.1.2.2.3. Cuirs et peaux (codification C)

a) Cuir à mouler : il provient de peaux de bovins de première qualité, à tannage lent et non nourri.
b) Cuir à courroies et à ceintures : ce sont en principe des cuirs de bovins à tannage lent, dosé et demi-nourri. Toutefois, le cuir de veau peut être utilisé pour la fabrication de certaines sangles exigeant une souplesse particulière.
c) Cuir chromé : cuirs de bovins tannés ou chromés utilisés pour la confection de certaines courroies (en particulier les courroies de suspension sur poulie sur les prothèses pour amputation de cuisse).
d) Cheval chromé : peau employée pour garnir les pièces en cuir des prothèses en bois allégé, en alliage léger ou en stratifié de polyester ainsi que pour confectionner les « chaussons » adaptés sur les pieds de ces mêmes appareils.
e) Chamois, basane, vachette : ces peaux doivent être de premier choix et ne pas comporter de défaut d'aspect. Les peaux de mouton chamoisées doivent être traitées à l'huile. De même que la basane, ces peaux sont employées pour le garnissage des pièces en cuir des appareils de prothèse ou d'orthopédie. La vachette doit être utilisée pour le gainage des ferrures des embrasses et des points d'appui sous-ischiatiques.
f) Parchemin : il provient exclusivement des peaux de chèvres et doit être d'une grande résistance et utilisé pour la consolidation des pièces en bois telles que emboîtures, genoux, mollets, malléoles et pieds.

2.7.1.2.2.4. Alliages légers (codification D)

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Les alliages légers les plus couramment employés sont des alliages de haute résistance. Leur densité est de 2,8 environ et leur résistance après traitement approprié est de l'ordre de 30 Kg au mm².
Le duralumin (symbole Afnor = A U 4 G) constitue généralement les tôles utilisés dans la confection des prothèses. Les alliages de symbole Afnor A S 13 ou A U 5 G T sont utilisés pour les pièces de fonderie.
Le duralumin (symbole Afnor = A U 4 Gl) écroui doit être employé pour les corsets inscrits sous la référence TR 49 C 65.

2.7.1.2.2.5. Fibre (codification F)

La fibre utilisée pour la fabrication des mollets et des cuissards d'appareils est une composition chimique de coton de premier choix gélatinisé dans le chlorure de zinc, puis lavé, calandré et vulcanisé. Elle s'emploie en feuilles de différentes épaisseurs et notamment de 1 mm, 2,5 mm et 3 mm. La teinte est généralement rouge ou grise.

2.7.1.2.2.6. Caoutchouc et polyisoprène (codification G)

a) Caoutchouc. - Toutes les pièces en caoutchouc utilisées dans certaines parties d'appareil de prothèse ou d'orthopédie doivent être en pur para, toutefois, l'utilisation de butées avant et d'amortisseurs arrière en caoutchouc synthétique est autorisée. Le caoutchouc à cellules d'air obtenu par l'insufflation dans une masse de caoutchouc spécial en fusion d'air sous pression peut être utilisé dans la confection des semelles de pieds artificiels, des coussins de genou et des protège-pantalons.
b) Polyisoprène. - Ce matériau, utilisé dans la confection des orthèses est une matière thermoplastique fabriquée à partir d'un polymère synthétique. Sa couleur peut être blanche ou rose chair ; son emploi est simple, propre et rapide. Il est en général moulé sur plâtre, mais sa faible température de formage (65°C) permet de l'utiliser directement (après avoir été refroidi aux environs de 45°C sur le patient dont la peau est protégée par un jersey tubulaire épais ou par une feutrine mince). Sa mise en forme peut se faire de deux manières différentes.
c) Réchauffage en étuve. - La feuille de polyisoprène étant placée sur le plateau de l'étuve, protégée par une feuille de papier siliconée, un séjour de 3 à 4 minutes à 80 °C suffit à rendre le polyisoprène suffisamment malléable. Ce mode de chauffage en chaleur sèche rend le produit autoadhésif, ce qui permet soit de joindre facilement deux pièces entre elles, soit d'ajouter des bandes de renfort judicieusement disposées sur l'orthèse ou d'en rabattre les bords pour obtenir une section arrondie.
d) Réchauffage en eau chaude. - La feuille de polyisoprène est plongée dans de l'eau chauffée à 70 °C et laissée jusqu'à ce qu'elle soit devenue souple. Le réchauffage dans de l'eau chaude fait perdre à la matière ses propriétés adhésives. Il convient, lorsqu'une soudure ou un renforcement doivent être effectués, d'aviver les parties à joindre au moyen d'un solvant au trichlorétylène . Les appareils fabriqués en polyisoprène ne doivent pas être soumis à des températures supérieures à 45°C, sinon ils perdent leur rigidité. Le polyisoprène n'est pas attaqué par la plupart des substances communes mais peut se dissoudre dans les solvants chlorés : trichloéthylène, tétrachlorure de carbone. Les retouches locales peuvent être exécutées facilement avec un simple sèche-cheveux directement sur le patient.

2.7.1.2.2.7. Acétate de cellulose (codification L)

L'acétate de cellulose doit être employé à l'exclusion du celluloïd inflammable. Pour son utilisation, il est dissous dans l'acétone de façon à constituer une pâte.
Dans les fabrications classiques, cette pâte, combinée avec des tissus de coton, est renforcée par de la corde de piano ou par des pièces métalliques extérieures, apparentes ; on la dit « armaturée ».
Dans la fabrication de certains autres appareils, l'armature est invisible ; la pâte, également utilisée en combinaison avec des tissus de coton, pénètre totalement un treillis métallique qui se trouve ainsi noyé dans la matière plastique, qui est alors dite « armée ».

Dans la fabrication des appareils d'orthopédie pour lesquels une certaine souplesse est nécessaire (corset-cuirasses en particulier) la matière plastique peut être constituée par une ou deux couches de tissu de gaze forte imprégnée de celluloïd, insérée entre deux épaisseurs comportant cinq ou six couches de tissu de gaze forte enrobé d'acétate de cellulose.
L'épaisseur de la couche centrale, n'excédant pas 0,5 mm. L'ensemble ainsi constitué, compte tenu de la faible épaisseur de celluloïd, doit présenter les qualités d'ininflammabilité requises pour les appareils en matière plastique. Les renforcements locaux éventuels peuvent être réalisés selon l'une ou l'autre des méthodes indiquées ci-dessus : matière plastique « armaturée » ou armée.

2.7.1.2.2.8. Méthacrylate de méthyle (codification M)

Le méthacrylate de méthyle est une résine synthétique thermoplastique commercialisée sous le nom de plexiglas. Ses caractéristiques générales de densité, d'indice de réfraction, de transparence (qui lui donne un avantage esthétique), sa résistance mécanique, sa résistance aux agents chimiques les plus usuels, ainsi que sa tolérance par l'organisme humain, sa facilité de mise en forme, son ininflammabilité spontanée (température d'inflammation 285 °C) le caractérisent pour la fabrication des appareils d'orthopédie.
Toutefois, si dans l'avenir d'autres résines synthétiques répondant au minimum des conditions ci-dessus énoncées étaient découvertes, elles pourraient, après vérification par un laboratoire compétent, être utilisées concurremment pour la fabrication des appareils d'orthopédie.
Le méthacrylate de méthyle employé dans la fabrication des appareils d'orthopédie est le plexiglas qualité M 24. Cette qualité est très plastifiée, ce qui lui donne plus de souplesse et d'élasticité, elle permet aussi une mise en forme plus facile. Néanmoins, pour le travail de cette matière, certaines précautions sont à observer, à savoir

Pour la mise en forme :
Le méthacrylate de méthyle doit être chauffé uniformément sur les deux faces à une température variant entre 130 et 160 °C.
La température de 140 °C est recommandée afin d'éviter les tensions internes, sources de craquelures, voire de rupture.
La durée du chauffage est fonction de l'épaisseur du méthacrylate de méthyle employé.
En conséquence, une étuve judicieusement construite avec réglage automatique de température s'avère indispensable.

Pour l'usinage :
Le découpage à la scie, le perçage et le polissage doivent être exécutés dans des conditions précises en vue d'éviter des gerçures et des amorces de cassure.
Le travail du méthacrylate de méthyle exige donc l'observation stricte des indications ou des prescriptions du fournisseur de la matière, lequel fournisseur se tient à la disposition de l'orthopédiste pour la mise au point de sa technique de fabrication.
Etant donné qu'il n'existe pas de commune mesure entre un plâtre devant servir au moulage d'un cuir et un plâtre devant se prêter au galbage du méthacrylate de méthyle, il importe, pour obtenir une parfaite adaptation de ce dernier sur le sujet à appareiller, que la reproduction de la coquille plâtrée soit exécutée en respectant les caractéristiques techniques qui conditionnent la transformation du méthacrylate de méthyle.

Test simple de reconnaissance :
Enflammer un morceau de méthacrylate de méthyle, il brûle avec une flamme claire qui pétille légèrement et dégage une odeur caractéristique, pas de fumée noire, la matière ne carbonise pas.

2.7.1.2.2.9. Copolymères acrylonitrile-méthacrylate de méthyle (codification K)

Les copolymères acrylonitrile-méthacrylate de méthyle sont une classe de matière thermoplastique à base acrylique.
Transparente, de couleur légèrement brunâtre, de poids spécifique d'environ 1, 17, assez résistante à la flexion et possédant une possibilité de déformation élastique, cette matière présente une bonne résistance à la corrosion et est inaltérable aux dissolvants organiques.
La mise en forme s'effectue à une température de 140° C. Celle-ci peut être obtenue soit par plaque chauffante pour des petites surfaces (durée 1 à 2 minutes en retournant la pièce 2 à 3 fois), soit dans un four à thermostat (durée 6 minutes environ), la feuille de plastique étant posée de préférence sur une plaque métallique.
Il importe de ne pas dépasser la température indiquée car au-delà de 140° C la matière devient dure et perd son pouvoir d'élongation; de plus, un chauffage prolongé peut amener une décomposition de la matière. Le chauffage doit donc être rapide et régulier.
Lorsque la température de ramollissement est atteinte, la coloration devient un peu plus intense ; elle doit rester uniforme. La présence de tâches de teinte rouge brunâtre plus marquée indiquerait que la température de la pièce n'est pas uniforme et qu'après moulage, elle présentera des zones de fragilité risquant d'entraîner des ruptures. Le refroidissement après moulage doit être lent, la solution la meilleure consistant à laisser la matière dans une étuve à air chaud à une température de 70° C pendant quelques heures sans dépasser celle-ci sous peine de déformations.
Avant toute mise en forme, les bords de la pièce doivent être chanfreinés, arrondis et poncés afin de faire disparaître toutes entailles susceptibles de provoquer une amorce de rupture. En cours d'usinage, il convient d'éviter toute pression exagérée contre l'outil susceptible d'entraîner un échauffement de la matière par frottement. Toutes les précautions devront être prises lors du perçage des perforations afin d'éviter le risque de craquelures. A noter que, dans le rivetage, un jeu léger doit être ménagé entre le diamètre du rivet et celui du trou de passage de celui-ci.
Les retouches locales peuvent être exécutées facilement, mais il convient là encore d'éviter une surchauffe de la matière et d'opérer un chauffage lent et modéré de la partie à retoucher en évitant le contact avec une flamme vive.

2.7.1.2.2.10. Polypropylène (codification N)

Le polypropylène est une matière thermoplastique obtenue par polymérisation des monomères de propylène pur préparée par craquage du butane ou du propane.
C'est un solide translucide (sauf pigmentation spéciale), insipide, inodore, d'une densité de 0,92, au toucher gras.
Il résiste aux sels, aux acides minéraux ainsi qu'aux solvants courants, à l'exception du trichloréthylène et des éthers acétiques.
Le polypropylène est pratiquement incassable si les contraintes auxquelles il est soumis restent en dessous de la limite élastique du matériau; il résiste aux flexions répétées, cette particularité autorise la réalisation de charnière dans le matériau; il peut être soudé à l'aide d'une buse rapide et de baguettes d'apport constituées de joncs de 3 ou 4 mm de diamètre.
Le polypropylène peut être utilisé pour la fabrication des orthèses du membre supérieur, du membre inférieur et du tronc ainsi que pour les prothèses du membre supérieur et du membre inférieur, inscrites à la nomenclature.

2.7.1.2.2.11. Polyéthylène (codification N)

Le polyéthylène est une matière thermoplastique obtenue par polymérisation du monomère l'éthylène en présence d'un peu d'oxygène et d'un catalyseur.
C'est un solide incolore, translucide, au toucher gras, toujours flexible, insipide et inodore, dont la densité varie de 0,91 à 0,96 en fonction de son degré de cristallinité.
Plastique à basse température, il devient cassant vers - 25° C, se ramollit nettement vers 115°C et se décompose vers 300° C. Il brûle lentement sans dégager de fumée. Totalement inerte à l'eau bouillante, aux solvants à froid, gonflant dans certains solvants vers 60° C ou dans certains plastifiants du chlorure de polyvinyle (ce qui interdit l'emploi de celui-ci sur le polyéthylène), il est dénué de toute toxicité. La résistance à la lumière est améliorée par addition de noir de fumée.
Il existe sous deux formes : forme cristalline et forme amorphe, obtenues la première par le procédé « à basse pression » et la seconde par le procédé « à haute pression ». Du fait de leur inertie chimique presque totale et de leur bonne résistance mécanique, les deux qualités peuvent être employées en orthopédie, la qualité « haute pression » là où une certaine souplesse est favorable, la qualité « basse pression » là où une bonne rigidité s'impose.

La mise en forme du polyéthylène se fait sur moulage après avoir chauffé la feuille utilisée à une température voisine du point de ramollissement. On reconnaît que la bonne température est atteinte lorsque le polyéthylène commence à devenir transparent. Les déformations opérées doivent être maintenues jusqu'à ce que la température soit descendue nettement au-dessous du point de ramollissement. Plus la température de formage est élevée, plus les risques de rides ou de crevasses au refroidissement sont grands ; en outre, un chauffage prolongé peut être dommageable à l'aspect de la matière. Une certaine pression peut être exercée à l'aide d'un diaphragme, sac en caoutchouc par exemple, pour aider à la mise en forme de la matière plastique.
Le polyéthylène peut être soudé avec un chalumeau à l'air chaud (ou mieux en remplaçant l'air comprimé par de l'azote) avec un apport de matière. La température doit être environ à 300°C et la baguette d'apport est constitué par des joncs de 2 à 4 mm de diamètre, fondus avant de toucher les bords à relier. L'aspect de la soudure est amélioré par la fusion franche mais limitée des bords et du joint, néanmoins il convient de prendre de grandes précautions pour ne pas décomposer ou colorer le plastique. La soudure peut également se faire par impulsion haute fréquence, le soudage haute fréquence ne convenant pas à cause des propriétés diélectriques du polyéthylène.
Au fer chaud : la lame, de préférence inoxydable, chauffée vers 200-250° C, est intercalée entre les deux parties à assembler. Lorsque la matière est devenue bien transparente sur 1 ou 2 mm, on retire la lame en maintenant la pression jusqu'au refroidissement. L'adhérence du polyéthylène sur la lame peut être évitée en recouvrant celle-ci d'une pellicule de teflon.
Test de reconnaissance : outre son toucher caractéristique, le polyéthylène peut se reconnaître de la façon suivante : Enflammer un morceau de matière, il brûle avec une flamme courte et claire, sans fumée, se décomposant en gouttelettes cireuses de consistance et d'odeur analogues à celles de la bougie.
La forme cristalline est élastique, trouble, déformable et peu soluble, la forme amorphe est dure, résistante, moins trouble et plus soluble.
Le polyéthylène sert à la confection des appareils d'orthopédie indiqués à la nomenclature mais il peut dans certains cas remplacer le cuir habituellement utilisé dans la fabrication des appareils de prothèse et d'orthopédie.

2.7.1.2.2.12. Stratifié de polyester (codification S)

Le polyester est une résine synthétique thermodurcissable de la classe des résines de contact ou résines basse pression se présentant sous l'aspect d'un liquide incolore, plus ou moins visqueux. Il se transforme par polymérisation sous l'influence de la chaleur et d'un catalyseur ou à froid sous l'influence combinée d'un catalyseur et d'un accélérateur en une masse homogène plus ou moins flexible selon les qualités de résine et les dosages employés.
La polymérisation est d'une importance capitale, elle dépend des proportions de chacun des composants et comporte plusieurs phases :
1 ° Phase pendant laquelle le mélange reste visqueux et peut se travailler facilement ;
2° Phase de gélification apparaissant plus ou moins rapidement selon le dosage de l'accélérateur et du catalyseur ;
3° Phase de durcissement soit à température ambiante, soit sous l'action de la chaleur qui a pour effet de diminuer la durée de cette phase.
La résine polyester ne présentant pas par elle-même des caractéristiques mécaniques suffsantes, il importe de réaliser des stratifiés en utilisant des supports qui, inclus dans la matière plastique en cours de fabrication, en augmentent les caractéristiques ; ces supports doivent être obligatoirement en fibre de verre pour les appareils de prothèse. Toutefois, pour les appareils d'orthopédie, qui doivent conserver une certaine souplesse et dont la résistance peut être moins importante, le support peut être constitué par du jersey nylon.
La fibre de verre se présente sous deux formes :
a) La silionne, filée en éléments continus ;
b) La véranne, dont les fils sont formés de brins discontinus.
À partir de ces deux types de fibres sont réalisés de nombreux tissus qui peuvent être en silionne pure, en véranne ou mixtes. Les tissus de silionne donnant aux stratifiés une résistance mécanique plus grande que les tissus en véranne ou les tissus mixtes, c'est de l'utilisation judicieuse de ces différents tissus ou de leur combinaison que dépend la solidité ou la souplesse du stratifié.

Les fibres peuvent également être utilisées seules. C'est ainsi que le roving (fibres de silionne en écheveau) est indispensable dans certains cas, en particulier pour les articulations, et sert à la confection de renforts destinés à assurer une plus grande rigidité à un ensemble déterminé.

Caractéristiques générales des appareils en stratifié de polyester

La matière doit être homogène et non cassante. La fibre de verre doit être parfaitement imprégnée et il ne devra subsister aucune bulle ou craquelure dans l'épaisseur de la matière. La résine polyester. doit être teintée dans la masse, à l'exclusion de tout revêtement de peinture, apprêt ou vernis.

Les surfaces intérieures des emboîtures devront être lisses sans aspérités, les fibres de verre ne devant en aucun façon être apparentes. Une couche mince de résine devra subsister évitant tout contact de l'épiderme avec les fibres de verre.

Les surfaces extérieures doivent être également lisses, sans aspérités. Un ponçage et un polissage soigné de la surface doivent lui donner les caractéristiques d'un glaçage sans mettre les fibres de verre à nu, celles-ci comme pour les surfaces intérieures ne doivent en aucune façon être apparentes.

Toutes les pièces constitutives des appareils (à l'exclusion des pieds qui peuvent être réalisés en matière plastique, en bois, en feutre ou en caoutchouc) doivent être en stratifiés de polyester et fibre de verre à l'exclusion de toute autre matière. Les mollets doivent être exécutés d'une seule pièce, malléole comprise. Toutefois, dans le cas des prothèses pour agénésies du membre inférieur, la malléole pourra être en bois ainsi que le précise la nomenclature de ces appareils. La malléole doit être solidarisée à l'emboîture puis recouverte, ainsi que l'emboîture elle-même, des couches extérieures de stratification afin d'assurer la résistance nécessaire à la jonction de ces deux parties de la prothèse.

Les cuissards des prothèses pour amputation de cuisse peuvent être réalisés d'une seule pièce ou bien être constitués de deux pièces (emboîture et calotte) celles-ci étant assemblées au moyen de résine polyester sans saillie externe et recouvertes par les dernières couches de stratification.

Les emboîtures en polyester, qu'elles soient de contact ou non, peuvent être utilisées sur des prothèses en alliage léger ou en bois. Dans ce dernier cas, l'emboîture doit être encastrée dans un bloc de bois assurant la jonction avec la calotte de genou, convenablement solidarisée à ce bloc. Après mise en forme définitive, l'ensemble emboîture calotte de genou doit être recouvert par des couches de finition en polyester afin d'assurer la résistance nécessaire.

Des pièces de renfort en acier ou en alliages légers peuvent être incluses dans la masse pour supporter, par exemple, des filetages ou taraudages. Les pièces articulaires en acier doivent être noyées dans la masse et donner toutes garanties au point de vue résistance mécanique.

La solidité des appareils doit être assurée à la fois par une épaisseur calculée du stratifié et par des renforts également en stratifié judicieusement disposés, en particulier au niveau des articulations et des butées. En ce qui concerne l'épaisseur du stratifié, elle sera fonction de la résistance nécessitée par le type d'appareil considéré. Elle sera de 20 à 40/10 de mm pour un appareil de prothèse du membre inférieur.

Pour la prothèse du membre supérieur, cette épaisseur pourra être réduite pour assurer le maximum de légèreté compatible avec la résistance demandée aux prothèses de service modernes.

Pour l'orthopédie, où une certaine souplesse peut s'avérer nécessaire (en particulier pour tous les types de corsets), il conviendra de réaliser des appareils tenant compte de ces exigences sans pour cela nuire à leur solidité.

La fourniture de tous ces appareils doit faire l'objet d'un contrôle particulier.

Enfin leur poids ne doit pas être supérieur aux poids limites des appareils correspondants en bois allégé ou en alliages légers.

2.7.1.2.2.13. Textiles (codification T)

a) Feutres : ils doivent être en laine de première qualité, souples pour les capitonnages et les points d'appui, foulés-comprimés pour les semelles et les pieds feutre.

L'emploi de la bourre de feutre est interdit.

b) Molletons : ils sont soit en laine, soit en coton, d'excellente qualité.

c) Tissus pour bretelles et tracteurs : les tissus rigides doivent être de coton : tissu < façon gomme » ou tissu non élastique pour bandages, dans les largeurs requises. Les tissus élastiques sont du type des tissus spéciaux pour bandages élastiques, double face, et ne doivent contenir que des fils de coton et des fils de gomme pure (gomme synthétique exclue).

2.7.1.2.2.14. Textile enduit de mousse de polyuréthane commercialisé sous le nom de néofrakt (codification U)

Ce matériau est constitué d'une mousse de polyuréthane dure obtenue en mélangeant, -en proportions égales, du polyol et du polyisocyanate. Une substance additive permet d'augmenter la solidité du polyuréthane solidifié et de réduire l'élévation de la température au moment de la polymérisation (42°C au maximum au contact de la peau).
Ce mélange est coulé dans des fourreaux de jersey pur coton, à élasticité latérale élevée, prêts à l'emploi selon les régions à appareiller et la taille des patients. Ils comportent une ou plusieurs fermetures à glissière permettant de les retirer.
Après laminage à épaisseur voulue, le fourreau encore malléable est adapté à la partie du corps à immobiliser.
L'humidité ambiante favorise la formation, à la surface du mélange, d'une certaine quantité de mousse, épaisse de 1 à 2 mm, rendant inutile tout capitonnage.
À l'intérieur même du fourreau, le mélange des deux composants, plus dur, assure la solidité de l'appareil.
Lorsque le durcissement complet est atteint (entre 20 et 30 minutes), ce matériau peut être coupé, scié, poncé, percé, riveté, boutonné;-collé, thermoformé.

2.7.1.2.2.15. Bandes plastiques d'immobilisation en fibre de verre et acétate de cellulose (codification V)

Des appareils d'orthopédie peuvent être réalisés avec ce matériau. Ils sont plus particulièrement destinés à des déformations rhumatismales ou à des cas ne nécessitant qu'un maintien léger.
Les bandes plastiques d'immobilisation en fibre de verre et d'acétate de cellulose se présentent sous la forme d'un tissu tubulaire de mailles de jersey (environ 400 mailles au mètre), commercialisé sous le nom de « Verplex ». L'armature est constituée par de la fibre de verre filée en éléments continus (silionne) autour de laquelle est torsadé un fil d'acétate de cellulose en cours de tissage. Une certaine proportion de méthacrylate de méthyle est incorporée au tissu dans le but de renforcer la rigidité de l'ensemble après utilisation.
L'immersion dans l'acétone a pour effet de donner à l'acétate de cellulose et au méthacrylate de méthyle une consistance pâteuse qui permet aux bandes de s'adapter exactement à la forme du moulage.
Le tissu tubulaire est employé en plusieurs épaisseurs (de 4 à 8) superposées. II est plongé dans l'acétone pendant 8 à 10 secondes, égoutté et appliqué sur le moulage positif par simple pression manuelle. Après environ 15 minutes, pendant lesquelles l'évaporation de l'acétone a pu commencer, il convient d'effectuer à nouveau de puissantes pressions sur la matière pour lui faire épouser parfaitement les formes du moulage.
L'évaporation du solvant doit être complète avant démoulage ; elle demande au maximum 48 heures et est variable selon l'épaisseur de bande employée. Le séchage peut être accéléré par brassage de l'air ambiant.
Des retouches sont possibles après solidification de l'ensemble par application d'acétone sur la partie à modifier, ce qui a pour effet de la rendre à nouveau malléable.
Après évaporation du solvant (temps variable selon l'épaisseur), il subsiste un mélange solide, léger (densité 0,7 environ), lavable, perméable aux rayons X, imputrescible. Pratiquement ininflammable, il se consume lentement, presque sans fumée. Le découpage peut s'effectuer à l'aide de tout instrument tranchant.

2.7.1.2.2.16. Matières diverses (codification Z)

Liège. Il doit provenir de l'écorce de chêne-liège et être fin, non véreux ni fendillé profondément. Le liège composé de déchets compressés doit être rejeté : il est trop lourd et manque de cohésion et d'élasticité.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

2.7.1.2.3. Conditions particulières à certains produits finis

1° Les vis d'articulation des prothèses et des orthèses doivent répondre aux normes Afnor NF S 90-510 à 90-514 incluse.
2° Boutons. - Les boutons d'attache des courroies ou des bretelles sont en laiton ou en acier doux nickelé.
3° Rivets. - Les rivets de fixation des ferrures en acier sur les cuirs sont en cuivre rouge, à large tête (pointes ardoises). Dans les appareils en bois, les rivets, également en cuivre rouge, comportent une large tête fraisée. Les rivets tubulaires utilisés pour le rivetage des courroies doivent être en laiton ; les rivets tubulaires en aluminium sont interdits. Les rivets pour la fixation des attelles sur les embrasses sont en acier doux.
4° Lacets. - Ils sont en cuir très résistant, ou en coton tressé avec extrémité se terminant par une partie brodée ou enduite de matière plastique.

2.7.1.3. Conditions relatives à la fabrication, à la finition et a la présentation des appareils

2.7.1.3.1. Conditions générales

Les appareils doivent être à la fois légers et solides, appropriés à la force du sujet, à sa profession et à ses possibilités fonctionnelles. Leur aspect général doit être net et soigné.

2.7.1.3.2. Conditions particulières à l'exécution des pièces, ensembles et opérations communes à divers appareils

2.7.1.3.2.1. Articulations

Les articulations des appareils de prothèse sont de nature différente suivant leur office et selon l'effort qui leur est imposé.
Les articulations de cheville, de genou, de hanche et de coude doivent répondre aux normes Afnor NF S 90-520 à 90-535 incluse. Articulations diverses :
1°/ Articulation du bloc du genou de prothèse bois sur les attelles du mollet: l'axe d'articulation est creux ; son diamètie extérieur constant sur la majeure partie de la longueur s'agrandit à une extrémité pour faire place à un court filetage suivi d'un épaulement ou « tête ». Par ce filetage, l'axe peut se visser dans un taraudage correspondant de l'une des attelles du genou. L'autre extrémité de l'axe comporte un cône lisse extérieur de faible longueur et un taraudage. Un cône femelle, usiné dans l'autre attelle du genou, peut recevoir le cône mâle de l'axe. Ces deux cônes doivent, au montage, être bloqués l'un sur l'autre au moyen d'une vis de serrage se montant dans le taraudage de l'axe. L'axe d'articulation traverse le bloc genou dans lequel il roule sur un coussinet en céloron ou en cuir buffle.
2°/ Articulation du bloc genou des appareils en duralumin sur des attelles du mollet : l'axe de rotation est conçu pour permettre l'adaptation, à chacune de ses extrémités, d'une cuvette, d'un cône et de billes, selon le principe du montage des moyeux de roues de bicyclette.
3°/ Articulation de la malléole et du pied : cette articulation doit répondre aux normes Afnor NF S 90-538 ou NF 90-539.
4°/ Articulation à tourillon: elle doit répondre à la norme Afnor NF S 90-536.
5°/ Articulation de la malléole et du pied : cette articulation comporte soit axe et aiguilles, soit axe et coussinet en bronze (articulation lisse avec cavalier), soit axe et roulement à billes. Son poids, dans tous les cas, doit être au plus égal à 150g.

2.7.1.3.2.2. Articulations et leurs dispositifs d'arrêt

Certaines articulations sont liées à un dispositif d'arrêt automatique ou non, ayant pour but l'articulation ayant atteint une position déterminée de sa course, soit de l'y bloquer totalement (cas du verrou), soit de l'y bloquer partiellement, son mouvement ne pouvant plus s'effectuer que dans un sens (cas de la roue à rochet dans le verrou de coude).

Verrou. - Un verrou doit offrir, sous un minimum de poids et d'encombrement, toute garantie de solidité et de fixité. Il doit pouvoir être commandé sans effort, soit directement pour un bouton ad hoc, soit indirectement par un système à relais.

Un verrou d'articulation coxo-fémorale est nécessairement unilatéral. Un verrou de genou peut être bilatéral ou central. Certaines articulations de genou comportent un verrouillage automatique dont l'action s'exerce quand l'appareil se trouve en extension, le déverrouillage s'effectuant lors de l'appui sur l'avant-pied.

Les éléments de verrous qui ne peuvent être dissimulés dans l'appareil doivent être conçus et montés de telle sorte qu'ils n'accrochent ni ne pincent les vêtements du mutilé.

Verrou de coude. - Le verrou de coude est un dispositif permettant à l'avant-bras d'occuper, outre la position habituelle du bras en extension, diverses autres positions intermédiaires en flexion, d'où il peut revenir, sur commande du mutilé, à sa position initiale.

2.7.1.3.2.3. Attelles et embrasses

Les attelles doivent avoir, en général, les dimensions ci-après :

- Membre supérieur : largeur de 12 à 18 mm, épaisseur de 2 à 3,5 mm ;
- Membre inférieur: largeur de 18 à 22 mm, épaisseur de 4 à 5 mm.

Les embrasses sont des pièces en tôle d'acier destinées, par leur liaison avec des attelles, à donner à l'armature métallique de l'appareil robustesse et rigidité. Leur épaisseur est de 1,5 mm environ. Elles doivent être rivées solidement sur les ferrures. Les embrasses peuvent, pour certains appareils, être en duralumin.

Lors de la réalisation d'attelles permettant le réglage de la distance entre centres articulaires (rallonges), le procédé d'assemblage et de réglage doit répondre à la norme Afnor NF S 90537.

2.7.1.3.2.4. Opérations diverses

1 ° Polissage, nickelage, chromage : les pièces en acier doivent généralement être polies et nickelées (ou chromées). Cependant, dans le cas de ferrures gainés de cuir, le nickelage peut être remplacé par un vernissage spécial antirouille. Le polissage des appareils en duralumin doit être particulièrement soigné.

2° Rivetage : le rivetage des embrasses sur attelles se fait par des rivets en acier doux ; il se fait par des rivets en cuivre rouge, pour la fixation du cuir sur les attelles ou embrasses et pour l'assemblage de l'emboîture bois sur le fut en duralumin. Dans les appareils en alliage léger, le rivetage est, en principe, prohibé. Il n'est que toléré pour :

-la fixation des fenêtres en acier inoxydable servant au passage des courroies de rappel en extension ;

-la fixation des boutons d'attache pour protège-pantalon ou passants de courroies ;

-la fixation dans le genou soit d'une articulation à billes, soit d'une butée d'arrêt en extension ; la fixation de la double emboîture adaptée sur les prothèses pour amputation de cuisse.

3° Parcheminage : toutes les parties en bois sont recouvertes d'un fort parchemin, tendu, mouillé et collé à la colle forte d'os. Ce parchemin, une fois sec, est poncé et enduit d'un vernis (ou d'une laque) appliqué :

1)soit au pinceau, par couches successives (3 au minimum) ;

2)soit au pistolet, par couches également (3 au minimum) ;

3)soit, solution particulièrement recommandée, au tampon.

4° Frettage : avant parcheminage, les pièces de bois creuses sont frettées extérieurement avec du fil fouet et non avec du fil métallique. Elles peuvent également être renforcées par des chevilles de bois collées tangentiellement à la surface et dans une direction perpendiculairement aux fibres de bois. La cavité des pièces creuses ne doit présenter aucune rugosité ni recevoir aucun vernis opaque : elle est imprégnée à l'huile de lin et vernis à la gomme laque ou au tampon.
5° Présentation des cuirs : on doit laisser aux cuirs leur couleur naturelle. Après avoir été nettoyés à l'acide oxalique, ils doivent être lissés et astiqués, puis cirés ou vernis.
6° Garnissage : les garnissages doivent être effectués au fil de lin. Les coutures peuvent être faites à la machine.
7° Coutures : les coutures de jonction des cuirs moulés doivent être faites à points croisés, fil non apparent, noyé dans l'épaisseur du cuir.

2.7.1.3.3. Garanties

Les appareils sont garantis contre tout vice de fabrication ou malfaçon quelconque pendant trois ans. Toutefois, la durée de garantie ne pourra être supérieure à celle définie par les industriels fournisseurs en ce qui concerne les pièces détachées entrant dans la fabrication des appareils d'orthopédie et de prothèse.
Elle ne s'appliquera pas :
1° En cas de variations physiologiques ou pathologiques du moignon ou d'évolution de la lésion ayant motivé l'appareillage;
2° En cas d'accident lorsqu'il est démontré que celui-ci n'est pas imputable à la mauvaise qualité des matières premières ou à un défaut de construction ;
3° Aux diverses adjonctions telles que les bretelles, tracteurs, garnitures, revêtement mousse, pièces élastiques ou caoutchoutées ;
4° En cas de défaut d'entretien imputable à l'usager.

2.7.1.4. Conditions de réception

Les appareils de prothèse ou d'orthopédie, qui doivent remplir toutes les conditions techniques indiquées précédemment.
Tout appareil présentant un vice de fabrication ou reconnu non conforme aux conditions du cahier des charges est refusé ou renvoyé pour modification sans que le fournisseur puisse prétendre à aucune indemnité.
Tout appareil présenté à la réception doit comporter un numéro de série ainsi que le nom du fournisseur. Ces deux indications figurent sur le livret du mutilé et sur sa fiche d'appareillage. Leur absence, constatée sur l'appareil, entraîne le refus de sa réception.
Tous les appareils réceptionnés sont poinçonnés sur-le-champ ; les caractères employés pour le poinçonnage, lettres et chiffres, ont 4 mm de hauteur. Les appareils refusés ne sont pas poinçonnés ; il est seulement pris note de leur numéro de série et de leurs défectuosités. Les appareils réceptionnés et poinçonnés ne sont pas définitivement acceptés qu'après la signature, par le mutilé, du certificat de convenance.
Les appareils en duralumin sont soumis à un régime particulier ; tout appareil remis à un mutilé est aussitôt mandaté au fournisseur mais le mutilé ne retourne le certificat de convenance qu'au bout de trois mois. Si, dans le délai, l'appareil se trouve refusé (et s'il est toujours en bon état), le fournisseur est tenu de le reprendre. Il devient alors débiteur du prix de l'appareil, ce prix pouvant être diminué, par décision administrative, d'une somme appréciée suivant la nature de l'appareil et suivant les circonstances.

2.7.1.5. Appareillage des enfants

Les appareils de prothèse et d'orthopédie destinés aux enfants doivent, chaque fois que la chose est possible, être munis de dispositifs à « rallonges » permettant de régler lesdits appareils en fonction de la croissance et du développement des sujets.
Cependant, les appareils d'orthopédie destinés à des enfants doivent, en principe, comporter des articulations pièce sur pièce et non des articulations à chape, ces appareils devant être remplacés au fur et à mesure de la croissance des usagers.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

2.7.1.6. Appareillage semi-définitif

L'appareillage semi-définitif a pour but de doter les mutilés d'appareils possédant les caractéristiques essentielles de l'appareil définitif, tout en permettant des modifications d'adaptation rendues plus faciles par la conception même de l'appareil. Réservé à l'appareillage à titre de première mise des amputés du membre inférieur, il doit être, dans la mesure du possible, substitué à l'appareillage provisoire. Il est exécuté sur prescription médicale et le bon de commande précisera le caractère semi-définitif de l'appareil.
L'attribution de prothèse avec pied est en principe la règle générale ; cependant, dans le cas où le médecin jugerait utile de prescrire, pour des cas exceptionnels, un pilon ou une prothèse sans pied, les modalités d'application sont les mêmes que pour les appareils avec pied.

Caractéristiques générales de l'appareil semi définitif
L'appareil semi-définitif présente, en principe, les mêmes caractéristiques que l'appareil définitif, sauf en ce qui concerne l'emboîture, dont la finition est simplifiée pour permettre des retouches plus faciles. Il doit cependant offrir toutes les garanties au point de vue solidité.
Les appareils semi-définitifs (provisoirement limités aux appareils réalisés en bois allégé et en alliage léger, à l'exclusion des prothèses en stratifié de polyester et des appareils spéciaux) seront donc constitués de la façon suivante :
a) Prothèse bois allégé pour amputation de cuisse : l'ensemble pied, mollet, calotte de genou est définitif; l'emboîture bois (à dépression ou non) est seulement entoilée ;
b) Prothèse alliage léger pour amputation de cuisse : l'ensemble pied, mollet, calotte de genou est définitif, donc parcheminé ; l'emboîture dural n'est pas soudée, mais rivée, et ne comporte pas d'assise soudée, seul un renfort au point d'appui est nécessaire. S'il s'agit d'une emboîture bois, celle-ci est seulement entoilée.
c) Prothèse bois allégé pour amputation de jambe : l'ensemble pied malléole est définitif, donc parcheminé ; l'emboîture est seulement entoilée, le cuissard n'est pas garni, seul le point d'appui sous-ischiatique éventuel est garni.
d) Prothèse pour alliage léger pour amputation de jambe : l'ensemble pied malléole est définitif, la circulaire n'est pas soudée ni nickelée, le cuissard cuir n'est par garni, seul un point d'appui sous-ischiatique éventuel est garni.

2.7.1.7. Corset pour maintien de réduction de scoliose structurale

Il est constitué par une ceinture bivalve enveloppant le bassin et portant un tuteur antérieur et un tuteur postérieur. Sur ces tuteurs sont fixées les « mains » réglables qui, par leur position et leur étendue, permettent de maintenir la réduction de la scoliose.

Ce corset n'est pas un réducteur passif. Il doit être un soutien à partir duquel le sujet par des mouvements appropriés cherche à outrepasser activement la réduction déjà obtenue ; dans la journée, il doit être un rappel à l'ordre sollicitant du sujet un effort renouvelé pour corriger sa tenue.

Pour être plus efficace, il doit être porté constamment jour et nuit et être accompagné d'une kinésithérapie pratiquée avec le corset orthopédique, conduite par des médecins ou des kinésithérapeutes informés de la méthode à appliquer et destinée à développer la capacité vitale, à utiliser l'expansion thoracique comme agent de réduction des déformations et augmenter la réduction de la scoliose.

Conditions générales d'adaptation
Il doit répondre aux conditions d'adaptation suivantes :
A.L'appui principal sur la gibbosité doit être toujours postéro-externe et non latéral.

B.L'épaule côté concavité dorsale ne doit pas être surélevée ; on ne peut tolérer un déséquilibre de plus de 2 à 3 cm ; une main d'appui dorsale supérieure peut être nécessaire pour limiter la progression d'une gibbosité supérieure de contre-courbure.
C. Les contre-appuis situés sur la partie inférieure de la cage thoracique antérieure doivent être galbés avec soin évitant ainsi toute déformation permanente du thorax.
D. L'inspiration forcée ne doit trouver aucun obstacle en avant et en haut et dans la fenêtre postérieure d'expansion. Au besoin un « pontage » des pièces de matière plastique ou de métal doit être pratiqué, en particulier pour les appuis sous-claviculaires.
E.Les régions épigastrique et hypogastrique doivent faire l'objet d'une pression régulière sans contention exagérée.
Ce corset doit être réglable en hauteur et en largeur, et faire l'objet d'une surveillance médicale très stricte au moins tous les six mois afin de s'assurer que l'appareil est toujours adapté en fonction de la croissance, toujours efficace et non nuisible.
Au moment de l'ablation du corset, une progression doit être envisagée. En 2 ou 3 mois, le sujet doit apprendre à se passer de son appareil sous surveillance très précise (ablation d'abord la nuit, puis pendant la rééducation, puis chaque semaine 1 heure de plus).

Conditions générales d'attribution
Ce corset ne peut être attribué qu'après une réduction préalable par corset plâtre (contrôlée par radiographie) et doit faire l'objet d'une prescription très détaillée avec schéma des appuis et contre-appuis et la notation des niveaux vertébraux où ils se limitent.

II doit faire l'objet d'une vérification de l'exécution des prescriptions à l'essayage et à la livraison et d'une vérification de l'efficacité par radiographies comparées :
a) Debout de face libre ;
b) Debout de face en corset.
Ce corset ne doit être exécuté que par des orthopédistes spécialement agréés pour cette fabrication.

2.7.1.8. Prothèse de contact pour amputation de jambe

La prothèse de contact pour amputation de jambe est constituée de trois parties :
a)Une emboîture comportant intérieurement un manchon amovible ou non,
b) Un segment jambier intermédiaire reliant l'emboîture au pied ;
Un pied souple permettant les mouvements de flexion et d'extension et éventuellement de latéralité. La confection de cette prothèse doit répondre aux caractéristiques générales ci-après :

1. Moulage
Le moulage doit tenir compte de la nécessité d'établir à la fois des zones d'appui, des zones de contre-appui et des zones de contact sans appui. Les zones sensibles doivent être respectées.
Un tel moulage doit permettre la fabrication d'un manchon et d'une emboîture « orientés » et ne se bornant pas à la reproduction fidèle de la morphologie externe du moignon.
a) Zones d'appui
Elles se situent à la partie antérieure du moignon. Ce sont, en premier lieu, le tendon rotulien, la partie sous-jacente aux plateaux tibiaux de chaque côté de la tubérosité antérieure du tibia, les zones antéro-interne et antéro-externe du tibia, de chaque côté de l'arête tibiale. Des zones de stabilisation latérale doivent être ménagées sous le plateau tibial interne et, à l'opposé, dans la région comprise entre la tête et l'extrémité distale du péroné lorsque la chose est possible.
b) Zones de contre-appui

Elles se situent sur la face postérieure du moignon, avec un appui majeur dans le creux poplité sensiblement au niveau de l'interligne articulaire, évitant les tendons des ischiojambiers et ne nuisant pas à la globulisation des jumeaux.

c) Autres zones de contact

Elles sont constituées par l'ensemble de la surface du moignon, y compris son extrémité. La partie distale du manchon doit épouser exactement la forme du moignon en assurant un contact parfait.

d) Zones sensibles

Elles sont généralement situées au niveau de la tête du péroné et des extrémités distales du tibia et du péroné. Il existe parfois des points sensibles particuliers à l'amputé considéré.

2. Manchon

Dans la majorité des cas, un manchon souple amovible est utilisé. Il doit être constitué par du caoutchouc cellulaire de 3 à 5 mm d'épaisseur, résistant à la compression, sans accuser de déformation permanente. II doit être réalisé par juxtaposition de bandes étroites, collées à la fois entre elles et sur la garniture intérieure en peau de cheval chromé, sans effectuer de traction afin de conserver sa forme après démoulage.

L'extrémité inférieure du manchon doit comporter une surépaisseur de caoutchouc souple de 10 mm, interposée entre la garniture en peau de cheval et le caoutchouc extérieur.

Le remplacement du caoutchouc cellulaire et de la peau de cheval par d'autres matériaux ayant fait leurs preuves (silicones, latex, résines souples, mousse de silicone pour le capitonnage de l'extrémité) peut être autorisé.

Deux manchons en caoutchouc cellulaire sont délivrés avec la prothèse. L'amputé doit porter alternativement jour après jour ces deux manchons afin de permettre le séchage complet de celui qui n'est pas en service et éviter ainsi le durcissement de la garniture intérieure par suite de l'imprégnation de celle-ci par la transpiration.

Les deux manchons doivent être rigoureusement identiques pour assurer une adaptation satisfaisante. Ils devront donc être confectionnés sur le même moulage positif, dans un caoutchouc cellulaire de même épaisseur et comporter un capitonnage de l'extrémité exactement semblable en forme et en épaisseur.

3. Emboîture

Elle doit être réalisée en stratifiés à base de résines synthétiques telles que résines polyester, résines époxydes, méthacrylate de méthyle. Elle doit reproduire très exactement la forme du moulage positif compte tenu de l'épaisseur du manchon.

La hauteur de l'emboîture par rapport au genou et l'enveloppement plus ou moins marqué des condyles fémoraux seront précisés par le médecin en fonction de la nécessité d'assurer un meilleur maintien latéral de l'articulation du genou.

L'emboîture peut présenter un certain degré de flexion par rapport au segment jambier qu'il conviendra de préciser en fonction de chaque cas et en particulier de la longueur du moignon.

4. Segment jambier intermédiaire

Destiné à assurer la liaison entre le pied et l'emboîture, il est solidarisé à cette dernière par différents procédés. L'emboîture peut être encastrée dans un bloc de bois ou de matière plastique cellulaire rigide qui assurera la liaison et sera, après finition, enrobée de stratifié.

Le segment jambier peut aussi être constitué par le bas de jambe et le revêtement esthétique souple de la prothèse réglable pour amputation de jambe figurant à la nomenclature.

La ligne axiale du segment jambier doit être perpendiculaire au sol compte tenu de la hauteur du talon quand la prothèse est en charge.

5. Pied

Cette prothèse peut être munie de préférence de l'un des deux types de pieds suivants :

- Pied sans articulation de cheville exécuté en caoutchouc ou en matière plastique enrobant une âme de bois spécialement conformée pour assurer un appui antérieur situé au niveau des têtes métatarsiennes et comportant une partie talonnière de souplesse variable selon la marche et le poids de l'amputé ;
- Pied de la prothèse réglable pour amputation de jambe inscrite à la nomenclature lorsque le fabricant utilise le segment jambier de cette prothèse.

6. Suspension

Elle est, en principe, assurée par la conformation même de l'emboîture. Toutefois, dans certain cas, elle peut être complétée par une sangle élastique ou non.

CONTRÔLE

Le but essentiel est l'obtention d'un contact parfait sur toute la surface du moignon. Toute insuffisance d'adaptation est susceptible d'influer défavorablement sur l'utilisation correcte de la prothèse.

Outre la douleur, les signes révélateurs de cette insuffisance sont souvent l'apparition d'une hypersudation, de lésions cutanées et de troubles trophiques, localisés aux points où le contact est défectueux.

La partie distale du moignon est généralement la zone la plus directement menacée par un défaut d'adaptation, elle devra donc faire l'objet d'une surveillance toute particulière.

La présentation du moulage négatif et si possible du moulage positif devra accompagner la livraison de la prothèse.

En outre, un contrôle systématique devra être effectué dans les trois semaines suivant la livraison afin de vérifier si une modification morphologique éventuelle du moignon n'est pas intervenue au cours de ce délai. Des retouches doivent être alors exécutées. Elles ne nécessitent pas, dans la majorité des cas, une réfection de l'emboîture mais seulement l'adjonction de bandes de peau ou de cuir rétablissant la coaptation nécessaire au niveau du creux poplité et sur les faces latérales du tibia.

Ce contrôle devra être poursuivi jusqu'à stabilisation complète du moignon.

AGRÉMENT

Ce type de prothèse ne peut être exécuté que par des fabricants spécialement agréés pour cette fabrication et déjà agréés pour la fourniture des appareils de prothèse en stratifiés.

2.7.1.9. Appareils pour infirmes moteurs cérébraux

Ces appareils doivent répondre aux conditions générales du cahier des charges. Ils doivent, en outre, respecter les caractéristiques particulières indiquées ci-après :

Les pièces métalliques doivent être réalisées en alliage léger (symbole Afnor A U 4 G) d'épaisseur et de largeur variable selon la résistance que doit présenter l'appareil.

Les dimensions habituellement employées sont les suivantes :

Montants de cuisse ou de jambe : largeur 20 à 25 mm, épaisseur 5 à 8 mm ; Pièce de hanche : largeur 25 à 30 mm, épaisseur 5 à 8 mm ;

Embrasses et ceinture métallique : largeur 40 à 60 mm.

Ces dernières pièces peuvent être réalisées soit en alliage léger (épaisseur 2,5 à 3 mm) ou en acier mi-dur (épaisseur 1,6 à 2 mm).

Les appareils pour infirmes moteurs cérébraux peuvent être exécutés soit à l'aide de pièces métalliques de préférence usinées à la demande et comportant des articulations munies de roulements à billes ou éventuellement confectionnés à partir d'éléments préfabriqués constitués essentiellement par des articulations spéciales réversibles utilisables à droite ou à gauche et solidarisées par vis aux montants de cuisse ou de jambe pour réaliser des attelles latérales.

Ces articulations, en acier avec bague de roulement en bronze, sont de deux types :
- Articulation avec ou sans verrou permettant par l'intermédiaire d'un secteur rotatif bloqué en position voulue par deux vis d'assurer, soit une amplitude de mouvement variable et permettant, par réglages progressifs, la correction d'une attitude vicieuse.
- Articulation avec verrou sans secteur rotatif assurant un blocage de l'articulation mécanique dans une seule position.

Ces deux dispositifs peuvent servir indifféremment d'articulation de hanche ou de genou. Pour la cheville (appareil à étrier) une articulation à secteur rotatif d'un modèle un peu différent a été conçue.

Les montants adaptables à ces articulations sont réalisés en alliage léger (symbole Afnor A U 4 G) et également préfabriqués. Ils sont constitués par :
- Un montant de pièces de hanche comportant une nervure de renfort au niveau de la courbure destinée à assurer un parallélisme de l'articulation tout en permettant une application de la pièce de hanche au bassin;
- Des montants rectilignes se fixant par vis à l'articulation de hanche ou à l'articulation du genou pour constituer le montant de cuisse ;
- Des montants incurvés légèrement dans le sens antéro-postérieur pour suivre le galbe de la jambe et se fixant par vis sur l'articulation du genou ;
- Des moulages rectilignes courts pour fixation de l'articulation de cheville sur le montant de jambe.

Ces différents montants sont solidarisés entre eux par des vis pour assurer la longueur nécessaire aux attelles et le positionnement des articulations mécaniques par rapport aux articulations physiologiques.
Le montage sur la chaussure est réalisé par étrier ou par tourillon. L'étrier est constitué par des branches solidarisées à une embase fixée sur la chaussure, par un système de glissière dans laquelle pénètre l'extrémité de la branche. Le maintien en position de cette dernière est assuré par un bouton fixé sur une lame de ressort et pénétrant dans un trou ménagé dans la partie supérieure de la glissière.
L'articulation à tourillon est constituée par un tourillon muni d'une gorge et pénétrant dans une embase spéciale fixée à la chaussure et dans laquelle est inclus un dispositif à bille poussée par un ressort évitant l'éjection inopinée du tourillon. Une butée solidaire d'un dispositif à crémaillère et pouvant être placée antérieurement ou postérieurement au montant permet de régler la limitation de mouvement soit en flexion, soit en extension.
Les cuirs et peaux employés dans la fabrication des appareils, quel que soit le type d'attelles utilisé, devront être conformes aux prescriptions du cahier des charges.
Les dessus d'embrasses seront en vachette, les courroies ou ceintures en cuir à courroies, le capitonnage pourra être réalisé soit en caoutchouc mousse, soit en feutre, la garniture étant obligatoirement en cheval chromé.

2.7.1.10. Prothèse pour amputation de cuisse avec emboîtures de contact (1)

1. Emboîture de contact remontant jusqu'à l'ischion, avec ou sans ischion inclus (VI3B601, VI3F601, VI3S601, VI3S602).

Les prothèses de contact pour amputation de cuisse peuvent être réalisées dans l'un des matériaux prévus dans la nomenclature.
La confection de la prothèse répond aux exigences du cahier des charges relatives au matériau utilisé. L'emboîture par des déformations orientées du moignon permet un accrochage sur les masses musculaires et une répartition des charges par son adaptation au moignon. Un contact terminal parfait, excluant toute introduction d'air entre le moignon et le fond de l'emboîture, est réalisé.

Le fond de l'emboîture épouse très exactement la forme de l'extrémité du moignon qui y repose sans y prendre appui lorsque l'amputé est en charge. Un orifice est ménagé à la partie la plus basse du fond d'emboîture afin de permettre l'introduction du moignon dans l'emboîture.

2. Double emboîture de contact à ischion intégré (AI3Z003) comportant une emboîture souple transparente ou translucide et une emboîture rigide avec structure en composite de carbone.

Les emboîtures de contact à ischion intégré de forme ovalaire au niveau du collet d'emboîture, avec grand axe antéro-postérieur, intègrent l'ischion dans l'emboîture en créant une logette interne et concave en regard de celui-ci. Le bord interne de l'emboîture épouse la branche ischio-pubienne, et l'orientation de l'emboîture dans le plan frontal se rapproche le plus possible en adduction de l'axe du fémur controlatéral. Le bord externe de l'emboîture suit le galbe du grand trochanter et repousse le fémur en adduction dans sa partie moyenne.

La bonne adaptation de l'emboîture réalise un contact total avec le moignon et empêche tout mouvement de translation latérale de dedans en dehors lors de l'appui monopodal.

L'adaptation de cette emboîture est réalisée avec une ou plusieurs emboîtures d'essai transparente(s) ou translucide(s) respectant les principes ci-dessus énoncés.

2.7.1.11. Prothèse conventionnelle pour amputation de jambe

Cette prothèse est constituée par :
Un pied avec ou sans articulation mécanique;
Une emboîture;
Un manchon en cuir moulé ouvert en bout ;
Un cuissard et ses montants latéraux.

Sa réalisation nécessite un moulage soigné étendu à la partie supérieure de la cuisse.

Manchon
a) Prise de moulage
Il convient :
1° D'améliorer l'appui antérieur et de l'étendre à la plus grande surface possible ;
2° De ménager un contre-appui postérieur effcace sans gêner la flexion ni le libre jeu des tendons des ischio jambiers.
En conséquence :
Après avoir placé un jersey fermé en bout sur le moignon, envelopper celui-ci par des tours circulaires de bandes plâtrées et, avant séchage du plâtre :
- marquer le tendon rotulien et le bord inférieur de la rotule avec le premier espace interdigital d'une main ;
- former le contre-appui postérieur avec les doigts de la main opposée, la pression exercée doit être relativement faible et s'appliquer de telle façon que les tendons des ischio jambiers soient dégagés ;

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

- modeler les reliefs osseux (parties sous-jacentes des plateaux tibiaux et en particulier le décrochement du bord antérieur du tibia, sous le plateau tibial interne et de chaque côté de l'arête tibiale).

b) Moulage positif

Les retouches effectuées sur le positif après coulage consisteront à :

- égaliser le plâtre au niveau des surfaces d'appui en respectant intégralement les reliefs ;
- recharger la tête du péroné, l'extrémité distale du tibia et les parties sensibles ;
- rallonger le moulage afin que le bord inférieur du manchon cuir dépasse l'extrémité du moignon.

c) Manchon cuir

Le cuir utilisé doit être un croupon de 3 mm environ d'épaisseur. Il doit épouser la forme du moulage dans ses plus petits détails.

Il comporte des bourrelets d'appui antérieurs et postérieurs en croupon cylindré de 5 à 6 mm d'épaisseur et 2 tracteurs élastiques antérieurs terminés chacun par une courroie en cuir s'attachant au cuissard par un bouton indécousable ou une boucle.

Le manchon cuir généralement ouvert en bout et dépassant de 3 à 4 cm l'extrémité du moignon peut cependant, dans certains cas, être fermé en bout (parties molles mal vascularisées, troubles trophiques ou douloureux, etc...). Un capitonnage de la partie distale devra alors être prévu.

d) Emboîture

Elle doit s'adapter le plus étroitement possible à la forme extérieure du manchon cuir en permettant cependant le libre jeu de celui-ci.

À cet effet, les parties concaves du manchon, notamment à sa partie supérieure au niveau du contre-appui, sont comblées par un cuir paré, collé et cousu, de telle sorte que la surface extérieure puisse permettre le glissement facile du manchon en restant appliquée à la paroi interne de l'emboîture et en conservant la forme intérieure du manchon.

Il peut être ajouté également des surépaisseurs sur la surface extérieure du manchon afin de permettre la réalisation d'une emboîture dont la forme extérieure se rapprochera le plus possible de la morphologie du membre non amputé.

e) Circulaire

La circulaire adaptée par rivetage à la partie supérieure de l'emboîture doit être conformée de telle sorte que :

- les centres des têtes d'articulation soient placés au niveau du centre anatomique du genou (centre du condyle fémoral interne) ;
- le bord antérieur du manchon (compte tenu de la hauteur du bourrelet, 15 mm) corresponde à la pointe de la rotule ;
- le bord postérieur du manchon (compte tenu de la hauteur du bourrelet, 15 mm) se prolonge jusqu'à environ 1 cm de l'interligne articulaire. Un dégagement devra être ménagé de chaque côté au niveau des tendons des ischio jambiers afin de ne pas créer de gêne à la flexion ;
- le bourrelet postérieur serve au guidage du manchon lors de son déplacement vertical. À cet effet, la circulaire doit, à la partie postérieure des têtes d'articulation, avoir une direction verticale et le bourrelet doit être prolongé pour suivre cette même direction et éviter la rotation du manchon dans l'emboîture.

f) Cuissard cuir

Le cuissard cuir doit être moulé et se conformer le plus exactement possible à la morphologie de la cuisse. Les bourrelets éventuels doivent être englobés dans le cuissard.

Par un contre-appui postérieur opéré entre les tendons des ischio-jambiers, ceux-ci doivent se trouver dégagés. Enfin, à sa partie antérieure, le cuissard doit venir jusqu'au contact du bord supérieur de la rotule.

Les montants de cuisse doivent être également formés pour s'adapter aux contours du cuissard, le montant externe étant plus long que son homologue interne.

Ce dernier doit être évasé vers l'extérieur à sa partie supérieure et le cuir du cuissard dégagé au plus près du montant.

g) Cheik tendeur
Le cheik tendeur doit être réglé de façon à éviter tout récurvatum du genou qui devra être en légère flexion afin de permettre une meilleure action stabilisatrice du quadriceps.

2.7.1.12. Prothèse avec emboîture plâtrée

Ces prothèses sont des prothèses de contact dans lesquelles l'emboîture est soigneusement adaptée sur toute la surface du moignon, y compris son extrémité. Cette emboîture doit être changée aussi souvent que nécessaire, en fonction des variations morphologiques du moignon.
Elles peuvent être réalisées sous deux formes : pilon ou prothèse avec pied, cette dernière étant à préférer afin de mettre l'amputé dans des conditions identiques à celles dans lesquelles il se trouvera lorsqu'il sera doté d'une prothèse définitive.
Le pied prothétique doit permettre des mouvements de latéralité et peut être soit celui de la prothèse réglable, soit un pied sans articulation de cheville avec partie talonnière souple.
Appliquées après l'intervention chirurgicale (prothèse d'entraînement ou d'étude sur un moignon en voie de cicatrisation), elles doivent répondre à certains critères afin, d'une part, d'assurer la protection de l'extrémité distale du moignon et, d'autre part, de permettre une déambulation facile de l'amputé. Elles doivent, en outre, préparer le moignon en vue de l'appareillage définitif ultérieur.

PROTHÈSE POUR AMPUTATION DE JAMBE
Compte tenu des impératifs indiqués plus haut, il importe que :
1 ° L'extrémité distale du moignon soit capitonnée par une pièce en caoutchouc cellulaire de 10 mm d'épaisseur, se prolongeant sur l'extrémité du tibia ;
2° La surface d'appui antérieur du moignon et la rotule soient également protégées par une couche de mousse de polyuréthane de 5 à 10 mm d'épaisseur;
3° Des appuis soient marqués avant la prise du plâtre de chaque côté de la tubérosité antérieure du tibia et que la crête tibiale soit isolée par pressions latérales légères ;
4° La rotule soit enveloppée complètement, le bord supérieur de l'emboîture étant renforcé en épaisseur et arrondi pour éviter tout traumatisme lors de la mise en extension du genou ;
5° La partie postérieure de l'emboîture soit dégagée afin de permettre une flexion d'environ 90° sans gêner le libre jeu des tendons des ischio - jambiers.
Après séchage du plâtre, le segment inférieur est fixé à l'emboîture par des tours successifs de bandes plâtrées en respectant l'alignement tant dans le plan frontal que dans le plan sagittal.
Le segment de jambe doit pouvoir être facilement démontable pour permettre sa récupération et son montage sur des prothèses ultérieures.

PROTHÈSE POUR AMPUTATION DE CUISSE
Ces prothèses doivent être exécutées de telle sorte que :
1° L'extrémité distale du moignon, protégée par un pansement épais, doit être en contact direct avec le fond de l'emboîture, le moignon étant recouvert d'un bonnet couvre-moignon ;
2° L'emboîture doit être de forme quadrangulaire dégageant les adducteurs, respectant une direction horizontale au niveau du point d'appui sous-ischiatique, dégageant le grand fessier et se prolongeant en externe jusqu'au niveau du trochanter ;

3° Le serrage opéré sur le moignon doit être modéré et les tours de bandes successifs ne doivent pas provoquer de bourrelets ou d'inégalités à la surface intérieure de l'emboîture
4° Un orifice doit être prévu à l'extrémité inférieure de l'emboîture et obturé par un bouchon en caoutchouc empêchant toute pénétration d'air. La partie interne de celui-ci doit être conformée spécialement pour éviter toute inégalité en creux ou en relief susceptible de traumatiser le moignon à ce niveau.
L'ensemble tubulaire représentant les segments de cuisse et de jambe, qu'il s'agisse de pièces articulées au genou ou d'un pilon rigide, doit être adapté à cette emboîture par des tours successifs de bandes plâtrées en respectant l'alignement, tant dans le plan frontal que dans le plan sagittal. Il doit pouvoir être facilement démonté pour être récupéré lors des changements d'emboîture nécessités par l'évolution du moignon.
Qu'il s'agisse de prothèse pour amputation de jambe ou pour amputation de cuisse, il est nécessaire que l'amputé, lors de sa mise en charge et au minimum pendant une semaine, soit muni de cannes avec appui anti-brachial dits Schlick ou de béquilles, afin de soulager le membre amputé. La marche pourra également s'effectuer dans les barres parallèles pendant cette période.

2.7.1.13. Dispositif pneumatique pour compenser les variations de volume des moignons

Ce dispositif est constitué par une poche pneumatique étanche disposée sur la paroi interne d'une emboîture de prothèse et munie d'une valve accessible de l'extérieure pour en régler le volume à l'aide d'une poire en caoutchouc.
Il a pour but d'assurer dans certaines limites une intimité parfaite entre le moignon et l'emboîture, lorsque celle-ci est compromise par une modification de volume du moignon. La poche incluse dans la paroi de l'emboîture permet, par son gonflage, de compenser une légère diminution de volume du moignon.
L'adaptation de ce dispositif pneumatique peut également permettre, dans le cas de moignons dont la partie distale est globulaire, de combler l'étranglement lorsque la prothèse est en place, ou, dans l'appareillage des vieillards ou des artéritiques éprouvant des difficultés à « chausser » leur prothèse, de réaliser une emboîture légèrement plus grande que nécessaire, la dilatation de la poche pneumatique par gonflage assurant, après introduction du moignon, une coaptation parfaite de l'emboîture au moignon. Il est cependant indispensable que l'adaptation soit très soigneusement réalisée, le dispositif pneumatique ne pouvant suffire à compenser les erreurs d'application.
Il est à noter que l'adjonction de ce dispositif ne peut être envisagée dans le cas de moignons très courts qui offrent une surface trop petite pour le recevoir, de moignons courts et tronçoniques, de moignons insensibles par atteinte nerveuse pour lesquels il existe des risques d'ischémie au gonflage.
Le logement du dispositif pneumatique dans l'emboîture doit être exécuté lors de la confection de l'emboîture.
À cet effet, dans les prothèses en stratifié, le dispositif est appliqué à l'extérieur du manchon en caoutchouc (dans les amputations de jambe) ou sur le moulage du moignon de cuisse et, afin que le logement soit suffisant pour permettre la dilatation ultérieure de la poche, une surépaisseur de caoutchouc de mêmes dimensions est ajoutée avant d'effectuer la stratification. Dans les prothèses en bois ou en alliage léger, le logement est usiné dans l'emboîture elle-même.
Les dimensions de la poche sont déterminées par le type de moignon. Elle est placée, dans les prothèses pour amputation de jambe, à 2 cm au-dessous du bord postérieur de l'emboîture et jusqu'à 4 cm du fond en débordant à peu près de moitié sur les faces latérales. Dans les prothèses pour amputation de cuisse, la poche est placée sur la face antéro- interne de l'emboîture, à 4 cm en dessous du bord supérieur de l'emboîture et s'arrête à 4 cm du fond.
Le tube de gonflage se place vers le haut de l'emboîture et la surface de la poche en contact avec le moignon est protégée par une peau de cheval collée sur sa périphérie sur l'emboîture seulement et légèrement distendue, ceci afin de permettre la dilatation de la poche.

2.7.1.14. Prothèse avec mécanisme hydraulique à accumulation d'énergie

Cette prothèse comprend un dispositif hydraulique à accumulation d'énergie assurant le déroulement des différentes phases de la marche et un contrôle automatique de la phase oscillante du pas.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

II permet ainsi, dans certaines limites, des variations de vitesse de la marche en assurant une décélération progressive jusqu'à l'extension complète et restitue une partie de l'énergie emmagasinée lors de la flexion.
Elle peut être indiquée pour des sujets physiologiquement jeunes, dynamiques, vigoureux pour lesquels l'esthétique de la marche est une nécessité sur le plan professionnel ou social. En raison de son poids, tout appareillage par une méthode autre que l'adhérence musculaire ou le contact est contre-indiqué; pour le même motif, elle ne convient pas aux amputés âgés et présentant un certain état de fatigabilité.
La prothèse hydraulique pour amputation de cuisse est composée de plusieurs éléments principaux :
a) Le châssis
Il forme le segment jambier sur lequel s'articule un bloc de cheville relié au bloc hydraulique par une bielle articulée qui transmet les mouvements du pied et un bloc de genou également relié au bloc hydraulique par une tête articulée vissée sur la tige du piston de genou.
b) Le bloc hydraulique
Il est solidaire du châssis par deux boulons et contre-écrous. Il est rempli en usine d'une certaine quantité d'huile spéciale, des scellés de couleur jaune sont la preuve de la garantie. Le prothésiste ne doit pas procéder à son démontage interne.
c) Le pied
Il est en bois avec une semelle et un avant-pied en caoutchouc cellulaire (airlite). Il est fixé au bloc de cheville par un écrou. En finition, il peut être soit parcheminé, soit stratifié avec du tissu de fibre de verre et de la résine.
d) Le mollet
II est moulé en mousse de caoutchouc, il recouvre le châssis tubulaire pour l'esthétique de la prothèse. Il peut être également fabriqué en matière plastique cellulaire semi-rigide (mousse de polyuréthane).
e) L'emboîture
Elle est reliée au bloc du genou au moyen d'une plaquette de fixation en contre-plaqué munie de 4 goujons et écrous, la forme du genou est donnée par une fausse calotte en bois et par une calotte terminale en plastique.
Elle peut être réalisée en bois ou en résine stratifiée.
En bois. - Elle est collée sur la plaquette de contre-plaqué ; une attelle postérieure en métal renforce la fixation, ainsi qu'une stratification de tissu de fibre de verre et de résine, enveloppant la partie terminale.
En résine stratifiée. - Elle est encastrée dans un bloc de plastique cellulaire rigide (mousse de polyuréthane), lui-même collé sur la plaquette de fixation, et renforcée également par une stratification de tissu de fibre de verre et de résine recouvrant totalement la forme extérieure de l'emboîture de la plaquette à l'assise ; l'attelle de renfort postérieure est prise entre deux couches de tissu de fibre de verre.
La forme extérieure du segment de cuisse, y compris la fausse calotte dans l'un ou l'autre cas, est habillée d'une résine stratifiée composée d'une épaisseur de tissu de fibre de verre comme renfort et d'une épaisseur de jersey de fibre synthétique pour la finition.

RÉGLAGE ET ALIGNEMENT

Réglage. - Il existe trois réglages manuels :
- Le contrôle de la cadence : agissant sur le passage du fluide, il se fait par le prothésiste durant les essais ;
- La compensation de hauteur entre les talons de différentes épaisseurs : ce réglage est fait par le prothésiste ou par l'amputé ;
- La mise à l'horizontale de la face supérieure du bloc de genou servant de plan de référence avant le montage de l'emboîture.

Alignement. - L'alignement est voisin de celui d'une prothèse conventionnelle ; toutefois, le prothésiste doit respecter certaines instructions indiquées par le constructeur.

Le châssis est fabriqué en six hauteurs différentes, le prothésiste choisira celle se rapprochant le plus de la mesure du segment jambier de l'amputé. La compensation sera faite par le segment de cuisse pour obtenir une prothèse de hauteur conforme.

2.7.1.15. Prothèse pour amputation de cuisse avec dispositif de sécurité hydraulique

Cette prothèse comporte un dispositif hydraulique permettant un contrôle automatique de la phase d'appui par blocage du genou dès l'appui du talon au sol. La flexion est alors impossible, même si le membre n'est pas en extension complète.
Un dispositif spécial à commande manuelle permet un écoulement très lent du fluide, rendant possible la descente des escaliers marche par marche. Le bloc en caoutchouc équipant l'articulation de cheville assure une souplesse de celle-ci dans tous les plans.
Cette prothèse peut être indiquée chez des sujets physiologiquement jeunes, vigoureux et dynamiques. L'emboîture peut être réalisée avec moyen de suspension ou selon les techniques d'adhérence musculaire ou de contact. Le poids de la prothèse étant un peu augmenté par le montage du dispositif hydraulique, ces deux derniers types d'emboîtures doivent être choisis de préférence. Le moignon doit être de longueur moyenne et ne pas être inférieur au niveau 1/3 supérieur, 1/3 moyen.
Elle est contre-indiquée pour des sujets âgés, à moignons courts, ou présentant une lésion ne permettant pas un effort important (artériosclérose, cardiopathie, obésité, etc ...) et pour des sujets peu soucieux de l'entretien de leurs appareils. L'esthétique au niveau de la malléole la contre-indique également pour les femmes amputées.
La prothèse fémorale à système de sécurité hydraulique se compose de :

- Une emboîture en alliage léger, en bois ou en matière plastique stratifiée ;
- Un mollet en duralumin ou en matière plastique stratifiée ;
- Un bloc hydraulique;
- Une cheville constituée par un cardan noyé dans un bloc caoutchouc ;
- Un pied en bois.
-

1 ° Emboîture et genou
La fabrication est identique à celle d'une prothèse classique réalisée dans les mêmes matériaux.
2° Mollet
Il peut être réalisé en duralumin ou en matière plastique.
3° Système de sécurité, bloc hydraulique
Les possibilités de fonctionnement sont obtenues grâce à une pompe fixée à une de ses extrémités sur le mollet et à l'autre sur l'axe solidaire de la calotte du genou.
Les deux compartiments du corps de la pompe sont remplis d'huile, la prothèse en fléchissant actionne le piston qui envoie l'huile d'un compartiment à un autre.
La commande mécanique par le talon immobilise le genou en position et interdit toute flexion.
4° Articulation de la cheville
La fixation du bloc caoutchouc sur le pied et sur le bas de la jambe doit être assurée de façon efficace pour éviter toute rotation externe ou interne du pied.
5° Le pied
Il est réalisé en bois avec semelle et bout de pied en caoutchouc.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

FONCTIONNEMENT DE LA PROTHÈSE

Un levier à portée de la main fixé sur l'emboîture permet de choisir deux modes de fonctionnement :

a) Marche normale :

La prothèse dont le genou est bloqué par appui du talon au sol se débloque automatiquement dès que cet appui est supprimé.

b) Escalier :

Le genou fléchit lentement sous le poids assurant ainsi un freinage efficace, ce qui permet de passer-la marche occupée par la prothèse.

2.7.1.16. Orthèse de maintien et de marche à attelles pneumatiques

1° Description

L'orthèse est constituée d'un vêtement en tissu synthétique inextensible en chaîne et en trame, recouvrant les membres inférieurs et tout ou partie du tronc, servant de support à des structures profilées gonflables ; l'efficacité du système devant permettre une station debout du malade et une position assise aisée.

Le vêtement se porte sur un sous-vêtement en tissu ininflammable, assurant, par ailleurs, une meilleure protection cutanée.

Pour les adultes, la première mise comporte la fourniture des éléments suivants :

- Une orthèse pneumatique ;
- Deux sous-vêtements ;
- Un compresseur;
- Une bouteille d'air comprimé (ou de CO^2) ;
- Dix capsules permettant chacune un gonflement.

Le vêtement qui laisse largement libres les zones pubienne et inguinale est muni de fermetures à glissières permettant une mise à plat totale des parties englobant les membres inférieurs et le tronc pour en faciliter la mise en place. Des dispositifs annexes par fermeture rapide facilitent l'enclenchement des parties séparables des fermetures à glissière lors de la fermeture.

Quatre bandes continues de laçage permettent une adaptation ajustée du vêtement sur les membres inférieurs et le tronc.

Les structures profilées gonflables, antérieures et postérieures sont cousues sur le vêtement et réalisées dans le même tissu que celui-ci. Elles contiennent un assemblage d'éléments pneumatiques tubulaires qui, gonflé de 2,3 bars à 2,5 bars par l'utilisateur, donne la rigidité souple qui caractérise l'orthèse.

Pour les enfants atteints de la maladie de Lobstein, la pression de gonflage est inférieure et varie suivant les cas.

Il en est de même pour les malades hémophiles pour lesquels la pression est choisie en fonction de l'effet thérapeutique recherché (immobilisation du genou, correction progressive d'un flexum réductible en simple soutien pour la marche).

Un dispositif est prévu à l'extrémité inférieure de chaque partie jambière pour permettre, d'une part, la liaison du vêtement à la chaussure et, d'autre part, la fixation d'un système releveur du pied. Deux fermetures à glissières situées sur la partie latérale interne ou externe du genou facilitent la position assise en permettant une flexion accrue du genou.

Le vêtement est fabriqué en série dans 6 tailles pour adultes, en 6 tailles pour enfants de moins de 10 ans et en 6 tailles pour enfants de plus de 10 ans. Lorsque le cas le nécessite, il peut également être confectionné sur mesure. Une étiquette apparente cousue à l'intérieur du vêtement indiquera le numéro d'immatriculation de celui-ci et la charge de CO^2 contenue dans les capsules à utiliser pour le gonflage de l'orthèse, en fonction de sa capacité.

Son application sera assurée par les orthopédistes agréés à la fois pour les orthèses du membre inférieur et du tronc.

2° Mécanique de gonflage

Pour les adultes, un bloc système distributeur permet de gonfler de 2,3 bars à 2,5 bars des profilés gonflables soit par une valve dans le cas de l'utilisation d'un compresseur ou d'une bouteille de stockage d'air comprimé ou de CO^2, soit par une tête de percussion dans le cas de l'utilisation d'une capsule de CO^2. Le dégonflage est obtenu par l'intermédiaire d'un bouton poussoir actionnant une soupape. Le système doit être conçu de telle sorte que le temps maximal de gonflage ou de dégonflage de l'orthèse n'excède pas 20 secondes (sauf en ce qui concerne le compresseur). Les dispositifs pneumatiques devront avoir satisfait à des essais de sécurité à 4 bars pendant une minute.
Les orthèses destinées aux enfants ne sont pas équipées d'un bloc système.
Celles destinées aux malades hémophiles ne peuvent utiliser les capsules de CO^2 en raison de la pression de gonflage variable suivant la rigidité du maintien à obtenir.

3° Garantie
Le fabricant s'engage à garantir les orthèses pour une durée d'un an, pour tous leurs constituants, en fonction des normes d'utilisation étudiées par ses soins.

4° Indications
a) Paraplégies de l'adulte, de l'adolescent ou de l'enfant, d'origine centrale ou périphérique, sans escarres importantes ;
b) Maladie de Lobstein.
Lorsqu'il y a absence de déformation importante, une orthèse de série pourra être prescrite ; dans le cas contraire et si le port d'un tel type d'orthèse est justifié médicalement, une orthèse sur mesure pourra être attribuée.
c)Hémophilie.

2.7.1.17. Orthèse modulaire de maintien et de marche

2.7.1.17.1. Généralités

Cette orthèse est constituée d'une série de modules séparables en tissu synthétique enveloppant chacun un segment du membre inférieur ou du tronc et auquel est solidarisé un squelette métallique, adapté au profil des segments corporels, par un système pneumatique. Elle se porte sur un sous-vêtement en tissu de coton assurant la protection cutanée.
La conception modulaire permet de réaliser, selon la nécessité, des orthèses des types OI 39 (en liaison avec une chaussure particulière confectionnée en série), OI 93, OI 96, OI 36.
Cette orthèse peut être attribuée dans les cas :
- D'atteinte paralytique d'un ou des membres inférieurs de l'adulte et de l'enfant (paralysie, poliomyélites) ;
- De malade de Lobstein ;
- D'atteintes monoarticulaires dégénératives neurologiques ou traumatiques (hanche et genou) des membres inférieurs nécessitant un blocage passif.

Elle ne peut être distribuée et adaptée que par des fournisseurs agréés à la fois pour la fourniture des orthèses du membre inférieur et du tronc.

La première mise comporte la fourniture des éléments suivants :
- Une orthèse modulaire ;

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

- Un compresseur;
- Éventuellement, une paire de chaussures (homme ou femme ou enfant).

2.7.1.17.2. Orthèse modulaire

L'orthèse est constituée de modules de deux catégories :
a)Modules mécaniques;
b)Modules de support.

Elle est complétée par l'adaptation d'une paire de chaussures spécialement conçues à cet effet.

2.7.1.17.2.1. Modules mécaniques

Il existe trois modules différents :
a) Module du tronc comprenant 2 broches courtes de longueur standard, 3 broches de longueur variable selon la longueur du module de support, liées à la partie supérieure de l'articulation de hanche ;
b) Module de cuisse comprenant 4 broches courtes de longueur standard, 3 broches de longueur variable selon la longueur du module de support, liées à la partie inférieure de l'articulation de hanche et, si l'orthèse s'étend au segment de jambe, à la partie supérieure de l'articulation de genou ;
c)Module de jambe comprenant 3 broches de longueur variable selon la longueur du module de support, liées à la partie inférieure de l'articulation de genou. Les broches sont en acier rond de 6 mm de diamètre pour le module de tronc et de jambe, 7 mm pour la cuisse.
Les pièces articulaires sont composées d'une chape en alliage léger, d'un axe autour duquel pivote un bras en acier et d'un verrou également en acier.

2.7.1.17.2.2. Modules de support

Ces modules sont au nombre de quatre :
- module de corset,
- module de ceinture abdominale;
- module de cuisse,
- module de jambe.

Ces modules sont constitués par une bande enveloppante en tissu inextensible (polyamide 66) munie de sangles de réglage reliées à des boucles coulissantes, équipée latéralement d'une fermeture à glissière permettant la mise à plat.

La bande de tissu est doublée d'une seconde bande et, entre ces deux épaisseurs, sont disposées des gaines verticales recevant les broches des modules mécaniques et des gaines gonflables destinées après gonflage à 1,5 ou 2 bars à immobiliser les pièces métalliques dans la position correspondant à la morphologie du sujet appareillé.

Les modules sont fabriqués industriellement en série dans 5 tailles pour l'adulte, 8 tailles pour les enfants de moins de 12 ans et 5 tailles pour les enfants au-dessus de 12 ans.

2.7.1.17.2.3. Mise en pression des orthèses

Toutes les structures pneumatiques sont équipées de valves de gonflement standard dotées d'un anti-retour qui permet de gonfler celles-ci à 2 bars. Le gonflement sera exclusivement assuré par un compresseur livré avec l'orthèse.

Le dégonflement est obtenu par l'intermédiaire de l'anti-retour par contact du doigt.

Pour les fragilités osseuses chez l'enfant, la pression de gonflement est inférieure et variable d'un sujet à 'autre.

La structure composite de chaque module devra avoir satisfait à des essais de sécurité à 3 bars et été immergée dans l'eau pendant 2 minutes.

2.7.1.17.2.4. Garantie

Le fabricant s'engage à garantir les modules constituant une orthèse pour une durée d'un an en fonction des normes d'utilisation étudiées par ses soins.

2.7.1.17.2.5. Dispositifs amovibles de correction pour orthèses modulaires

Dispositif anti-flexum des hanches (AI 1 T 01)

Ce dispositif se présente sous la forme d'une sangle d'une largeur de 40 mm élargie sur sa partie centrale afin d'augmenter sa surface ; une boucle à chaque extrémité est prévue pour régler la tension de correction ; chaque extrémité s'enroule autour des verrous de l'orthèse ; la partie dorsale est maintenue en place grâce à une patte velcro.
La correction et le maintien du flexum sont obtenus au moyen des boucles ; la tension exercée se répercute sur la partie la plus large de la sangle qui crée alors une poussée sur le sacrum de l'utilisateur.

Dispositif anti-flexum des genoux (AI 4 T 01)

Ce dispositif est composé de 2 barrettes munies de tétons et qui prennent place sur le verrou du genou dans les logements prévus à cet effet :
- Une barrette disposée vers l'avant du verrou ;
- Une barrette disposée vers l'arrière du verrou.

La barrette avant réunie 2 bandes sur la distance de recouvrement de la rotule du genou ; sur la partie inférieure de celle-ci, une pince ainsi qu'une sangle maintenue en tension autorisent le logement du genou.
Ces 2 bandes sont recouvertes de ruban velcro, type velours sur une face, type velcro crochets sur l'autre face. Après positionnement des 2 barrettes sur le verrou, l'on enroule en tension à l'aide du dispositif velcro le genou en passant par-dessus les barrettes et l'on obtient le blocage de la rotule du genou en évitant d'éventuelles rotations internes ou externes.
Les forces constantes, créées par la mise en charge du poids du corps au niveau des rotules des genoux bloquées par le dispositif, entraînent une ouverture d'amplitude.

Dispositif de correction du pied (AI 7 T 01)

Ce dispositif se compose d'une tige d'acier qui se fixe au niveau du verrou par 2 tétons équipés d'une vis à blocage manuel.

Le prolongement vers le bas suit la forme de la structure pneumatique et de la chaussure pour se fixer dans celle-ci suivant un angle droit dans un tube transversal fixé sur une plaque d'acier incluse entre la semelle et le talon de la chaussure.
Le rôle du dispositif est de corriger l'attitude vicieuse du pied en maintenant la chaussure qui, à son tour, prendra le pied en charge suivant un plan de correction.

2.7.1.17.3. Chaussure de série

C'est une chaussure de série industrielle, conçue pour appareiller, en complément de l'orthèse, les personnes dont l'état clinique au niveau du pied ne nécessite pas l'attribution d'une chaussure orthopédique. Cette chaussure permet le port efficace et confortable d'une semelle de correction plantaire prescrite par le médecin et réalisée sur mesure par un orthopédiste.
Elle porte sur la tige côtés externe et interne une patte textile permettant l'accrochage de l'élément adhérent solidaire du module de jambe afin d'assurer la liaison et le maintien en place de l'orthèse modulaire.

Conditions techniques de fabrication

a) Tige

La tige haute est du type Derby sans bout rapporté pour le modèle « homme » et avec bout rapporté pour le modèle « femme » .
Elle comporte, en combinaison, une ouverture avant équipée d'un laçage sur des crochets à la partie supérieure de la tige et des oeillets ronds à la partie inférieure qui permet de régler la chaussure à la forme du pied et une ouverture arrière équipée d'une fermeture à glissière qui permet l'introduction du pied dans la chaussure. Ces deux ouvertures sont complétées chacune par une languette ; la languette antérieure est maintenue par le laçage qui pénètre dans un anneau situé à la partie haute et la languette postérieure, renforcée à sa partie basse, est capitonnée.
La tige pour le modèle « homme » est en vachette pleine fleur, assez souple, doublée de peau de porc tannée au chrome et pour le modèle « femme » associée à une peausserie velours. Une mousse de latex de 3 mm est placée entre la doublure et la tige au niveau des quartiers et de la claque. Les quartiers comportent des éléments renforçateurs bilatéraux, souples et indéformables entourant les malléoles et pris dans une doublure supplémentaire et un synderme de 1 mm d'épaisseur.
L'avant de la chaussure, suffisamment large pour s'assurer le confort au niveau des orteils, est renforcé par un bout synthétique. Trois anneaux sont fixés au niveau du départ du laçage pour permettre la mise en place d'un releveur de pied.
Le contrefort en deux parties, de chaque côté de la fermeture à glissière, est en synderme de 1 mm d'épaisseur.
Une première mobile en collet cylindré souple de 2 mm, piqué avec un ensemble mousse et doublure porc, est ajoutée dans la chaussure. L'ensemble tige et semelage est assemblé par le procédé de fabrication soudée.

b) Semelage

La semelle première est un composite de collet de 5 mm renforcé à l'arrière d'un carton -fibre prégalbé et renforcé par un cambrion acier nervuré.
La lisse débordante comporte une fausse trépointe en cuir de 3 mm d'épaisseur.
La semelle au sol est en micro-cellulaire anti-dérapant. Son épaisseur est de 6 mm pour les pointures « enfant » et de 8 mm pour les tailles adulte ».
Le talon, exclusivement baraquette, est composé de sous-bouts en micro-cellulaire. La dénivellation est d'au moins 15 mm dans les modèles « enfant » et d'au moins 30 mm dans les modèles « adulte ». L'angle arrière du talon est abattu pour faciliter le passage de la position assise à la position debout et inversement.

2.7.1.18. Emboîtures de contact pour les prothèses du membre supérieur

Les prothèses du membre supérieur, qu'il s'agisse de prothèses pour amputation de bras ou d'avant-bras, peuvent être réalisées avec une emboîture de contact.
Ce type d'emboîture doit être rendu solidaire d'une façon aussi parfaite que possible avec le moignon en s'opposant aux mouvements de pompage et de rotation.

Il doit être exécuté d'après un moulage « orienté » faisant ressortir les appuis préférentiels et donnant une forme particulière assurant une coaptation correcte de l'emboîture au moignon y compris à son extrémité distale.
Dans les amputations hautes de bras, le moulage peut déprimer le creux axillaire afin d'augmenter la longueur de la face interne du moignon insérée dans l'emboîture. Les tendons du grand pectoral et du grand dorsal seront dégagés pour laisser libres les mouvements résiduels du moignon. La partie supérieure du bras devra être suffisamment dégagée par l'emboîture pour permettre l'abduction. Dans le cas où le moignon de bras sera de longueur suffisante, l'emboîture pourra ne pas atteindre le creux axillaire.
Dans les amputations d'avant-bras, un accrochage sur la saillie olécranienne est nécessaire dans les moignons courts. Un contre-appui antérieur réalisé de chaque côté du tendon bicipital assure une solidarisation convenable de l'emboîture au moignon. La forme de l'emboîture à ce niveau devra dégager suffisamment le trajet du tendon bicipital pour ne pas trop limiter la flexion du coude.
Dans les moignons plus longs, la pronosupination doit être conservée et l'adaptation parfaite de l'extrémité distale de l'emboîture doit être réalisée afin d'assurer un contrôle maximal du mouvement.
L'emboîture de contact peut être exécutée avec ou sans manchon souple. Elle est réalisée en résine synthétique stratifiée et doit répondre aux exigences du cahier des charges particulier à ce matériau.
Lorsqu'elle est exécutée sans manchon intermédiaire, un orifice obturé est aménagé à son extrémité inférieure. Une valve peut être prévue en adjonction. L'emboîture peut également comporter un dispositif pneumatique situé sauf cas particuliers sur sa paroi postéro -interne dans les amputations du bras et sur sa paroi antéro -interne dans les amputations d'avant-bras.

2.7.1.19. Prothèse tubulaire du membre inférieur

La conception de l'appareillage tubulaire permet de réaliser des prothèses réglables, faciles à construire et à aligner, susceptibles d'apporter une amélioration sur le plan esthétique par les revêtements en matière plastique expansée souple qui recouvrent le squelette tubulaire.
Ces appareillages doivent répondre aux caractéristiques suivantes afin de permettre une unification des diverses fabrications, et notamment une complète interchangeabilité des dispositifs.

Quel que soit le niveau d'amputation, les prothèses tubulaires doivent permettre :
Le réglage de l'orientation axiale du pied ;
Le réglage de l'équinisme du pied en fonction de la hauteur du talon ;
Le réglage de la position de l'emboîture par rapport à l'axe de la prothèse ;
Le réglage de translation latérale et antéro-postérieure de l'emboîture par rapport à l'axe de la prothèse,
Le réglage de la hauteur du sol au genou et (pour les amputations de cuisse) de la hauteur du genou à l'ischion.

Pour aboutir à ces résultats, les prothèses comportent une emboîture fermée à son extrémité inférieure sur laquelle s'adapte le dispositif tubulaire prothétique terminé à sa base par un pied soit articulé avec amortisseur arrière et butée avant, soit monté sur bloc de caoutchouc, soit sans articulation de cheville avec coin talonnier de souplesse variable, soit souple avec âme en plastique et coin talonnier ; dans les prothèses pour amputation de cuisse, le dispositif tubulaire comporte un genou articulé soit à axe simple, soit à biellettes, soit à engrenages, soit à came.

La liaison au tube de l'emboîture et des diverses pièces constitutives est assurée par des dispositifs mécaniques agissant soit par expansion, soit par serrage concentrique de telle sorte que l'ensemble, tout en étant solidarisé efficacement, permette les différents réglages énumérés plus haut.

Les cotes unifiées de ces différentes pièces sont les suivantes :
Tubes : Trois diamètres peuvent être utilisés, à savoir : 25 x 2, 30 x 2 et 35 x 2.
Ils sont en alliage léger et répondent à la norme Afnor au 4 G ou A Z 4 G. Lorsque les pièces de jonctions à l'emboîture au genou ou au pied le nécessitent, des dispositifs particuliers d'adaptation doivent être prévus pour permettre le passage éventuel d'un diamètre à un autre. Les alliages utilisés devront être susceptibles de recevoir un traitement d'anodisation dure afin d'éviter tout risque d'oxydation ultérieure.
Visserie ou pièces filetées : La visserie utilisée doit répondre à la norme I. S. O. (N F-E 03 013).
Les diamètres recommandés pour les vis de montage des divers dispositifs ou pour des pièces filetées sont les suivantes :
M6 (6 x 100);
M 8 (8 x 125).
Les vis ou pièces filetées doivent être en acier traité à 80 kg.

2.7.1.20. Prothèse modulaire

La particularité de la prothèse modulaire tient à l'interchangeabilité de toutes les parties la composant.

Le prothésiste peut ainsi choisir, en fonction de la prescription médicale et à partir d'un stock de pièces, celles qui conviennent le mieux pour construire la prothèse dans les meilleures conditions.

En cours d'adaptation et après livraison de la prothèse sur nouvelle prescription médicale et dans un but d'amélioration fonctionnelle, le changement d'un dispositif mécanique peut être envisagé sans modification des autres parties constitutives.

La prothèse modulaire pour amputation de cuisse est composée de plusieurs éléments principaux :
a) Une emboîture avec ou sans dispositif d'alignement ;
b) Un genou ;
c) Un châssis ;
d) Un rappel de segment jambier ;
e) Un pied avec élément de fixation ou un quillon ;
f) Un mollet esthétique.

a) L'emboîture
Elle peut être conventionnelle, à adhérence musculaire ou de contact. Elle est fixée au bloc de genou de deux façons différentes :
- Directement sur la plaque interface au moyen de 4 vis ayant un entre -axe standard (dans les cas de moignon long ou lorsque la prothèse doit être allégée) ;
- Par l'intermédiaire d'un dispositif de recherche d'alignement permettant les réglages en translation et en angulation.

Cette emboîture peut être fabriquée en : Alliage léger;
Stratifié de polyester ; Bois.
Les emboîtures en alliage léger et en stratifié sont fixées sur 3 attelles en alliage léger reliées à une coupelle terminale.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Les attelles doivent être rivées dans la mesure du possible à l'intérieur de cette coupelle et obligatoirement l'une des 3 attelles doit être placée sur la face antérieure de l'emboîture. La finition de l'emboîture en alliage léger est identique à celle d'une prothèse classique en alliage léger.
L'emboîture en stratifié de polyester est, après le rivetage des attelles, stratifiée d'une épaisseur de jersey de fibre synthétique pour la finition.
L'emboîture en bois est directement collée sur un fond en contreplaqué. Ce collage est renforcé au moyen d'une stratification de tissu de fibre de verre et de résine enveloppant la partie terminale. Pour la finition extérieure, l'emboîture est habillée d'une résine stratifiée de tissu de fibre de verre et d'une épaisseur de jersey de fibre synthétique.

b) Genoux

Il existe quatre genoux de conception différente qui offrent chacun plusieurs possibilités :
Genou à axe simple :
Ce genou offre quatre possibilités : Mécanisme à articulation libre;
Mécanisme à articulation libre, avec système de friction réglable sur le tambour ; Mécanisme à verrou facultatif avec ou sans système de friction réglable sur le tambour ;
Mécanisme avec verrou à enclenchement automatique lors de l'extension du segment jambier, sans système de friction réglable sur le tambour, pour amputé âgé.
Genou de hauteur réduite à axe simple :
Ce genou est réservé à l'appareillage des moignons très longs.
Genou à frein stabilisateur :
Ce système permet un blocage instantané et effcace de l'articulation dès qu'une pression est exercée sur l'emboîture.
Pour tous ces genoux :
La liaison de l'axe sur le châssis du mollet est standard ;
Les mécanismes de genou sont protégés par une calotte en alliage léger ;
La limitation à l'extension est réalisé par un cheick confectionné en fil de térylène inextensible ; Le réglage à l'extension est obtenu par une poulie excentrée fixée à partie postérieure du bloc.
Genou à biellettes :
Il est constitué par un bloc supérieur et un bloc inférieur, reliés par deux paires de biellettes, permettant la flexion libre tout en assurant automatiquement la rigidité du genou en extension.

c) Châssis
Pour les genoux à axe simple, l'axe est solidarisé au châssis par deux vis axes.
Des annelures horizontales usinées sur les oreilles du châssis et sur les extrémités de l'axe provoquent le clavotage de l'ensemble.
Au niveau supérieur et à la partie postérieure du châssis est fixée une vis poulie qui reçoit l'une des extrémités du cheick limitant l'extension. A sa base, et dans le plan frontal, un axe transversal sert de fixation articulée aux différents systèmes de rappel du segment jambier.
Le châssis, comme le bloc inférieur du genou à biellettes est terminé par une douille recevant le tube de diamètre 30 en alliage léger qui le relie au pied. Ce tube est solidarisé au châssis par une vis pointeau lors de l'essayage pour permettre une modification de son orientation et par 2 goupilles élastiques après la finition.
Une douille réductrice autorise l'adaptation d'un tube de diamètre 25.

d) Mécanisme de rappel du segment jambier et de contrôle de la phase pendulaire

Le rappel à l'extension du segment jambier dans les genoux à axe simple est obtenu par un système à ressort composé d'un piston articulé à la partie postérieure du bloc de genou et prenant appui à son autre extrémité sur un ressort placé en butée sur une tête, articulée sur un axe, solidaire de la base du châssis. Ce ressort se fait en trois résistance pour permettre la modification de la force de rappel du segment jambier.
Dans certains cas, ce rappel mécanique est supprimé et remplacé par un bloc de contrôle pneumatique ou hydraulique contrôlant la phase pendulaire, la flexion et l'extension du segment jambier.

e) Pied avec l'élément de fixation
Quatre possibilités existent :
1 ° La prothèse est montée sur un pied rigide à coin talonnier de souplesse variable. La liaison au tube est réalisée soit :
- Par une base rigide. Deux vis à bois suppriment la rotation de cette base rigide sur le pied. Une vis centrale traversant le pied solidarise celui-ci avec la base ;
- Par une base articulée dans le plan sagittal. Elle autorise un réglage en équin ou en talus du pied. Sa fixation sur lé pied est identique à celle de la base rigide.

2° La prothèse est montée sur un pied souple avec âme en matière plastique. Une base rigide assurant la liaison avec le tube autorise un réglage de translation.
3 ° La prothèse est montée avec un pied articulé ; le tube vient s'insérer dans une douille solidaire de la base malléolaire. Une vis centrale traversant cette base permet le blocage sur le tube. Un fourreau en T avec bagues plastiques assure la liaison et l'articulation du pied sur la base malléolaire, le pied comportant un amortisseur AR et une butée AV.
4° La prothèse est montée avec un pied en feutre, en caoutchouc ou en matière plastique comportant un ensemble de cheville spécial.
Le tube s'insère dans une douille supérieure et est bloqué par une vis à 6 pans creux.

f) Mollet esthétique
Il est réalisé en matière plastique cellulaire semi-rigide ou, éventuellement, en résine stratifiée.

Présentation et finition
La forme esthétique de la cuisse est donnée, à partir du bord supérieur de la calotte du genou, par un revêtement démontable en matière plastique cellulaire semi-rigide.
Le segment jambier et le segment fémoral sont recouverts d'un bas améliorant l'esthétique.

2.7.1.21. Grand appareil de marche articulé au genou avec attelle monotubulaire

II est constitué par une attelle tubulaire placée à la face externe du membre atteint (paralysé ou déformé).

Il comprend :
- Une embrasse supérieure ou fémorale, placée à la partie postérieure de la cuisse ;
- Un montant de cuisse tubulaire,
- Une articulation de genou, avec ou sans verrou ;
- Un montant de jambe tubulaire et télescopique,
- Une embrasse inférieure ou tibiale et une coque en plastique, capitonnée ou non, placées à la face antérieure du genou et de la jambe. Elle comprend un appui rotulien et sous-rotulien ;

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

- Un tourillon ;
- Un tube pouvant recevoir le tourillon, solidaire d'une demi -semelle métallique, le tout incorporé dans la semelle de la chaussure.

Cet appareil peut comprendre des adjonctions :
- Des butées antérieures ou postérieures au niveau du tourillon. Ces butées peuvent être fixes, mobiles ou réglables ;
- Une pièce de hanche, avec ou sans verrou, et à 2 centres articulaires ;
- Une ceinture métallique, antérieure ou postérieure ;
- Une ceinture ou un corset en cuir ou en polyéthylène, de hauteur variable selon la lésion appareillée.

Ces appareils doivent répondre aux conditions générales du cahier des charges. Ils doivent, en outre, respecter les caractéristiques particulières indiquées ci-après :

Montant de cuisse :
Pour les adultes : tube diamètre 18 x 1 mm en acier étiré et calibré sans soudure (symbole Afnor A 48003, tolérance de précision) ;
Pour les adolescents : tube de diamètre 16 x 1 mm en acier étiré et calibré sans soudure (symbole Afnor A 48003, tolérance de précision) ; Pour les enfants : tube de diamètre 14 x 1 mm en acier étiré et calibré sans soudure (symbole Afnor A 48003, tolérance de précision).

Montant de jambe :
Il est composé de deux tubes télescopiques. Le tube supérieur a les mêmes caractéristiques que le tube employé pour le montant de cuisse.
Le tube inférieur est de diamètre 12 x 1 mm en acier étiré et calibré sans soudure (symbole Afnor A 48003, tolérance de précision).
Les manchons réducteurs sont de même qualité et de dimensions intermédiaires. Ils sont brasés sur le tube supérieur.
La partie haute du tube inférieur (diamètre 12 mm) comprend un ressort, brasé à l'étain, réalisé en corde à piano de diamètre 25/10 ou 20/10, suivant les modèles (adultes, adolescents, enfants).
La partie basse du tube inférieur (diamètre 12 mm) comprend un tourillon fixé au tube par un blocage à cône d'expansion. Les dimensions de ce tourillon sont de diamètre 9, 8, 7 ou 6 mm, suivant les modèles (adultes, adolescents, enfants). Il est réalisé en. acier inoxydable et comporte une gorge dans laquelle viendra se placer une bille.
Sur la demi -semelle métallique est fixé le tube de diamètre intérieur 9, 8, 7 ou 6 mm (suivant les modèles) et à sa partie postérieure un dispositif à bille, réglable, poussé par un ressort évitant l'éjection inopinée du tourillon. Le tout est réalisé en acier inoxydable.
L'articulation du genou est une articulation à chapes avec ou sans verrou de type Hofia. Cette articulation se solidarise aux tubes par des cônes d'expansion.
Des noix permettent de solidariser les embrasses aux tubes. Elles ont la forme de manchons ouverts, dont la circonférence réglable permet à l'aide de vis d'assurer un blocage en position.
Les embrasses réalisées en tôle de 30 mm ou 20/10 d'épaisseur, suivant les modèles, sont fixées sur les noix par 5 vis.
Les articulations (de genou ou de hanche), les noix, les embrasses métalliques sont en alliage léger (symbole Afnor AU 4 G).
Ces pièces sont réalisées sous trois dimensions suivant les modèles (adultes, adolescents, enfants).

L'embrasse fémorale de 60 à 80 mm de large est capitonnée et garnie.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Une coque plastique réalisée en polyéthylène ou en stratifié est solidarisée à l'embrasse tibiale par des rivets. Elle est fabriquée à partir d'un moulage qui répond aux caractéristiques des moulages des moignons tibiaux (PTS-KBM). Un capitonnage confectionné selon la technique utilisée pour les manchons des prothèses de contact pour amputation de jambe peut
être ajouté à l'intérieur de la coque.
Cette embrasse est fermée par bandes textiles adhérentes.

Les adjonctions :

Les butées : les butées fixes sont fabriquées en acier inoxydable. Elles peuvent être antérieures ou postérieures. Des dispositifs élastiques de limitation de mouvement inclus dans l'articulation, ou des butées excentriques réglables, peuvent être ajoutés.

La pièce de hanche : c'est une articulation biaxiale à chapes, avec ou sans verrou. Elle se solidarise aux tubes par des cônes d'expansion.

La ceinture métallique : galbée, de 80 à 60 mm de hauteur, elle est réalisée en tôle d'alliage léger de 4 mm d'épaisseur. Elle se place devant l'abdomen et est solidarisée aux pièces de hanche par deux « silent blocs » assurant un jeu articulaire non physiologique. Elle est recouverte de mousse et de peau et n'est utilisée que pour les paralysies bilatérales.

Les ceintures ou les corsets, solidarisés à l'articulation de hanche par un système approprié, répondent aux caractéristiques classiques du cahier des charges.

2.7.1.22. Annexe I. - Prothèse avec genou à blocage automatique pour amputation de cuisse

Cette prothèse comporte un genou avec blocage automatique agissant sous l'action du poids de l'amputé.
Elle peut être réalisée soit avec une emboîture conventionnelle et moyen de suspension, soit avec une emboîture à adhérence musculaire, soit enfin avec une emboîture de contact. La prothèse avec genou à blocage automatique se compose de plusieurs éléments principaux :
A. Un pied avec ou sans articulation mécanique ;
B. Un mollet en bois;
C. Un genou avec un mécanisme assurant automatiquement un blocage en charge;
D. Un rappel de segment jambier ;
E. Une emboîture.

A.PIED
La prothèse peut être montée avec trois types de pieds différents :
a)Pied articulé ;
b)Pied en caoutchouc ou matière plastique avec coin talonnier de souplesse variable ;
c)Pied en feutre, caoutchouc ou matière plastique avec ensemble de cheville spécial.

B.MOLLET
Le mollet est en bois évidé renforcé extérieurement par un parcheminage soigné ou par un revêtement en stratifié de polyester teinté dans la masse.

Il reçoit à sa base une malléole dans le cas où la prothèse est réalisée avec un pied articulé. Dans le cas d'utilisation du pied en caoutchouc ou en matière plastique avec coin talonnier de souplesse variable, celui-ci est fixé à l'extrémité inférieure du mollet par vissage et collage.
La base du mollet en bois peut être remplacée par un tube dont la jonction est faite par l'intermédiaire d'un croisillon et qui reçoit un pied en feutre, en caoutchouc ou en matière plastique avec ensemble de cheville spécial. Cette construction particulière fait l'objet d'une adjonction A I 6 Z 01.
À la partie supérieure du mollet sont encastrés deux petits montants latéraux avec têtes, cannelées ou non, qui reçoivent l'axe de genou.

C.GENOU
Le genou en bois comporte un mécanisme à double articulation qui assure automatiquement le blocage de l'articulation en charge. Ce mécanisme est constitué par un axe d'oscillation antérieur, deux paliers et soit une mâchoire, soit deux segments coniques, l'un mâle recouvert de cuir et l'autre femelle.
Le principe du blocage est le suivant : en charge, le genou bascule autour de l'axe d'oscillation et vient agir sur la mâchoire qui se referme sur l'axe d'articulation ou sur les segments coniques qui entrent en contact. Lorsque la prothèse n'est plus en charge, la mâchoire libère l'axe d'articulation ou les deux segments coniques s'écartent et le segment jambier redevient libre.
Deux réglages indépendants accessibles à l'amputé permettent de modifier, d'une part, le degré de blocage de l'articulation et, d'autre part, la souplesse du genou.
L'assemblage du genou avec le mollet se fait soit par l'intermédiaire de cannelures et de deux vis qui immobilisent l'axe du genou sur les montants latéraux, soit par un axe transversal solidarisé aux petits montants latéraux de mollet.

D.RAPPEL DU SEGMENT JAMBIER
Le rappel à l'extension s'articule, à sa partie supérieure, sur un axe situé dans le genou et, à sa partie inférieure, sur un axe placé dans le mollet. Ce dispositif permet le réglage de la force de rappel à l'extension par l'intermédiaire d'un écrou qui agit sur la compression du ressort de rappel et, éventuellement, le réglage de la flexion ou de l'extension de l'emboîture par la modification de la longueur du dispositif de rappel.

E.EMBOÎTURE
L'emboîture peut être réalisée :
En bois : Elle est collée sur le bloc de genou et l'ensemble est renforcé par un parcheminage soigné ou par un stratifié de polyester.
En stratifié de polyester : La base est incluse dans un bloc de bois ou de plastique, lui-même solidarisé au genou, l'ensemble étant recouvert des dernières couches de stratification.

2.7.1.23. Annexe II. - Prothèse avec rappel hydraulique pour amputation de cuisse

Cette prothèse est composée de plusieurs éléments principaux :
A.-Un pied avec ou sans articulation mécanique ;
B.-Un châssis avec son tube de liaison au pied ;
C.- Un bloc hydraulique ;
D.-Un mollet esthétique;
E.-Une emboîture.

A.- PIED AVEC L'ÉLÉMENT DE FIXATION
Tous les types de pied utilisables dans les prothèses tubulaires ou modulaires peuvent être adaptés sur cette prothèse.

B.- CHÂSSIS
Entièrement en alliage léger, il forme le segment jambier sur lequel s'articule un bloc de genou.
Il reçoit à sa base un tube assurant la jonction avec le pied. Ce tube doit répondre aux caractéristiques indiquées pour les prothèses tubulaires.

C.- BLOC HYDRAULIQUE
Celui-ci, solidaire du châssis par un axe à sa partie inférieure et du bloc de genou par une tête articulée, est interchangeable. Il permet par une vanne située sur sa face postérieure un contrôle de la cadence à la marche. Un bouton vert placé vers le haut permet un contrôle de rappel à l'extension et limite la flexion du segment jambier de la phase pendulaire.

D.- MOLLET
Réalisé en mousse servi-rigide de polyuréthane, il recouvre le châssis pour assurer l'esthétique de la prothèse. Un bas tissé recouvre le mollet.

E.- EMBOÎTURE
Elle est reliée au bloc de genou au moyen d'un plancher de fixation en bois, muni de 4 goujons et écrous. La forme du genou est donnée par une fausse calotte en bois et par une calotte terminale en plastique.
L'emboîture peut être conventionnelle, à adhérence musculaire ou de contact. Elle peut être réalisée en bois ou en stratifié de polyester :
En bois : elle est collée sur le plancher de fixation et un renforcement par parcheminage ou par stratification est effectué sur l'ensemble.
En stratifié : elle est encastrée dans un bloc de bois ou de plastique cellulaire, lui-même collé sur le plancher de fixation et l'ensemble est recouvert par les dernières couches de stratification.
Le mode de fixation de l'emboîture, identique à celui utilisé dans la prothèse avec mécanisme hydraulique à accumulation d'énergie, permet d'interchanger les deux dispositifs sans aucune transformation ni modification d'alignement.

2.7.1.24. Annexe III. - Prothèse avec genou de sécurité pour amputation de cuisse

Cette prothèse comporte un genou de sécurité assurant un blocage de l'articulation lors de la mise en charge de l'amputé.
Elle peut être réalisée soit avec une emboîture conventionnelle et moyen de suspension, soit avec une emboîture à adhérence musculaire, soit enfin avec une emboîture de contact.
La prothèse se compose des éléments suivants :
A.Un pied avec ou sans articulation mécanique;
B.Un segment de jambe tubulaire avec son revêtement esthétique ;
C.Un genou avec un mécanisme de blocage automatique à la mise en charge et un dispositif de rappel du segment jambier ;
D.Une emboîture.

A.- PIED
La prothèse peut être montée avec les types de pieds utilisables sur les prothèses tubulaires, à savoir :
Le pied en caoutchouc ou en matière plastique avec partie talonnière de souplesse variable;
Le pied en feutre, caoutchouc ou matière plastique monté sur un ensemble de cheville spécial ;

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Le pied articulé avec semelle caoutchouc.

B.- SEGMENT DE JAMBE TUBULAIRE
Le segment de jambe est constitué par un tube dont le diamètre de 30 mm correspond à l'un de ceux prévus pour les tubes des prothèses tubulaires et à l'extrémité supérieure duquel est fixée par mâchoire à serrage la partie inférieure du genou.
Un revêtement en matière plastique cellulaire expansée reproduit la morphologie du segment de membre.

C.- GENOU AVEC MECANISME DE BLOCAGE
Le genou est constitué de deux parties articulées entre elles par un axe en acier.
La partie inférieure en alliage léger traité forme une chape à l'intérieur de laquelle pivote un disque en matière plastique lié par une coulisse en queue d'aronde à un plateau pour former la partie supérieure du genou.
La fixation s'effectue par l'intermédiaire de vis permettant un réglage de translation dans le plan frontal et le plan sagittal et de rotation axiale.
Le mécanisme de blocage est constitué par une courroie solidaire du disque central de genou qui pénètre dans la partie inférieure du genou et se prolonge à l'intérieur du tube jambier à l'extrémité inférieure duquel elle est fixée par l'intermédiaire d'une pièce élastique réglable. Sur cette courroie s'applique un levier de blocage qui bascule lors de la mise en charge de la prothèse et agit sur un sabot pour immobiliser la courroie, donc le genou.
Deux réglages sont prévus qui permettent de faire varier, d'une part, le seuil de blocage du genou et, d'autre part, la vitesse de rappel à l'extension.

D.- EMBOÎTURE
L'emboîture est réalisée en bois, en stratifié de polyester, en alliage léger ou en cuir.
La partie inférieure des emboîtures bois, stratifié de polyester ou alliage léger est incluse dans un cône en alliage léger et solidarisée à celui-ci par stratification ou par soudure. Pour l'emboîture cuir, deux montants latéraux sont rivés sur le cône de raccordement pour constituer, avec l'embrasse sous-ischiatique, l'armature de l'emboîture.
Dans tous les cas, la base plane du cône est fixée par boulons sur le plateau de la partie supérieure de genou.
Une calotte de genou en matière plastique expansée est adaptée à l'extrémité inférieure du segment de cuisse afin d'assurer l'aspect esthétique de la prothèse en flexion.

2.7.1.25. Annexe IV. - Prothèse avec genou à barres

Cette prothèse permet d'appareiller les désarticulations du genou ou les moignons de cuisse très longs.

Elle est composée de plusieurs éléments principaux :
A.Un pied avec ou sans articulation mécanique;
B Un châssis avec son tube de liaison au pied ;
C Un genou à barres avec son dispositif de rappel ;
D Un revêtement esthétique;
E Une emboîture.

A.- PIED

Tous les types de pieds utilisables dans les prothèses tubulaires ou modulaires peuvent être adaptés sur cette prothèse.

B.- CHÂSSIS

Réalisé en alliage léger, il forme la partie supérieure du segment jambier sur laquelle s'articule le genou. Il reçoit à sa base le tube assurant la jonction avec le pied. Ce tube doit répondre aux caractéristiques indiquées pour les prothèses tubulaires.

C.- GENOU A BARRES

Le dispositif articulaire de genou peut être réalisé en deux versions :

a) Genou à trois barres avec rappel mécanique ou hydraulique

Il comporte une double articulation reliée par trois barres (2 antérieures et 1 postérieure) permettant la flexion libre tout en assurant automatiquement le blocage du genou en extension. La position des centres mécaniques est telle que la flexion s'effectue à partir d'une série de centres instantanés de rotation, ce qui provoque le raccourcissement du segment jambier au cours de la marche. Le genou est muni d'un ressort de rappel à l'extension dont la force est réglable au moyen d'un écrou.
Le dispositif de rappel mécanique peut être remplacé (en adjonction) par un bloc hydraulique permettant un contrôle de la cadence de la marche grâce à une vanne située sur sa face postérieure. Un bouton de réglage permet le contrôle du rappel à l'extension et limite la flexion du segment jambier lors de la phase pendulaire.
La partie inférieure du dispositif de rappel mécanique ou hydraulique est solidaire du châssis par un axe alors que la partie supérieure comporte une tête articulée sur la bielle postérieure du genou.

b) Genou à quatre barres avec ou sans dispositif de contrôle

Il comporte un ensemble de quatre barres articulées à leur partie supérieure sur le plateau de fixation de l'emboîture et à leur partie inférieure sur le châssis.
Il apporte une stabilité en phase d'appui en raison de la position des centres articulaires des barres et de la forme donnée à celles-ci.
Il peut y être ajouté :
Soit un dispositif de contrôle à friction du genou variable au cours de la phase oscillante ;
Soit un dispositif de friction constante, réglable par un bouton molleté antérieur.

D.- REVÊTEMENT ESTHÉTIQUE

Réalisé en mousse de polyester ou de polyuréthane, il peut être fabriqué en deux pièces (mollet et calotte de genou) ou en seule pièce et s'étend alors jusqu'à la cuisse qu'il recouvre en partie. Un bas tissé recouvre l'ensemble.

E.- EMBOÎTURE

Elle peut être :
Conventionnelle en alliage léger ou en polyester; De contact en polyester.
Sa fixation sur le bloc de genou est assurée par deux attelles antérieures et une postérieure, rivées sur l'emboîture, soit par vis et écrous solidarisant l'emboîture à fond plat et à la platine au bloc supérieur de genou.

2.7.1.26. Annexe V. - Pieds à restitution d'énergie

Le pied à restitution d'énergie est un pied prothétique qui vient remplacer anatomiquement le pied amputé du patient. Il a la particularité de restituer l'énergie emmagasinée lors de la phase d'appui de la marche.

Les spécifications techniques des pieds à restitution d'énergie relèvent de deux types d'exigences : des exigences générales et des exigences de performance. Pour pouvoir être inscrit dans une catégorie de pied à restitution d'énergie, un pied à restitution d'énergie doit satisfaire à ces deux types d'exigences.
Les exigences générales et les exigences de performance sont différentes selon qu'il s'agit d'adultes (taille >= 22 cm) ou d'enfants (taille <= 21 cm).

2.7.1.26.1. Spécifications techniques pour adultes.

Les pieds à restitution d'énergie sont pris en charge après évaluation technique par un laboratoire d'essais, compétent et indépendant, selon des spécifications techniques définies (cf. les exigences générales et exigences de performance pour adultes).
La conformité des pieds à restitution d'énergie aux spécifications techniques est reconnue pour une durée de cinq ans. Au-delà, un relevé des caractéristiques force-déformation sur pied neuf devra être réalisé auprès d'un laboratoire d'essais compétent et indépendant. Les résultats du nouveau relevé des caractéristiques force déformation sur pied neuf sera comparé aux résultats du relevé antérieur (sur pied neuf). Si les valeurs des quatre énergies mesurées (énergie emmagasinée et restituée, à l'avant-pied et au talon) sont différentes de plus de :
20 % pour les pieds de classe I et pour amputation basse de jambe ;
15 % pour les pieds de classe II et pour les pieds de classe III ;
alors le pied devra faire l'objet d'une réévaluation technique complète. Dans le cas contraire, la conformité est reconduite pour cinq ans.
Pour chaque pied, l'industriel doit mettre à disposition des prescripteurs les informations techniques qui lui sont utiles à savoir :
– les réglages, les combinaisons de butées, les configurations (choix de lames...) possibles en fonction du poids de l'utilisateur et/ou de son activité ;
– la date de réalisation des essais d'évaluation technique et le nom du laboratoire qui a réalisé les essais ;
– les résultats des essais : valeurs de la propulsion (nombre de points obtenus lors du relevé des caractéristiques force-déformation), de la déformation permanente à l'avant-pied et au talon, de l'inversion/éversion, de l'amplitude sagittale ;
– la charge maximale autorisée définie par le fabricant et présentée selon la norme NF EN ISO 10328 : 2006 relative aux essais portant sur la structure des prothèses de membres inférieurs.
Ces informations doivent également être accessibles à l'utilisateur. Par ailleurs, après appareillage, l'industriel doit remettre à l'utilisateur un document d'information, rédigé en français et indiquant clairement les opérations d'entretien à réaliser (changement de pièces d'usure, graissage, vérification de la visserie) et la fréquence à laquelle doivent intervenir ces opérations.
Les pieds à restitution d'énergie sont garantis pour une durée minimale de deux ans hors revêtement esthétique, et ce dans des conditions normales d'utilisation.

2.7.1.26.1.1. Exigences générales pour adultes (taille >= 22cm).

Les pieds à restitution d'énergie doivent être conformes aux caractéristiques définies par les présentes spécifications techniques et avoir satisfait à l'évaluation technique réalisée par un organisme compétent et indépendant. La validité de la conformité est établie pour cinq ans.

Domaine d'application

Seuls les effecteurs terminaux du membre inférieur à caractère propulsif, à partir de la taille 22 cm comprise, sont concernés par ces spécifications techniques

Identification du dispositif

Le fabricant doit faire figurer sur le pied, d'une manière indélébile et inamovible, un marquage permettant la traçabilité du produit.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

2.7.1.26.1.2. Exigences de performance pour adultes (taille >= 22 cm)

Objet

Pour être reconnu conforme, le pied à restitution d'énergie doit satisfaire à l'essai de fatigue. Toute rupture (totale ou partielle) d'un des composants du dispositif testé et/ou toute variation de dimension liée à une déformation supérieure aux valeurs mentionnées dans le paragraphe 1.2.5 « Déformation permanente » entraînent une non-conformité.

Echantillon soumis à évaluation

Conformément à la norme NF EN ISO 10328 : 2006, les échantillons choisis sont prélevés sur la production normale. Tous les essais et mesures sont effectués sur le même échantillon de taille 27.
Il est assemblé par le fabricant/soumissionnaire et comporte un tube tibial afin d'obtenir une longueur totale d'échantillon de 250 mm en tenant compte de la hauteur de talon, il doit comporter un revêtement esthétique.
Conformément à la norme NF EN ISO 10328 : 2006, au cours de l'essai de fatigue, les éléments du dispositif qui seraient remplacés et/ou réglés en utilisation normale selon le mode d'emploi du fabricant/soumissionnaire ne peuvent être remplacés et/ou réglés que tous les 666 666 cycles (tiers du nombre total de cycles). Les relevés et mesures sont effectués avant changement et/ou réglage de ces pièces.

Essai de résistance à la fatigue

Position du pied et orientation des forces:

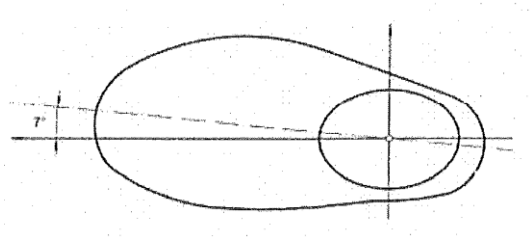


Figure 1 : axe du pied en rotation externe

L'axe du pied est tourné en rotation externe de 7° par rapport à l'axe de progression.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

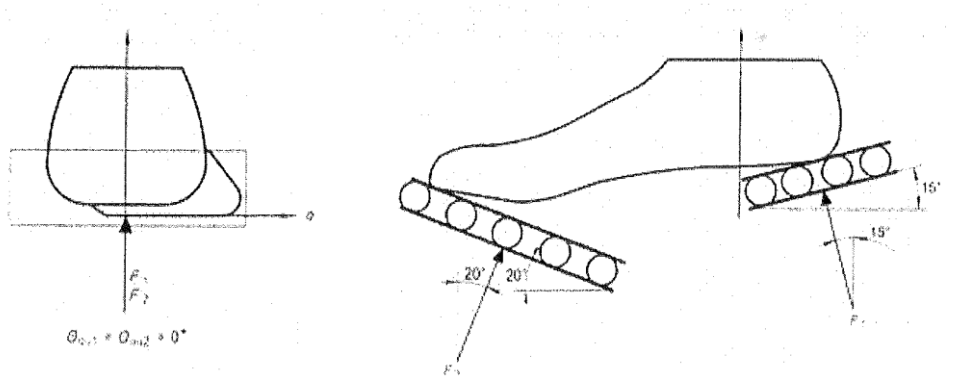


Figure 2 : orientation des forces

Les forces d'essai F1 et F2 sont transmises au talon et à l'avant-pied à l'aide de plaques d'application de la charge qui doivent minimiser la transmission des forces transversales. Les angles des droites de chargement et les plaques d'application des charges sont de 15° pour le talon et de 20° pour l'avant-pied.

Application des forces:

Les forces F1 et F2 sont appliquées alternativement au talon et à l'avant-pied, chaque force varie entre 50 et 1 230 N.
La variation de la force s'approche le plus possible d'une forme sinusoïdale, dans tous les cas les pics sont à proscrire.
La fréquence de l'application des efforts est d'environ 1 Hz. Le nombre de cycles à effectuer est de 2 millions.

Relevé des caractéristiques force/déformation

Conditions d'essai:

La déformation (Def) engendrée par l'application d'une force variant de 50 N à 1 300 N à une vitesse de 250 N/s est mesurée au cours d'un cycle de charge du talon puis de l'avant- pied.
Le point d'application de la charge est le plus extrême possible (postérieur pour le talon et antérieur pour l'avant-pied) en respectant l'orientation des forces telle que définie dans l'essai cyclique.
Les forces d'essai F1 et F2 sont transmises au talon et à l'avant-pied à l'aide de plaques d'application de la charge qui doivent minimiser la transmission des forces transversales.
L'axe du pied est tourné de 7° vers l'extérieur.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

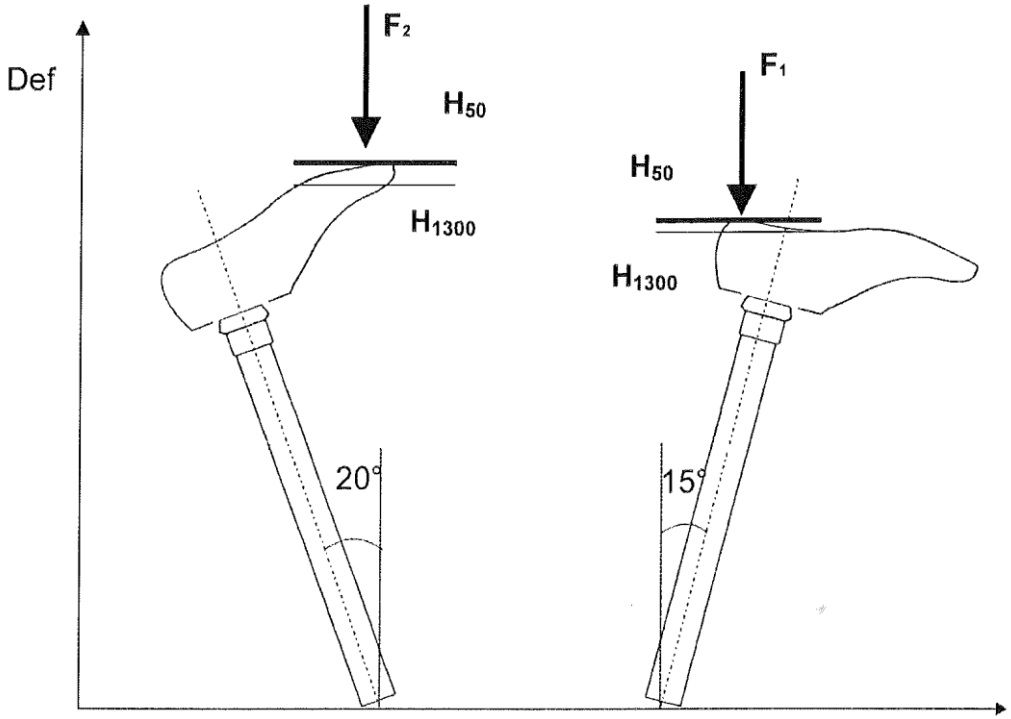


Figure 3 : relevé des efforts et de la déformation

Courbes force/déformation:

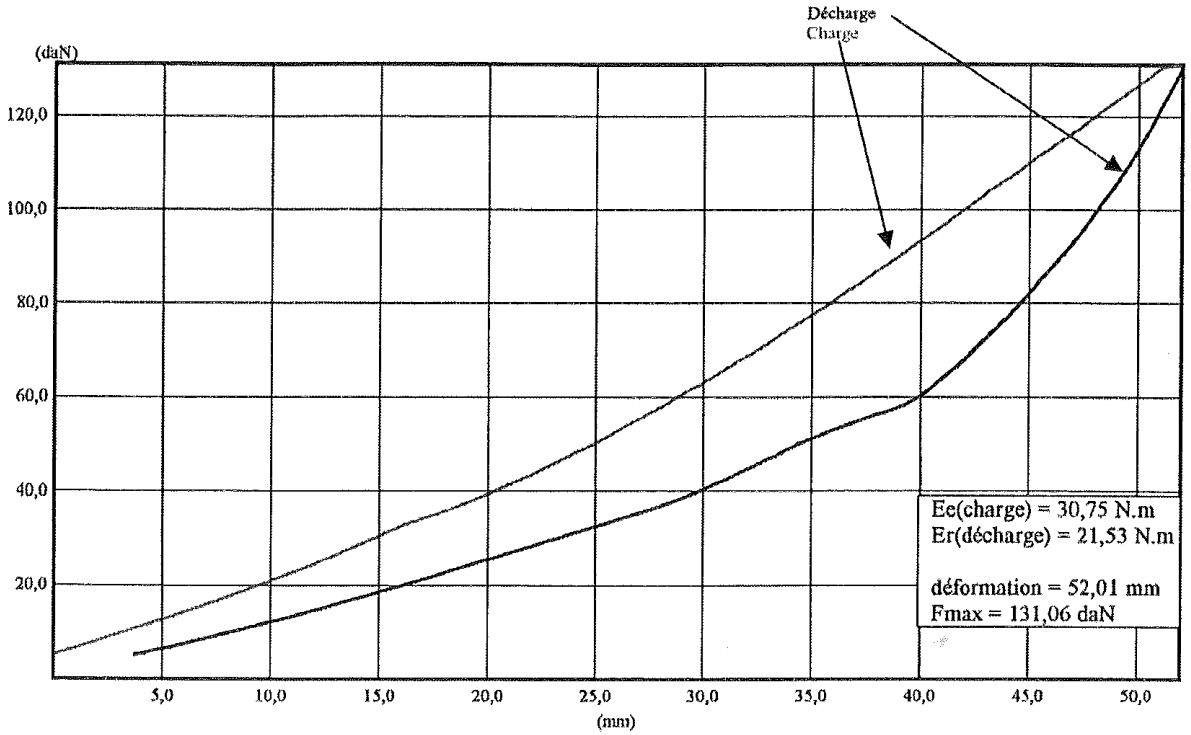


Figure 4 : courbe force/déformation, calcul de l'énergie

Les énergies emmagasinées et restituées par l'effecteur terminal sont calculées par intégration numérique des courbes force en fonction de la déformation sur l'intervalle de mesure 50-1 300 N.

Fréquence du relevé des caractéristiques:

Ces mesures sont effectuées en début d'essai, à 666 666 cycles, à 1 333 333 cycles et en fin d'essai après 2 millions de cycles, tout relevé s'effectuant avant changement et/ou réglages d'éventuelles pièces d'usure.

Calcul du nombre de points en vue de la classification:

Les énergies emmagasinées et restituées permettent d'évaluer le caractère propulsif du pied.
La valeur d'énergie retenue est la moyenne des énergies mesurées en début d'essai, à 666 666 cycles, à 1 333 333 cycles et en fin d'essai.
Ces valeurs sont traduites sous forme de points comme suit :
Energie emmagasinée au talon :

L'indice (I1) est calculé par la formule :
I1 = (E - 3)/2
Le coefficient appliqué à ce paramètre est égal à 4.
Energie restituée par le talon :
L'indice (I2) est calculé par la formule :
I2 = (E - 2)/2
Le coefficient appliqué à ce paramètre est égal à 3.
Energie emmagasinée à l'avant-pied :
L'indice (I3) est calculé par la formule :
I3 = (E - 5)/2
Le coefficient appliqué à ce paramètre est égal à 4.
Energie restituée par l'avant-pied :
L'indice (I4) est calculé par la formule :
I4 = (E - 4)/2
Le coefficient appliqué à ce paramètre est égal à 7.
Le nombre total de points en tenant compte des pondérations est obtenu comme suit :
Nombre total de points = 4I1 + 3I2 + 4I3 + 7I4

Classification des pieds à restitution d'énergie.

Trois classes sont retenues en fonction du nombre de points :
Classe I : 30 = nombre total de points < 75.
Classe II : 75 = nombre total de points < 120.
Classe III : nombre total de points >= 120.
Classe (IV) pied pour amputation basse de jambe. Une classe est retenue pour les effecteurs terminaux adaptés aux amputations basses de jambe : pour entrer dans cette classe, l'effecteur terminal ne doit pas avoir un encombrement supérieur à 60 mm, hauteur de talon comprise (l'encombrement étant la distance entre l'extrémité de l'emboîture et le sol) et un nombre de points supérieur à 20.

Déformation permanente

La déformation permanente est mesurée suivant les deux méthodes décrites ci-dessous. Toute déformation permanente, supérieure à 10 mm pour le talon et/ou à 10 mm pour l'avant-pied, obtenue avec les deux méthodes entraîne une non-conformité du produit pour les pieds à restitution d'énergie de classe I.
La déformation permanente est mesurée suivant les deux méthodes décrites ci-dessous. Toute déformation permanente, supérieure à 5 mm pour le talon et/ou à 10 mm pour l'avant-pied, obtenue avec les deux méthodes entraîne une non-conformité du produit pour les pieds à restitution d'énergie de classe II ou III.
En cas de changement de pièces d'usure et/ou de réglage, la déformation permanente est mesurée avant changement et/ou réglage.

Mesure de la déformation permanente (méthode utilisée depuis 1997):

Les mesures s'effectuent en début d'essai pour obtenir les valeurs de référence puis après 666 666 cycles, 1 333 333 cycles et en fin d'essai.

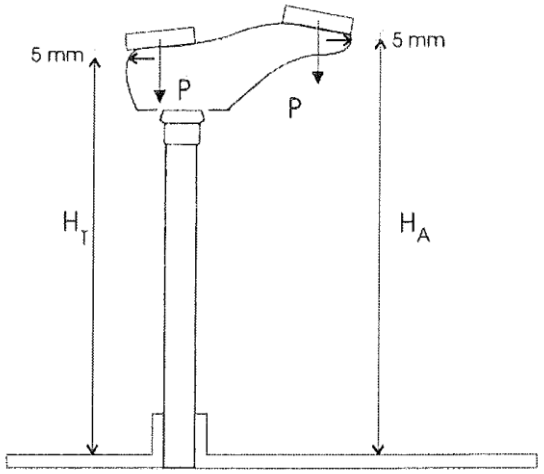


Figure 5 : mesure de la déformation permanente
méthode en cours

La déformation permanente (DpiM) est déterminée, pour le talon et l'avant-pied, par la différence entre les hauteurs H0 et HiM mesurées en début et au ième cycle.
H0 : hauteur initiale (mm).
HiM : hauteur après i cycles
(mm). DpiM= H0 - HiM
La charge P est imposée par un disque métallique de diamètre 105 mm environ et d'une masse égale à 2,0 ± 0,05 kg.

Mesure de la déformation permanente (méthode expérimentale) :

Les mesures s'effectuent en début d'essai pour obtenir les valeurs de référence puis après 666 666 cycles, 1 333 333 cycles et en fin d'essai.
La déformation permanente (DpiM) est déterminée, pour le talon et l'avant-pied, par la différence entre les hauteurs H0 et HiM mesurées en début et au ième cycle.

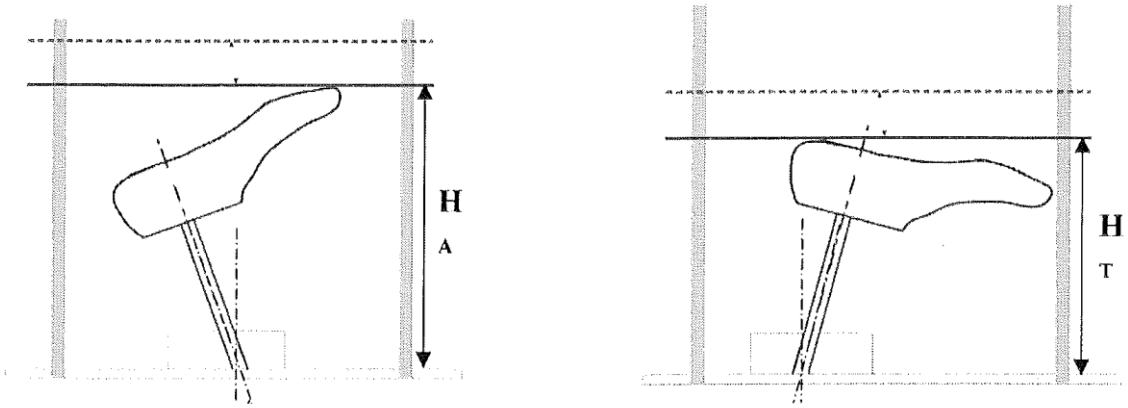


Figure 6 : mesure de la déformation permanente
méthode expérimentale

H0 : hauteur initiale (mm).
HiM : hauteur après i cycles
(mm). DpiM= H0 - HiM
La charge F imposée est d'environ 20 N.

Angle d'éversion/inversion

La possibilité d'éversion/inversion présentée par les effecteurs terminaux du membre inférieur améliore la stabilité de l'appui sur terrains inégaux.
Ces angles sont déterminés selon le mode opératoire ci-dessous.
Les mesures sont effectuées sur le pied neuf.

Principe:

Le pied reposant sur un sol inclinable, l'angle d'éversion est enregistré comme étant l'inclinaison atteinte lorsque le bord interne du pied décolle. Le pied reposant sur un sol inclinable, l'angle d'inversion est enregistré comme étant l'inclinaison atteinte lorsque le bord externe du pied décolle.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

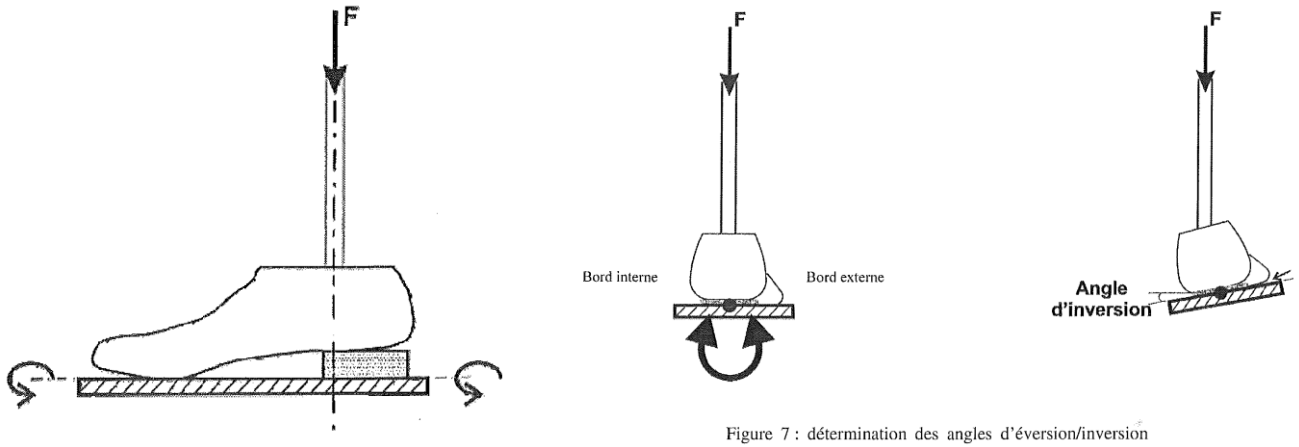


Figure 7 : détermination des angles d'éversion/inversion

Mode opératoire:

Emplacement du capteur afin de repérer le décollement du bord du pied :
Le capteur est placé sous l'avant-pied.

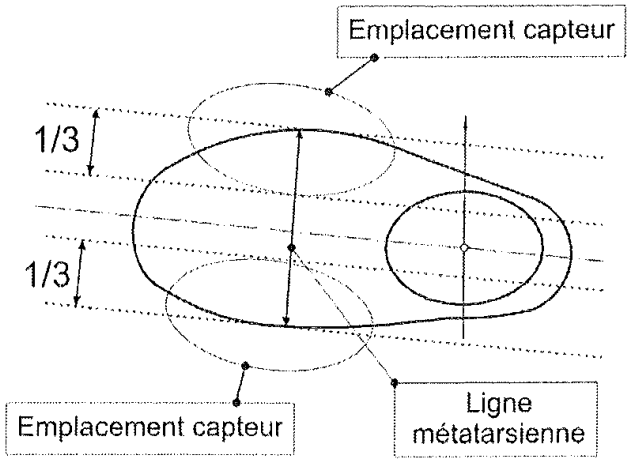


Figure 8 : emplacement des capteurs

L'axe du pied est en rotation externe de 7°.
Une charge verticale de 80 daN plaque le pied sur la plaque mobile.
La rotation de la plaque s'effectue à une vitesse de 0,1°/s, l'angle est enregistré en continu par un capteur angulaire.
L'angle est relevé et noté comme angle d'éversion ou inversion quand la force indiquée par le capteur est nulle.

Résultats:

Les angles d'éversion et d'inversion et l'amplitude totale n'interviennent pas dans la déclaration de conformité du produit. Ils sont donnés à titre indicatif et mentionnés sur le document d'information.

Amplitude sagittale

La flexion plantaire et la flexion dorsale des effecteurs terminaux de membres inférieurs permettent la marche sur des sols en déclivité.
Ces angles de flexion sont déterminés selon le mode opératoire ci-dessous.
Les mesures sont effectuées sur le pied neuf.

Principe:

Le pied reposant sur un sol inclinable, l'angle de flexion plantaire est enregistré comme étant l'inclinaison atteinte lorsque l'avant-pied décolle.

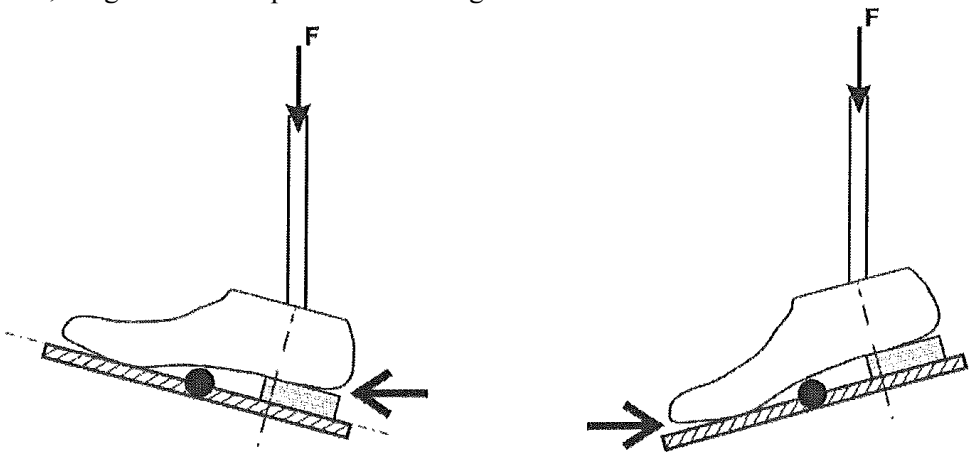


Figure 9 : détermination des angles de flexion dorsale et plantaire

Le pied reposant sur un sol inclinable, l'angle de flexion dorsale est enregistré comme étant l'inclinaison atteinte lorsque le talon du pied décolle.

Mode opératoire :

Emplacement du capteur de pression afin de repérer le décollement du talon ou de l'avant-pied :

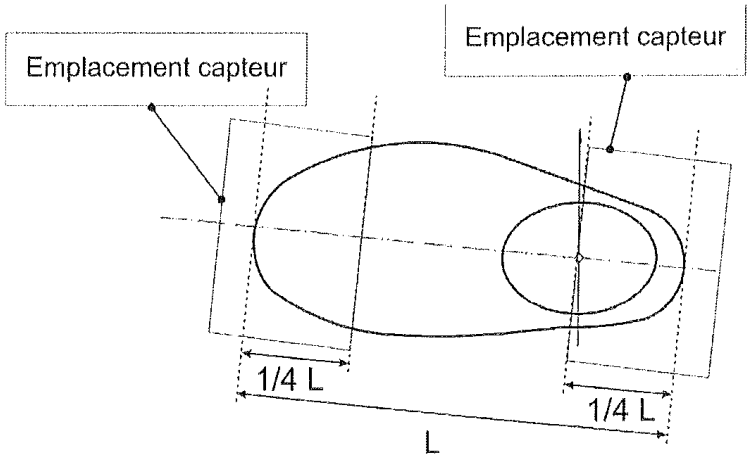


Figure 10 : emplacement des capteurs

Le capteur est placé sous l'avant-pied ou sous le talon enfoncé du quart de la longueur du pied.
L'axe du pied est en rotation externe de 7°.
Une charge verticale de 80 daN plaque le pied sur la plaque mobile.
La rotation de la plaque s'effectue à une vitesse d'environ 0,1°/s, l'angle est enregistré en continu par un capteur angulaire.
L'angle est relevé et noté comme angle de flexion plantaire ou de flexion dorsale quand la force indiquée par le capteur est nulle.

Résultats:

Les angles de flexion plantaire et de flexion dorsale ainsi que l'amplitude totale n'interviennent pas dans la déclaration de conformité du produit. Ils sont donnés à titre indicatif et mentionnés sur le document d'information.

2.7.1.26.2. Spécifications techniques pour enfants

Les pieds à restitution d'énergie pour enfant sont pris en charge après évaluation technique par un laboratoire d'essais, compétent et indépendant, selon des spécifications techniques définies (cf. les exigences générales et les exigences de performance pour enfants).
La conformité des pieds à restitution d'énergie pour enfant aux spécifications techniques est reconnue pour une durée de cinq ans. Au-delà, un relevé des caractéristiques force-déformation sur pied neuf devra être réalisé auprès d'un laboratoire d'essais compétent et indépendant. Les résultats du nouveau relevé des caractéristiques
force-déformation sur pied neuf seront comparés aux résultats du relevé antérieur (sur pied neuf). Si les valeurs des quatre énergies mesurées (énergie emmagasinée et restituée à l'avant-pied et au talon) sont différentes de plus de 15 %, alors le pied devra faire l'objet d'une réévaluation technique complète. Dans le cas contraire, la conformité est reconduite pour cinq ans.

Pour chaque pied, l'industriel doit mettre à disposition des prescripteurs les informations techniques qui lui sont utiles à savoir :
– les réglages, les combinaisons de butées, les configurations (choix de lames...) possibles en fonction du poids de l'utilisateur et/ou de son activité ;
– la date de réalisation des essais d'évaluation technique et le nom du laboratoire qui a réalisé les essais ;
– les résultats des essais : valeurs de la propulsion (nombre de points obtenus lors du relevé des caractéristiques force-déformation) et du rendement de l'avant-pied ;
– la charge maximale autorisée définie par le fabricant.
Ces informations doivent également être accessibles à l'utilisateur et à son entourage. Par ailleurs, après appareillage, l'industriel doit remettre à l'utilisateur un document d'information, rédigé en français et indiquant clairement les opérations d'entretien à réaliser (changement de pièces d'usure, graissage, vérification de la visserie) et la fréquence à laquelle doivent intervenir ces opérations.

2.7.1.26.2.1. Exigences générales pour enfants (taille <= 21 cm)

Les pieds à restitution d'énergie destinés aux enfants doivent être conformes aux caractéristiques définies par les présentes spécifications techniques et avoir satisfait à l'évaluation technique réalisée par un organisme compétent et indépendant. La validité de la conformité est établie pour cinq ans.

Domaine d'application

Les effecteurs terminaux du membre inférieur à caractère propulsif, jusqu'à la taille 21 comprise, sont concernés par ces spécifications techniques.

Identification du dispositif

Le fabricant doit faire figurer sur le pied, d'une manière indélébile et inamovible, un marquage permettant la traçabilité du produit.

2.7.1.26.2.2. Exigences de performance pour enfants (taille <= 21 cm)

Objet

Pour être reconnu conforme, le pied à restitution d'énergie pour enfant doit satisfaire à l'essai de fatigue. Toute rupture (totale ou partielle) d'un des composants du dispositif entraîne une non-conformité.

Echantillon soumis à évaluation

Les échantillons choisis sont prélevés sur la production normale.
Tous les essais et mesures sont effectués sur le même échantillon de taille 18.
Il est assemblé par le fabricant/soumissionnaire et comporte un tube tibial afin d'obtenir une longueur totale d'échantillon de 250 mm en tenant compte de la hauteur de talon, il doit comporter un revêtement esthétique.
Au cours de l'essai de fatigue, les éléments du dispositif qui seraient remplacés et/ou réglés en utilisation normale selon le mode d'emploi du fabricant/soumissionnaire ne peuvent être remplacés et/ou réglés que tous les 666 666 cycles (tiers du nombre total de cycles). Les relevés et mesures sont effectués avant changement et/ou réglage de ces pièces.

2.1.1.1.1.1.1. Essai de résistance à la fatigue

Position du pied et orientation des forces :

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

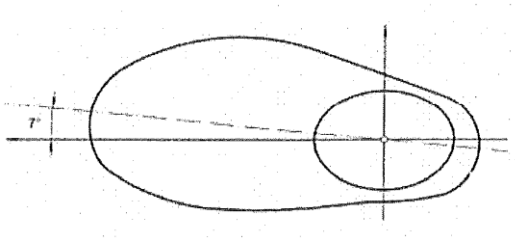


Figure 1 : axe du pied en rotation externe

L'axe du pied est tourné en rotation externe de 7° par rapport à l'axe de progression.

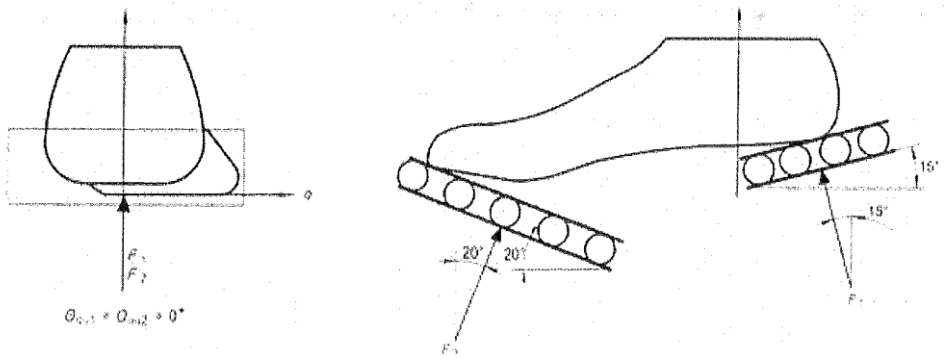


Figure 2 : orientation des forces

Les forces d'essai F1 et F2 sont transmises au talon et à l'avant-pied à l'aide de plaques d'application de la charge qui doivent minimiser la transmission des forces transversales. Les angles des droites de chargement et les plaques d'application des charges sont de 15° pour le talon et de 20° pour l'avant-pied.

Application des forces :

Les forces F1 et F2 sont appliquées alternativement au talon et à l'avant-pied, chaque force varie entre 50 et 735 N. La variation de la force s'approche le plus possible d'une forme sinusoïdale, dans tous les cas les pics sont à proscrire.
La fréquence de l'application des efforts est d'environ 1 Hz.
Le nombre de cycles à effectuer est de 2 millions.

Relevé des caractéristiques force/déformation et calcul du rendement

Conditions d'essai :

La déformation (Def) engendrée par l'application d'une force variant de 50 N à 750 N à une vitesse de 250 N/s est mesurée au cours d'un cycle de charge du talon puis de l'avant-pied.
Le point d'application de la charge est le plus extrême possible (postérieur pour le talon et antérieur pour l'avant-pied) en respectant l'orientation des forces telle que défini dans l'essai cyclique.
Les forces d'essai F1 et F2 sont transmises au talon et à l'avant-pied à l'aide de plaques d'application de la charge qui doivent minimiser la transmission des forces transversales. L'axe du pied est tourné de 7° vers l'extérieur.

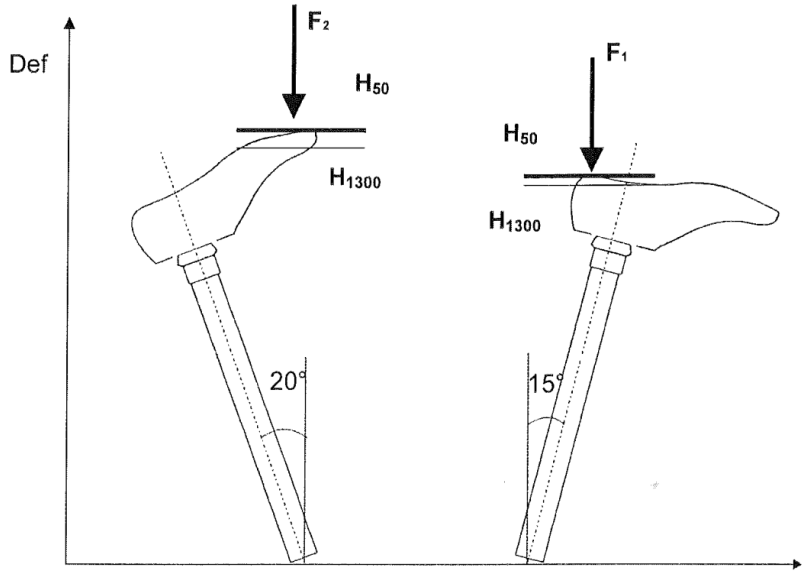


Figure 3 : relevé des efforts et de la déformation

Courbes force/déformation :

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

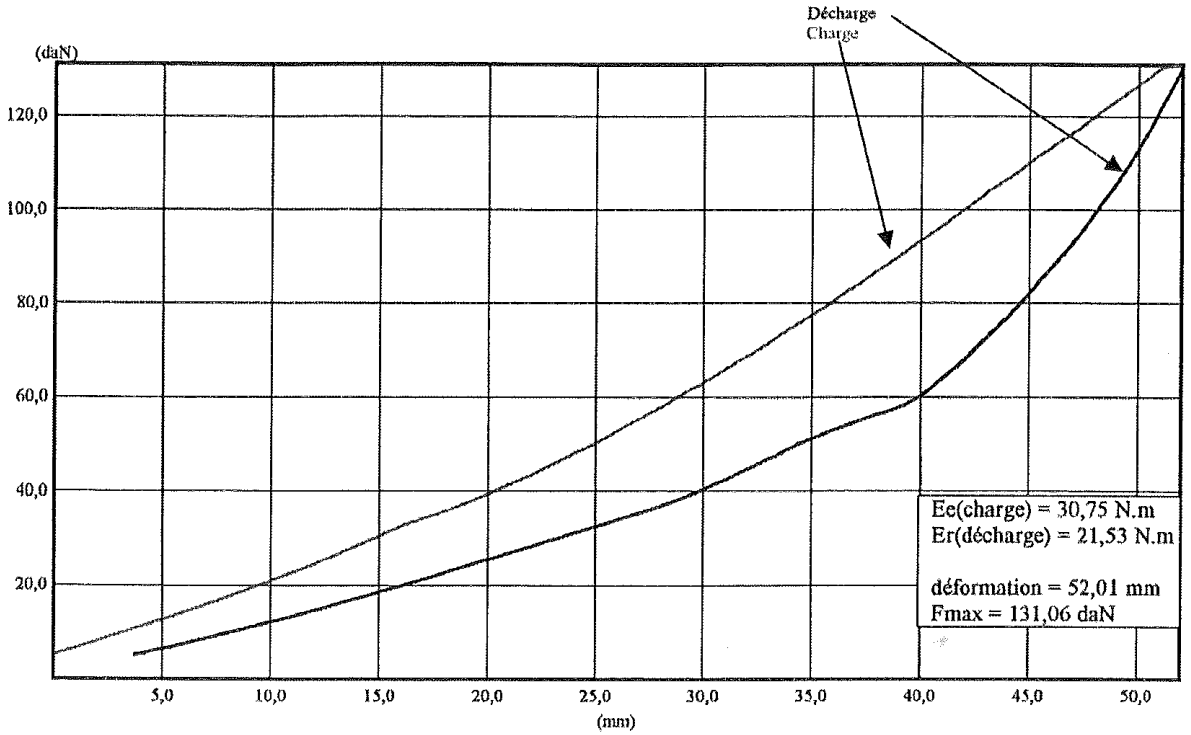


Figure 4 : courbe force/déformation, calcul de l'énergie

Les énergies emmagasinées et restituées par l'effecteur terminal sont calculées par intégration numérique des courbes force en fonction de la déformation sur l'intervalle de mesure 50-750 N.
Le rendement est calculé par le rapport énergie restituée (Er) sur énergie emmagasinée (Ee) multiplié par 100.

Fréquence du relevé des caractéristiques:

Ces mesures sont effectuées en début d'essai, à 666 666 cycles, à 1 333 333 cycles et en fin d'essai après 2 millions de cycles, tout relevé s'effectuant avant changement et/ou réglages d'éventuelles pièces d'usure.

Calcul du nombre de points en vue de la classification:

Les énergies emmagasinées et restituées permettent d'évaluer le caractère propulsif du pied.
La valeur d'énergie retenue est la moyenne des énergies mesurées en début d'essai, à 666 666 cycles, à 1 333 333 cycles et en fin d'essai. Ces valeurs sont traduites sous forme de points comme suit :

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Energie emmagasinée au talon : L'indice (I1) est calculé par la formule : I1 = (E - 3)/2
Le coefficient appliqué à ce paramètre est égal à 4.
Energie restituée par le talon :
L'indice (I2) est calculé par la formule : I2 = (E - 2)/2
Le coefficient appliqué à ce paramètre est égal à 3.
Energie emmagasinée à l'avant-pied :
L'indice (I3) est calculé par la formule : I3 = (E - 5)/2
Le coefficient appliqué à ce paramètre est égal à 4.
Energie restituée par l'avant-pied :
L'indice (I4) est calculé par la formule : I4 = (E - 4)/2
Le coefficient appliqué à ce paramètre est égal à 7.
Le nombre de points total en tenant compte des pondérations est obtenu comme suit : P = nombre total de points = 4I1 + 3I2 + 4I3 + 7I4

Calcul du rendement de l'avant-pied:

$R = (Er/Ee) \times 100$
Les énergies sont calculées au cours du relevé de caractéristiques (2.7.1.26.2.4.2).

Performances minimales des pieds à restitution d'énergie pour enfant :

Le nombre total de points P obtenu doit être supérieur ou égal à 20 et le rendement de l'avant-pied R doit être supérieur ou égal à 90 %. Ces valeurs sont obtenues en moyennant celles obtenues en début d'essai, à 666 666, 1 333 333 et 2 millions de cycles.

2.7.1.26.3. Liste des essais et des mesures effectués

Essai cyclique :
Effectué pour un niveau de charge A80 conformément à la norme ISO 10328-5 (Essais supplémentaires de structures : essais sur les ensembles cheville-pied), en ce qui concerne le nombre de cycles, l'orientation des efforts, leur mode d'application et leurs valeurs.

Relevé des caractéristiques force-déformation :
La déformation est enregistrée au cours d'un cycle de charge du talon puis de l'avant-pied par l'application d'une force variant de 50 à 1300 newtons. L'orientation des forces et leurs positions par rapport au pied sont identiques à celles de l'essai cyclique.
Le relevé est effectué trois fois : avant le début de l'essai cyclique, après un million de cycles et en fin d'essai cyclique. Les diagrammes obtenus permettent de calculer pour chaque essai :
-l'énergie emmagasinée (Ee) au cours de la mise en charge ;
-l'énergie restituée (Er) durant la décharge.

La moyenne des valeurs obtenues au cours des trois relevés est utilisée pour le calcul des indices.
Mesure de la déformation permanente du talon et de l'avant pied après l'essai cyclique.
Mesure des déformations sous charge au talon et à l'avant du pied :

Ces mesures sont réservées aux échantillons comportant des dispositifs destinés à modifier les caractéristiques élastiques du pied en fonction du poids et/ou de l'activité de l'utilisateur.
Les charges appliquées sont normalement indiquées par le fabricant ou à défaut issues de l'abaque figurant au tableau 2.

2.7.1.26.4. Précisions sur les modes opératoires, les mesures et le calcul des indices

2.7.1.26.4.1. Paramètre 1 : Énergie emmagasinée au talon

L'indice (i) est calculé par la formule : **i = (E-3)/2.**
Le calcul de (i) est effectué à partir de la moyenne des énergies (E) mesurées à zéro, un million et deux millions de cycles.
Le coefficient appliqué au paramètre 1 est égal à 4.

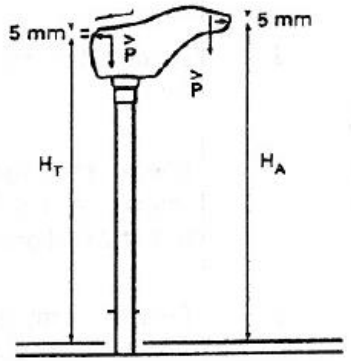
2.7.1.26.4.2. Paramètre 2 : Énergie restituée par le talon

L'indice (i) est calculé par la formule : **i = (E-2)/2.**
Le calcul de (i) est effectué à partir de la moyenne des énergies (E) mesurées à zéro, un million et deux millions de cycles.
Le coefficient appliqué au paramètre 2 est égal à 3.

2.7.1.26.4.3. Paramètre 3 : Déformation permanente du talon

La déformation permanente (D) est calculée par différence entre les hauteurs HTO-HT2M mesurées respectivement en début et en fin d'essai : **D = HTO - HT2M.**
La charge P est imposée par un disque métallique de diamètre 105 mm environ et d'une masse égale à 2 ± 0,050 kg.
L'indice (i) est égal à 5 si D<5 mm; pour une déformation plus importante, il est calculé par la formule : **i = 10 - D.**
L'indice sera égal à zéro si la déformation permanente est égale ou supérieure à 10 millimètres.
Le coefficient appliqué au paramètre 3 est égal à 3.

Figure 1 : Mesure de la déformation permanente du talon et de l'avant-pied



2.7.1.26.4.4. Paramètre 4 : Énergie emmagasinée à l'avant pied

L'indice (i) est calculé par la formule : **i = (E-5)/2**.
Le calcul de (i) est effectué à partir de la moyenne (E) des énergies mesurées à zéro, un million et deux millions de cycles.
Le coefficient appliqué au paramètre 4 est égal à 4.

2.7.1.26.4.5. Paramètre 5 : Énergie restituée par l'avant pied

L'indice (i) est calculé par la formule : **i = (E-4)/2.**
Le calcul de (i) est effectué à partir de la moyenne des énergies (E) mesurées à zéro, un million et deux millions de cycles.
Le coefficient appliqué au paramètre 5 est égal à 7.

2.7.1.26.4.6. Paramètre 6 : Déformation permanente de l'avant pied

Les hauteurs HAO et HA2M (figure 1) sont mesurées en début et en fin d'essai.
La déformation permanente D est égale à la différence entre HA2M et HAO : **D = HAO - HA2M.**
L'indice est égal à 5 si D < 5 mm, pour une déformation plus importante il est calculé par la formule : **I = 10 - (D+5)/2.**
L'indice est égale à zéro si D est égal ou supérieur à 15 millimètres. Le coefficient appliqué au paramètre 6 est égal à 3.

2.7.1.26.4.7. Paramètre 7 : Nombre de classes poids l'activité par pointure

Le paramètre est destiné aux pieds comportant des dispositifs permettant d'adapter leurs caractéristiques d'élasticité au poids ou à l'activité de l'utilisateur.

Deux cas sont possibles :
1. Les réglages sont obtenus par le remplacement de lames.
L'indice (i) est obtenu en retenant le nombre de classes (N) pour la pointure essayée (27). L'indice (i) est égal à 5 si Nest > 8; i = 4 si N > 6 ; i = 3 si N > 4; i = 2 si N >2; i = 1 si N > 1.
Le coefficient appliqué au paramètre 7-1 est égal à 4.
2. Les réglages sont obtenus par des dispositifs inclus dans le pied (systèmes mécaniques, gommes, butées églables...).
Dans ce cas, les réglages du talon et de l'avant-pied sont évalués séparément :
a) Pour le talon : l'indice (i) est obtenu à partir du nombre de classes (N) pour la pointure 27, comme dans le cas précédent (i = 5 si N > 8 et i = 1 si N > 1).
Le coefficient appliqué au paramètre 7-2 (a) est égal à 2.
b) Pour l'avant-pied : le calcul de (i) est le même, i = 5 si N > 8... et i = 1 si N > 1. Le coefficient appliqué au paramètre 7-2 (b) est égal à 2.

Le nombre de classes sera déclaré par le fabricant (ou son représentant) dans la demande d'essai.

Le laboratoire d'essai demandera au fabricant de lui fournir, en plus du pied de taille 27 destiné aux essais statiques et cycliques, deux ou trois pieds ou éléments de pied de raideurs différentes sur lesquels seront effectués les relevés force/déformation. Ces pieds ou éléments de pied seront rendus au fabricant, seul le pied ayant subi les essais cycliques sera conservé par le laboratoire.

La valeur de la limite de charge utilisée pour les relevés charge/déformation dépend de la classe « poids/activité » considérée. La charge maximum lors du relevé est égale au poids définissant la classe multipliée par un coefficient de 1,63.

À défaut d'abaque fourni par l'industriel, l'abaque suivant sera appliqué pour les classes comprises entre 50 et 100 kg.

TABLEAU 2

Classe de poids (kg)	40	50	60	70	80	90	100
Effort pour le relevé de caractéristiques (daN)	65	81	98	114	130	147	163

Pour toutes les classes déclarées pour un modèle de pied, la valeur de la déformation obtenue lors d'un essai de charge maximum doit être la même à 10% près. Par exemple, si la déformation sous charge maximum (130 daN) est de 20 millimètres sur l'avant-pied pour le pied de classe 80 kg, les déformations obtenues avec les différentes classes déclarées du même modèle devront être comprises entre 18 et 22 millimètres.

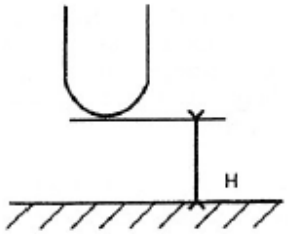
Remarques :

1. Si un dispositif de réglage joue simultanément sur le talon et sur l'avant-pied et qu'il est donc impossible de modifier, par exemple, le comportement du talon pour une raideur donnée de l'avant-pied, il ne sera compté qu'une seule fois comme réglage d'avant-pied.
2. Les dispositifs de réglage n'ayant pas d'influence sur l'élasticité du pied ou d'une partie du pied ne sont pas pris en compte dans cette rubrique. Il s'agit, par exemple, d'un réglage « talus/équin ».
3. Les classes déclarées, qu'elles soient obtenues par un remplacement de lame ou par un dispositif de réglage, doivent couvrir de façon homogène une étendue suffisante de poids/activité. Un pied présentant cinq classes doit convenir à des classes échelonnées régulièrement de 10 en 10 daN (de 60 à 100 kg ou de 50 à 90 kg ou encore de 55 à 95 kg).

2.7.1.26.5. Pied pour amputation basse de jambe

La faible hauteur disponible entre le sol et l'extrémité du moignon conduit à la réalisation de pieds particuliers dont l'encombrement vertical est très faible. Cette caractéristique limite la longueur des lames élastiques constituant la charpente du pied et, du même coup, les caractéristiques dynamiques du pied sont plus faibles. Une nouvelle grille d'évaluation de ces pieds est obtenue en majorant la cote obtenue de la manière suivante :

Figure 2 : Mesure de la distance minimale nécessaire entre le sol et l'extrémité de l'emboîture



(H) représente la distance minimale nécessaire entre l'extrémité de l'emboîture et le sol pour pouvoir placer le pied ;
Si H < 50 mm, la cote est augmentée de 5 points ;

Si H < 40 mm, la cote est augmentée de 10 points ;
Si H < 30 mm, la cote est augmentée de 15 points, etc.

L'indice (i) est calculé par la formule : **i = (60-H)/2**.

2.7.1.26.6. Nouveaux paramètres

Des dispositifs apportant une amélioration à la fonction du pied pourront être pris en compte ultérieurement. Il s'agit, par exemple, de systèmes élastiques, amortisseurs, de réglages...

Ces systèmes feront l'objet d'évaluations en suivant des protocoles mis au point au cours de réunions de concertation. De nouveaux paramètres numérotés 8, 9, 10 seront alors définis dans la grille de classification.

2.7.1.27. Annexe VI. - Moulage sur nature

Définition : Les moulages sont les reproductions fidèles de la morphologie des différentes parties du corps. Ils sont utilisés par l'Orthoprothésiste pour réaliser l'adaptation correcte des appareils.
Caractéristiques : Le positif ou moulage proprement dit est réalisé à partir d'un négatif (ou empreinte) au moyen d'une méthode présentant toutes les garanties de précision, d'innocuité et de confort pour le patient lors de la prise d'empreinte. En cas de contrôle par les organismes de prise en charge, à la demande, le positif est présenté.
Observations : La prise du moulage, lorsqu'elle est reconnue nécessaire, doit être effectuée par le fournisseur ou, en tout cas, sous sa responsabilité.

2.7.2. Nomenclature et tarifs

2.7.2.1. Généralités

Le prix de vente au public doit être conforme à la réglementation en vigueur.

Sauf dispositions particulières au sein de la nomenclature relative à un appareillage donné, la prise en charge initiale des orthoprothèses, est subordonnée à une prescription effectuée par un médecin justifiant de l'une des spécialités suivantes : médecine physique et réadaptation fonctionnelle, orthopédie, rhumatologie, neurochirurgie, neurologie, endocrinologie, chirurgie plastique et reconstructrice, 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. Ces exigences de spécialités ne s'appliquent pas pour la prise en charge des renouvellements où seule une prescription médicale est exigée. "
La prise en charge des orthoprothèses est soumise à une demande d'entente préalable. Elle répond aux dispositions de l’article LP 33 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée.
Les frais d'expédition des appareils et autres frais accessoires que pourraient comporter les opérations de fourniture, de réparation ou de renouvellement des appareils inscrits à la nomenclature peuvent être pris en charge.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Les personnes handicapées des membres inférieurs ont droit à un appareil provisoire avant l'appareillage définitif. En aucun cas cet appareil provisoire ne pourra être considéré comme prothèse de secours.

Une prothèse de secours est une prothèse de remplacement, en cas de dégradation ou d'indisponibilité de la prothèse d'origine. Elle n'est pas forcément identique à cette dernière et ne permet alors pas de remplir les mêmes fonctionnalités que celle-ci.

Une prothèse de seconde mise est la réplique de la prothèse de première mise. Elle partage avec cette dernière les mêmes fonctionnalités et permet d'assurer la continuité des activités quotidiennes sociales et professionnelles de la personne appareillée.

Appareillage définitif :
- **Pour l'enfant**, la prise en charge est assurée pour une seule prothèse renouvelée à chaque étape de la croissance.
- **Pour l'adulte**, deux prothèses peuvent être prises en charge :
- en cas d'appareillage du membre supérieur, la deuxième prothèse prise en charge est une prothèse de secours, esthétique ou mécanique, que la prothèse de première mise soit ou non myoélectrique.
Toutefois, la prise en charge d'une prothèse myoélectrique de deuxième mise peut être accordée, à la demande expresse et motivée du médecin responsable de l'appareillage, si l'adulte ou l'adolescent est dans l'impossibilité de poursuivre son activité professionnelle ou sa formation professionnelle y compris en apprentissage, sans ce type de prothèse ;
- en cas d'appareillage du membre inférieur, à l'exception des prothèses de genou assistées électroniquement, la deuxième prothèse prise en charge peut être une prothèse de deuxième mise, sur prescription motivée, lorsque le port de l'appareillage est permanent et son utilisation régulière.
Pour les prothèses de genou assistées électroniquement, la deuxième prothèse prise en charge est une prothèse de secours de même poids et de même emboîture que la prothèse de première mise.

2.7.2.2. Section I. - Appareillage du membre supérieur

2.7.2.2.1. Codification

Les nouvelles références des appareils sont établies selon la codification suivante :
a) Deux lettres indiquant :
La première s'il s'agit d'appareils d'orthopédie (O), d'appareils de prothèse (P) ou d'adjonction à l'une ou l'autre de ces catégories d'appareils (A).
La deuxième étant la lettre (S) représentant le membre supérieur.
b) Un chiffre lorsqu'il s'agit d'appareils de prothèse ou d'adjonctions, ce chiffre indiquant soit le niveau d'amputation, soit le niveau d'utilisation de l'adjonction.
Deux chiffres lorsqu'il s'agit d'appareils d'orthopédie.
Ces deux chiffres indiquant, le premier la limite supérieure de l'appareil, et le second sa limite inférieure en fonction de la classification anatomique.
c) Une lettre indiquant la matière utilisée pour la confection de l'appareil selon le code suivant :
A. - Acier ;
C. - Cuirs et peaux ;
D. - Alliages légers (duralumin) ;
G. - Caoutchouc et polyisoprène ;

K. - Copolymère acrylonitrile méthacrylate de méthyle ;
L. - Acétate de cellulose ;
N. - Polyoléfine
R. - Chlorure de polyvinyle ;
S. - Stratifiés de polyester ;
T. - Textiles (feutres, tissus) ;
V. - Bandes plastiques d'immobilisation en fibre de verre et acétate de cellulose ;
Z. - Matières diverses.
d) Deux chiffres différenciant les appareils qui, bien que d'une étendue analogue ou se rapportant à un même niveau d'amputation, présentent des différences de conception ou de fabrication.

2.7.2.2.2. - Prothèse du membre supérieur

2.7.2.2.2.1. Appareils types et variantes

Prothèses de travail

Le tarif de ces prothèses ne comprend pas le prix du moulage.

PS9 : Amputation des doigts

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Prothèse pour ablation totale des doigts		
PS9C01	Constituée par un avant-brassard en cuir moulé ou en polyoléfine sur lequel est fixée une palette métallique d'opposition au moignon métacarpien. Palette métallique gainée ou plastifiée	119 939	119 939
PS9C02	Constituée par un avant-brassard en cuir moulé ou en polyoléfine sur lequel sont fixées deux branches métalliques plastifiées ou nickelées, en forme de crochet, faisant opposition avec le moignon métacarpien.	123 453	123 453
	Prothèse confectionnée sur l'amputé permettant l'opposition avec le pouce ou les doigts restants		
PS9R11	Chlorure de polyvinyle.	97 093	97 093

PS8 : amputation transmétacarpienne

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Prothèse pour ablation de tous les doigts		
PS8C01	Constituée par un avant-brassard en cuir moulé ou en polyoléfine, sur lequel est fixée une palette métallique d'opposition au moignon carpien. Palette métallique gainée ou plastifiée	119 939	119 939

PS8C02	Constituée par un avant-brassard en cuir moulé ou en polyoléfine, sur lequel sont fixées deux branches métalliques plastifiées ou nickelées, en forme de crochet, faisant opposition avec le moignon carpien	123 453	123 453
PS8C10	Cuir moulé (2)	Sur devis	

PS7 : Désarticulation carpienne et radio-carpienne

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
PS7C10	Cuir moulé avec bracelet (2)	162 891	162 891
PS7C11	Cuir moulé avec brassard (2)	184 706	184 706

PS6 : Amputation d'avant-bras moignons moyens ou longs (avec pronation - supination)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
PS6C10	Cuir moulé (3)	204 482	204 482
PS6S10	Polyester avec emboîture de contact dont l'emboîture, comportant une prise rapide à guillotine montée sur rotule avec blocage, est orientée à son extrémité distale pour assurer une utilisation fonctionnelle (manchon intermédiaire, dispositif terminal et commande en adjonction)	205 716	205 716
	Prothèse utilisant la prosupination pour la commande d'une pince spéciale ou d'une main		
	Cuir moulé		
PS6C20	Avec pince fixe et roulement lisse	Sur devis	
PS6C21	Avec pince fixe et roulement à billes	Sur devis	
PS6C22	Mixte avec anneau et crochet sans pince	Sur devis	

PS5 : Amputation d'avant-bras, moignons courts (sans pronation - supination)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
PS5C10	Cuir moulé (3)	237 065	237 065
PS5S10	Polyester avec emboîture de contact dont l'emboîture, comportant une prise rapide à guillotine montée sur rotule avec blocage, est orientée à son extrémité distale pour assurer une utilisation fonctionnelle (manchon intermédiaire, dispositif terminal et commande en adjonction)	205 716	205 716

PS4 : Désarticulation du coude et moignons d'avant-bras très courts assimilables

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

	Cuir moulé		
PS4C10	Sans tige de Trèves (3)	205 649	205 649
PS4C11	Avec avant-brassard à cupule (3) (4)	247 240	247 240
PS4S10	Polyester avec emboîture de contact sans articulation du coude dont l'emboîture, comportant une prise rapide à guillotine montée sur rotule avec blocage, est orientée à son extrémité distale pour assurer une utilisation fonctionnelle (manchon intermédiaire, dispositif terminal et commande en adjonction)	222 262	222 262

PS3 : Amputation de bras, moignons moyens et longs

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Cuir moulé		
PS3C10	Sans tige de Trèves (3)	205 649	205 649
PS3C11	Avec avant-brassard à cupule (3) (4)	247 240	247 240
PS3S10	Polyester avec emboîture de contact sans articulation du coude dont l'emboîture, comportant une prise rapide à guillotine montée sur rotule avec blocage, est orientée à son extrémité distale pour assurer une utilisation fonctionnelle (manchon intermédiaire, dispositif terminal et commande en adjonction)	222 262	222 262

PS2 : Amputation de bras, moignons courts

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Cuir moulé		
PS2C10	Sans tige de Trèves (3)	209 429	209 429
PS2C11	Avec avant-brassard à cupule (3) (4)	249 860	249 860

Prothèses de service

Le tarif de ces prothèses ne comprend pas le prix du moulage.

PS9 : Amputation des doigts

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	a) Pour amputation d'un ou plusieurs doigts avec conservation du pouce		
PS9S01	Prothèse permettant l'opposition du pouce aux doigts prothétiques en stratifié de polyester (éventuellement 4e et 5e doigt en matière souple) montés sur bracelet cuir	227 280	227 280
	b) Pour amputation du pouce		

PS9S02	Prothèse constituée par un pouce en stratifié de polyester avec ou sans armature, faisant opposition avec les autres doigts non amputés, monté sur un bracelet cuir	133 454	133 454

PS8 : Amputation transmétacarpienne

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Pour amputation transmétacarpienne avec conservation du pouce		
PS8S01	Prothèse permettant l'opposition du pouce aux doigts prothétiques en stratifié de polyester (éventuellement 4e et 5e doigt en matière souple) montés sur un avant-brassard en cuir moulé ou polyoléfine.	227 280	227 280

PS7 : Désarticulation carpienne et radio-carpienne

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	1° Avec emboîture conventionnelle (5)		
PS7D01	Alliage léger	209 355	209355
PS7S01	Stratifié de polyester	209 355	209 355
	2°Avec emboîture de contact (6)		
PS7S20	Stratifié de polyester	267 540	267 540

PS6 : Amputation d'avant-bras, moignons moyens ou longs (Avec pronation - supination)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	1° Avec emboîture conventionnelle (5)		
	(Avec brassard et liaison souple ou bretelle spéciale)		
PS6D01	Alliage léger	209 355	209 355
PS6S01	Stratifié de polyester	209 355	209 355
	2° Avec emboîture de contact (6)		
PS6S20	Stratifié de polyester.	267 540	267 540

PS5 : Amputation d'avant-bras, moignons courts (Sans pronation - supination)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

	1° Avec emboîture conventionnelle (4) (5)		
PS5D01	Alliage léger	326 855	326 855
PS5S01	Stratifié de polyester	326 855	326 855
	2° Avec emboîture de contact (4) (6)		
PS5S20	Stratifié de polyester	378 384	378 384

PS4 : Désarticulation du coude et moignons d'avant-bras très courts assimilables

Code	**Nomenclature**	**Tarif en F.CFP**	**PLV en F.CFP TTC**
	1° Avec emboîture conventionnelle (4) (5)		
PS4D01	Alliage léger	328 392	328 392
PS4S01	Stratifié de polyester	328 397	328 397
	2° Avec emboîture de contact (4) (6)		
PS4S20	Stratifié de polyester	392 471	392 471

PS3 : Amputation de bras, moignons moyens et longs

Code	**Nomenclature**	**Tarif en F.CFP**	**PLV en F.CFP TTC**
	1° Avec emboîture conventionnelle (4) (5)		
PS3D01	Alliage léger	319 184	319 184
PS3S01	Stratifié de polyester	319 184	319 184
	2° Avec emboîture de contact (4) (6)		
PS3S20	Stratifié de polyester	383 780	383 780

PS2 : Amputation de bras, moignons courts

Code	**Nomenclature**	**Tarif en F.CFP**	**PLV en F.CFP TTC**
	1° Avec emboîture conventionnelle (4) (5)		
PS2D01	Alliage léger	356 994	356 994
PS2S01	Stratifié de polyester	356 994	356 994
	2° Avec emboîture de contact (4) (6)		

PS2S20	Stratifié de polyester	419 457	419 457

PS1 : Désarticulation scapulo-humérale et moignons de bras très courts assimilables

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Cet appareil comprend :		
	a) Un corselet de fixation avec articulation d'épaule double	Voir adjonction	
	b) Une des prothèses du type PS 3 : Le prix de la prothèse est déterminé par addition du prix d'un des corselets référencés en adjonctions et d'une prothèse d'un des types figurant sous la rubrique PS 3 à l'exclusion des prothèses avec emboîture de contact.	Voir prothèses	

Bonnet et gaine couvre-moignon

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	La prise en charge est assurée dans la limite de quatre pièces (gaines et/ou couvre-moignons) maximum au choix par an.		
	Bonnet couvre-moignon en laine et textile synthétique avec vanissage en laine peignée à l'intérieur et textile synthétique à l'extérieur, réalisé sans couture à la partie distale.		
	Bonnet couvre-moignon pour prothèse classique (épaisseur 5 fils)		
PS31	Bonnet couvre-moignon pour bras	3 057	3 057
PS61	Bonnet couvre-moignon pour avant-bras	2 858	2 858
	Bonnet couvre-moignon pour prothèse dite de contact ou classique (épaisseur 3 fils)		
PS32	Bonnet couvre-moignon pour bras	2 935	2 935
PS62	Bonnet couvre-moignon pour avant-bras	2 801	2 801
	Gaine couvre moignon en textile artificiel 100 % polyamide avec fermeture distale par remaillage classique.		
PS72	Gaine couvre moignon pour bras ou avant bras.	2 313	2 313

Fix-prothèse

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	La prise en charge est assurée dans la limite de deux fix-prothèses maximum par an.		

PS42	Dispositif réservé au maintien d'avant-bras contact, réalisé en tricot tramé élastique à extensibilité différenciée sur trois niveaux	12 230	12 230

Prothèses de vie sociale

- Prothèses en chlorure de polyvinyle (1)

Le tarif de ces prothèses comprend le prix du moulage ;

PS9 : Amputation des doigts

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	(Avec gant et pièce intermédiaire)		
	Chlorure de polyvinyle :		
PS9R01A	Attribution en première mise (par doigt)	87 356	87 356
PS9R01B	Attribution en deuxième mise et renouvellement (par doigt)	5 543	5 543

PS8 : Amputation transmétacarpienne

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	(Avec pièce intermédiaire paume, pièces intermédiaires doigts et gant avec ou sans fermeture à glissière)		
PS8R01	Chlorure de polyvinyle pour amputation partielle avec conservation d'un ou de plusieurs doigts	132 159	132 159
PS8R02	Chlorure de polyvinyle pour amputation ayant entraîné l'ablation totale des doigts	109 684	109 684

PS7 : Désarticulation carpienne et radio-carpienne

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	(Calotte, armature médiane, pièce intermédiaire, manchon de succion, raccord de poignet, gant-main compris)		
PS7R01	Chlorure de polyvinyle	109 684	109 684

PS6 : Amputation d'avant-bras, moignons moyens ou longs (Avec pronation-supination)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	(Calotte, armature médiane, pièce intermédiaire, manchon de succion, raccord de poignet, gant-main compris)		
PS6R01	Chlorure de polyvinyle.	256 079	256 079

PS5 : Amputation d'avant-bras, moignons courts (Sans pronation-supination)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	(Calotte, armature médiane, manchon de succion, raccord de poignet, gant compris)		
PS5R01	Chlorure de polyvinyle.	256 079	256 079

PS4 : Désarticulation du coude et moignons d'avant-bras très courts assimilables

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	(Emboîture, coude à axe simple sans verrou, segment d'avant-bras, pièces intermédiaires de doigts, gants de succion de bras et gants de recouvrement bras, avant-bras et main. Main fixée par vis sur le segment d'avant-bras)		
PS4R01	Chlorure de polyvinyle	395 354	395 354

PS3 : Amputation de bras, moignons moyens ou longs

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	(Emboîture, coude à axe simple sans verrou, segment d'avant-bras, pièces intermédiaires de doigts, gants de succion de bras et gants de recouvrement bras, avant-bras et main. Main fixée par vis sur le segment d'avant-bras)		
PS3R01	Chlorure de polyvinyle	395 354	395 354

PS2 : Amputation de bras, moignons courts

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	(Emboîture, coude à axe simple sans verrou, segment d'avant-bras, pièces intermédiaires de doigts, gants de succion de bras et gants de recouvrement bras, avant-bras et main. Main fixée par vis sur le segment d'avant-bras)		
PS2R01	Chlorure de polyvinyle	430 484	430 484

PS1 : Désarticulation scapulo-humérale et moignons de bras très courts ankylosés

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	(Emboîture épaule souple, coude à axe simple sans verrou, segment de bras et d'avant-bras, pièces intermédiaires de doigts, gants d'épaule et gants de recouvrement bras, avant-bras et main. Main fixée par vis sur le segment d'avant-bras)		
PS1R01	Chlorure de polyvinyle	430 484	430 484

- Prothèses tubulaires (1)

Le tarif de ces prothèses ne comprend pas le prix du moulage.

574

PS4 : Désarticulation du coude et moignons d'avant-bras très courts assimilables

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	1. Avec emboîture conventionnelle (4)		
	Prothèse tubulaire avec segment d'avant-bras constitué par un tube terminé à son extrémité inférieure par un taraudage dans lequel se visse une main souple (non comprise). Revêtement esthétique de l'avant-bras en matière plastique cellulaire et gaine textile de recouvrement.		
PS4Z01	Emboîture en stratifié de polyester avec volet antérieur maintenu par bandes textiles adhérentes	238 396	238 396
	2. Avec emboîture de contact (4) (7)		
	Prothèse tubulaire avec segment d'avant-bras constitué par un tube terminé à son extrémité inférieure par un taraudage dans lequel se visse une main souple (non comprise). Revêtement esthétique de l'avant-bras en matière plastique cellulaire et gaine textile de recouvrement.		
PS4Z20	Emboîture en stratifié de polyester	266 873	266 873

PS3 : Amputation du bras, moignons moyens ou longs

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	1. Avec emboîture conventionnelle (8)		
	Prothèse tubulaire avec segment d'avant-bras constitué par un tube, terminé à son extrémité inférieure par un taraudage dans lequel se visse une main souple (non comprise). Revêtement esthétique de l'avant-bras en matière plastique cellulaire et gaine textile de recouvrement.		
PS3Z01	Emboîture en stratifié de polyester	244 932	244 932
	2. Avec emboîture de contact (7) (8)		
	Prothèse tubulaire avec segment d'avant-bras et du bras constitué par un tube terminé à son extrémité inférieure par un taraudage dans lequel se visse une main souple (non comprise). Revêtement esthétique de l'avant-bras en matière plastique cellulaire et gaine textile de recouvrement.		
PS3Z20	Emboîture en stratifié de polyester	271 100	271 100

PS2 : Amputation de bras, moignons courts

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	1. Avec emboîture conventionnelle (8)		
	Prothèse tubulaire dont le segment de bras est partiellement constitué par un tube et le segment d'avant-bras par un tube terminé à son extrémité inférieure par un taraudage dans lequel se visse une main souple (non comprise). Revêtement esthétique de l'avant-bras et du bras en matière plastique cellulaire et gaine textile de recouvrement.		

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

PS2Z01	Emboîture en stratifié de polyester	313 197	313 197
	2. Avec emboîture de contact (7) (8)		
	Prothèse tubulaire dont le segment de bras est partiellement constitué par un tube et le segment d'avant-bras par un tube terminé à son extrémité inférieure par un taraudage dans lequel se visse une main souple (non comprise). Revêtement esthétique de l'avant-bras et du bras en matière plastique cellulaire et gaine textile de recouvrement.		
PS2Z20	Emboîture en stratifié de polyester	341 676	341 676

PS1 : Désarticulation scapulo-humérale et moignons de bras très courts assimilables

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Prothèse avec corselet de fixation. Les segments de bras et d'avant-bras sont constitués par des tubes, celui d'avant-bras étant terminé par un taraudage dans lequel se visse une main souple (non comprise). Revêtement esthétique de l'avant bras et du bras en matière plastique cellulaire et gaine textile de recouvrement (8).		
	Corselet de fixation stratifié de polyester		
PS1Z01	Avec articulation d'épaule simple à friction	380 395	380 395
PS1Z02	Avec articulation d'épaule à rotule	387 061	387 061
PS1Z03	Avec liaison souple à l'épaule joignant le corselet de fixation au tube du segment de bras.	307 189	307 189

2.7.2.2.2.2. Adjonctions

Adjonctions particulières aux prothèses de travail

- Outils ou dispositifs divers s'adaptant aux prothèses (Queue de prise rapide à guillotine comprise)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	a) Culture et jardinage		
AS9A10	Agriculteur Julien	17 806	17 806
	b) Outils professionnels		
AS9A31	Anneau crochet ordinaire	5 984	5 984
AS9A35	Étau sur chape.	25 735	25 735
AS9A36	Étau sur rotule.	25 735	25 735
AS9A37	Marteau simple	6 877	6 877

AS9A38	Marteau antivibrateur.	9 871	9 871
	c) Dispositifs ou outils spéciaux		
	Ces dispositifs sont exécutés	Sur devis	

- Mains (Queue de prise rapide à guillotine comprise)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AS9B10	Main bois avec crispin pour prothèse pour amputation de bras	41 107	41 107
AS9B11	Main bois avec crispin pour prothèse pour amputation d'avant-bras.	23 047	23 047
AS9T01	Supplément pour remplacement d'une main bois par une main feutre	11 256	11 256

- Adjonctions complémentaires (Queue de prise rapide à guillotine comprise)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AS7A01	Dispositif à prise rapide à guillotine, permettant l'interchangeabilité instantanée de tous outils professionnels et dispositifs divers (à ajouter lorsque le cas appareillé le permet aux prothèses non déjà munies de ce dispositif).	20 348	20 348
AS7A10	Queue de prise rapide pour prise rapide à guillotine	3 440	3 440
AS6A01	Avant-bras articulé en métal léger, à prise rapide pouvant recevoir tous outils professionnels et s'adaptant sur dispositif à prise rapide fixé à la gaine brassard. Convient à certaines amputations de bras	35 753	35 753
AS6A10	Tige de Trèves seule avec queue de prise rapide	14 213	14 213
AS4A01	Verrou de coude à blocage manuel	25 584	25 584
AS4C01	Bracelet facultatif pour prothèse pour amputation d'avant-bras	22 741	22 741
AS3T01	Dispositif de suspension dit "bricole anglaise" pour prothèse pour amputation d'avant-bras. (Ce dispositif peut se substituer au brassard mais le prix de l'appareil reste inchangé)	15 852	15 852
AS1C01	Épaulière ordinaire	15 590	15 590
AS1T01	Épaulière en "X"	12 294	12 294
AS1T02	Épaulière avec coulisseau.	14 518	14 518
AS1A01	Articulation simple d'épaule (pièce sur pièce)	33 206	33 206
AS1A02	Articulation double d'épaule (à charnière et articulation pièce sur pièce) .	46 386	46 386

AS9Z95	Pince 3 ressorts (type Link)	243 743	243 743

- Adjonctions particulières aux prothèses en polyester

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AS1Z01	Système de sangles passant autour de l'épaule opposée à l'amputation avec câble de commande relié au dispositif terminal	35 866	35 866

- Adjonctions particulières aux prothèses références PS6C20, PS6C21, PS6C22

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AS9A01	Pince amovible s'adaptant sur l'appareil mixte	Sur devis	
AS3C10	Brassard extensible	Sur devis	
AS9A02	Adaptation d'une main en bois ou en feutre (main non comprise)	Sur devis	
AS9A03	Adaptation d'outils professionnels	Sur devis	

Adjonctions particulières aux prothèses de service

- Outils ou dispositifs divers s'adaptant aux prothèses (queue de prise rapide à guillotine comprise)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Dispositifs ou outils spéciaux		
	Ces dispositifs ou outils sont exécutés	Sur devis	

- Mains

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AS9S01	Main en matière plastique avec pouce articulé et queue de prise rapide à guillotine, commande par tirage extérieur comprise	72 303	72 303
AS9D01	Main en alliage léger à ouverture active avec pouce et doigts articulés, commande par tirage extérieur, blocage des doigts en toutes positions. Queue de prise rapide à guillotine comprise	243 506	243 506
AS9D02	Main en alliage léger à fermeture active et ouverture passive par ressort, pouce et doigts articulés, commande par tirage extérieur permettant, selon la traction opérée, le dosage du serrage, l'ouverture et la fermeture sans blocage ou avec blocage automatique à double enclenchement dans toutes les	265 713	265 713

	positions de fermeture de la main. Gant esthétique en matière plastique et queue de prise rapide à guillotine		
AS9D03	Main en matériaux légers à fermeture active et ouverture passive par ressort. Commande du mécanisme de préhension progressive par tirage extérieur avec ou sans blocage automatique. Synchronisme de contact du pouce, de l'index et du médius à pression équilibrée. Section ovale du poignet avec prolongateur pour section ronde compris. Gant de recouvrement non compris. Queue de prise rapide à guillotine comprise	243 506	243 506
AS9D04	Main D.A. pour enfant, adolescent, adulte, main de construction modulaire à fermeture active et ouverture passive assistée par un dispositif de restitution d'énergie : commande par tirage extérieur, auto-verrouillage des doigts en toute position ; déverrouillage s'effectuant sans augmentation de la force de serrage ; pouce à deux positions pré réglables ; index et majeur rigides et mobilisés, possédant une indépendance relative de mouvement permettant une prise équilibrée. Gant de recouvrement compris	367 821	367 821
	Suppléments pour :		
AS9D50	Trois doigts mobilisés (index, majeur et annulaire) [11]	23 185	23 185
AS9D51	Une articulation inter phalangienne proximale (index, majeur et annulaire) [11]	42 838	42 838
AS9D52	Variateur favorisant la force de préhension [11]	71 948	71 948
AS9D53	Dispositif passif de prono-supination à friction réglable et blocage instantané [11]	6 323	6 323
AS9D54	Dispositif passif de prono-supination à rotule à friction réglable et blocage instantané [11]	23 503	23 503
AS9R01	Gant de recouvrement en chlorure de polyvinyle	22 693	22 693
AS9R50	Gant de recouvrement en silicone (12)	73 164	73 164
AS9R02	Main souple de vie sociale, gant, pièce intermédiaire paume, pièces intermédiaires doigts, queue de prise rapide à guillotine comprise	94 995	94 995
AS9R03	Moufle en matière plastique comportant une queue à vis pour fixation sur des prothèses destinées à des enfants âgés de 6 mois à 3 ans (déduire la référence AS 7 A 01 du prix de la prothèse si celle-ci est prévue à l'origine avec une prise rapide)	Sur devis	

Mains pour enfants

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AS9Z02	Main en matière plastique à ouverture active et fermeture passive, commande par tirage extérieur, force de préhension réglable, sans gant de recouvrement (existe en plusieurs tailles)	105 409	105 409

- Crochets-pinces

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AS9A85	Crochet-pince à ouverture active, fermeture passive par ressort métal ou caoutchouc, commande par tirage extérieur, avec queue de prise rapide à guillotine	30 524	30 524
AS9A86	Crochet-pince à ouverture active, fermeture passive par ressort, commande par poussoir central avec queue de prise rapide à guillotine	66 139	66 139
AS9D87	Crochet-pince à ouverture active, fermeture passive par ressort permettant deux forces de préhension par changement de direction du ressort. Branches en alliage léger inclinées par rapport à leur axe de rotation, commande par tirage extérieur, avec queue de prise rapide à guillotine (pour adultes)	62 786	62 786
AS9D88	Crochet-pince à ouverture active, fermeture passive par anneaux élastiques. Branches en alliage léger inclinées par rapport à leur axe de rotation, commande par tirage extérieur avec queue de prise rapide à guillotine (pour adolescents)	54 730	54 730
AS9D89	Crochet-pince à ouverture active, fermeture passive par anneaux élastiques. Branches en alliage léger inclinées par rapport à leur axe de rotation, commande par tirage extérieur avec queue de prise rapide à guillotine (pour enfants)	59 197	59 197
AS9D90	Crochet-pince à ouverture active, fermeture passive par ressort permettant deux forces de préhension par changement de direction du ressort. Branches en alliage léger dans le plan de l'axe de rotation, commande par tirage extérieur avec queue de prise rapide à guillotine (pour adultes).	114 068	114 068
AS9D91	Pince tridigitale à ouverture active, commande par tirage extérieur, avec queue de prise raide à guillotine (pour adultes)	208 722	208 722
AS9D92	Crochet-pince à fermeture active, ouverture passive par ressort, avec dispositif de blocage en fermeture par friction, commande par tirage extérieur, avec queue de prise rapide à guillotine (pour adultes)	159 685	159 685
AS9D93	Pince multiprise à quatre branches, ouverture active, fermeture passive par ressorts, système de blocage en position de fermeture totale, commande par tirage extérieur avec queue de prise rapide à guillotine ou tige filetée	173 212	173 212

- Dispositifs complémentaires

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AS7A20	Dispositif de pro supination du poignet (à frottement dur)	8 075	8 075
AS7A21	Le même à plots avec blocage	17 206	17 206
AS7A22	Poignet à rotule (à frottement dur)	10 770	10 770
AS7A02	Supplément pour remplacement de la prise rapide à guillotine par une prise rapide à poussoir central, commande comprise	13 166	13 166

AS7A11	Supplément pour remplacement de la queue de prise rapide pour prise rapide à guillotine par une queue de prise rapide à poussoir central, commande d'ouverture de la main ou de la pince comprise	3 440	3 440
AS7A10	Supplément pour fourniture d'une queue de prise rapide avec plateau percé de trous ou taillé pour blocage en position, pour prise rapide à guillotine	3 440	3 440
AS7A12	Supplément pour fourniture d'une queue de prise rapide avec plateau de grand diamètre percé de trous pour blocage en position, pour prise rapide à guillotine	7 031	7 031
AS4Z10	Commande active simple flexion de l'avant-bras avec adaptation sur bretelle de suspension	14 598	14 598
AS4Z11	Commande active de flexion de l'avant-bras avec surmultiplication et adaptation sur la bretelle de suspension (prothèse pour amputation de bras) .	14 598	14 598
AS4Z12	Commande active simple de verrouillage de coude avec adaptation sur la bretelle de suspension	14 598	14 598
AS4A02	Verrou de coude automatique	21 697	21 697
AS4A03	Supplément pour remplacement du coude simple par un ensemble de coude constitué par un bloc articulaire, avec dispositif rotatif permettant les mouvements abduction-adduction de l'avant-bras et verrouillage à commande manuelle	39 207	39 207
AS4A04	Supplément pour remplacement du coude simple par un ensemble de coude constitué par un bloc articulaire, avec dispositif rotatif permettant les mouvements abduction-adduction de l'avant-bras et verrouillage à commande active (dispositif de commande non compris)	91 127	91 127
AS4A05	Supplément pour ferrure spéciale de coude (prothèse pour désarticulation de coude) avec verrouillage extérieur à commande active (dispositif de commande non compris)	103 098	103 098
AS3A10	Supplément pour dispositif rotatif permettant les mouvements passifs d'abduction - adduction de l'avant-bras (prothèse pour amputation de bras)	21 387	21 387
AS4A15	Supplément pour articulation polycentrique (prothèse pour amputation d'avant-bras)	7 482	7 482
AS4A16	Supplément pour articulation du coude avec surmultiplication de flexion (prothèse pour amputation d'avant-bras)	20 651	20 651
AS4Z51	Coude à système d'assistance à la flexion de l'avant-bras (y compris montage et adaptation)	591 695	591 695
AS4Z52	Coude à système d'assistance à la flexion de l'avant-bras et verrou (y compris montage et adaptation)	782 604	782 604
AS6C05	Double emboîture en cuir moulé adaptée à une prothèse pour amputation d'avant-bras	22 598	22 598
AS6C06	Gainage en cuir léger, moulé à l'intérieur d'une emboîture de prothèse pour amputation d'avant-bras	11 153	11 153
AS6S01	Double emboîture en matière plastique adaptée à une prothèse pour amputation d'avant-bras	24 801	24 801
AS3C05	Double emboîture en cuir moulé adaptée à une prothèse pour amputation de bras.	30 670	30 670
AS3C06	Gainage en cuir léger, moulé à l'intérieur d'une emboîture de prothèse pour amputation de bras	15 403	15 403
AS3S01	Double emboîture en matière plastique adaptée à une prothèse pour amputation de bras	34 718	34 718

- Adjonctions particulières aux prothèses de contact

Adaptables aux prothèses pour amputation d'avant-bras

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AS6G01	Manchon intermédiaire.	31 121	31 121
AS6Z03	Manchon en silicone préfabriqué ou injecté de qualité médicale	178 268	178 268
	Le prix comprend le manchon, le dispositif de liaison adapté au patient et le travail lié à l'adaptation dans l'emboîture (tarif du moulage non inclus)		
AS6G02	Dispositif pneumatique pour compenser les variations du volume du moignon	18 071	18 071
AS6S03	Valve d'obturation	9 131	9 131

Adaptables aux prothèses pour amputation de bras

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AS3G01	Manchon intermédiaire	31 121	31 121
AS3G02	Dispositif pneumatique pour compenser les variations du volume du moignon	18 071	18 071
AS3S03	Valve d'obturation	9 131	9 131

- Corselet de fixation pour prothèse pour désarticulation d'épaule

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Corselet de fixation avec articulation d'épaule double		
AS1C10	Cuir moulé	91 717	91 717
AS1S10	Stratifié de polyester	78 661	78 661

Adjonctions communes aux prothèses de travail et aux prothèses de service

- Outils ou dispositifs divers s'adaptant aux prothèses (Queue de prise rapide comprise)

Dispositifs usuels

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AS9A20	Couteau	4 489	4 489
AS9A21	Cuillère	4 789	4 789

AS9A22	Fourchette	4 789	4 789
AS9A24	Presse papier (main d'écrivain)	6 281	6 281
AS9A25	Porte-brosse	6 281	6 281

Outils professionnels

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AS9A30	Aimant porte-clous	4 489	4 489
AS9A40	Pince de bijoutier	16 309	16 309

Dispositifs de conduite pour véhicules divers

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AS9A60	Calotte mobile de conduite auto, sur main bois, dispositif de montage dans la main compris	9 719	9 719
AS9A61	Collier à boule pour volant auto	4 489	4 489
AS9A62	Dispositif à calotte pour conduite auto	5 171	5 171

- Gainages

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AS6C02	Gainage d'un montant d'avant-bras	1 906	1 906
AS3C01	Gainage d'un montant de bras (tête d'articulation comprise)	2 637	2 637
AS6C01	Gainage d'une embrasse d'avant-bras	1 906	1 906
AS3C02	Gainage d'une embrasse de bras	1 906	1 906
AS3C03	Gainage d'une embrasse en "S"	2 052	2 052
AS5C01	Gainage d'une tête d'articulation.	1 465	1 465

Adjonctions particulières aux prothèses de vie sociale

- Prothèses en chlorure de polyvinyle

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AS8R01	Remplacement d'une pièce intermédiaire paume dure par une pièce intermédiaire paume souple	Sur devis	
AS4R01	Verrou de coude sur prothèses des types PS 4 R 01, PS 3 R 01, PS 2 R 01, PS 1 R 01.	25 740	25 740

AS6R50	Manchon d'avant-bras en silicone	65 546	65 546

- Prothèses tubulaires

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AS9Z01	Main souple avec gant à manchette longue avec queue filetée pour montage sur tube d'avant- bras	102 285	102 285

2.7.2.2.3. Orthopédie du membre supérieur

2.7.2.2.3.1. Appareils types et variantes

OS79 Main et doigts

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Appareils de maintien d'un ou plusieurs doigts		
OS79G01	Appareil de maintien d'un ou des doigt(s) en polyisoprène (9)	44 928	44 928
OS79G02	Appareil en polyisoprène de maintien et de correction destiné à recevoir des adjonctions ayant une action dynamique sur le(s) doigt(s)avec ou sans palette dorsale des doigts (9)	59 914	59 914

OS59 Avant-bras, main et doigts

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Articulé permettant la préhension par flexion dorsale de la main		
OS59A01	Armature acier, embrasses matière plastique	Sur devis	
	Gaine rigide (pouvant être portée de jour, de nuit ou jour et nuit, selon prescription médicale)		
OS59G01	Polyisoprène sans armature (9)	94 597	94 597
OS59U01	Textile Z 2 enduit de mousse de polyuréthane	30 513	30 513
OS59U02	Textile Z 4 enduit de mousse de polyuréthane	30 744	30 744
	Rigide pour maintien léger ou déformations rhumatismales (pouvant être portée de jour, de nuit ou jour et de nuit, selon prescription médicale)		
OS59V01	Bandes plastiques d'immobilisation en fibre de verre et acétate de cellulose (10)	52 585	52 585

OS58 Avant-brassard, demi-gantelet

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Gaine enveloppant la région métacarpienne et l'avant-bras		
	Cuir moulé :		
OS58C01	Sans armature métallique	82 598	82 598
	Avec armature métallique constituée par :		
OS58C02	a) Une seule attelle palmaire	92 373	92 373
OS58C03	b) Une attelle palmaire, un petit montant sur la face dorsale de la main et deux embrasses	111 608	111 608
	Polyisoprène :		
OS58G01	Sans armature (9)	73 459	73 459
OS58G02	Avec armature constituée par une seule attelle palmaire	90 475	90 475
OS58U01	Textile Z 1 enduit de mousse de polyuréthane	29 177	29 177
OS58U02	Textile Z 3 enduit de mousse de polyuréthane	30 341	303 41
OS58G03	Orthèse dynamique de main, avant-bras, articulée au poignet (9)	102 280	102 280
OS58K01	Copolymère acrylonitrile méthacrylate de méthyle	61 306	61 306
OS58L01	Acétate de cellulose (armé ou armaturé) .	78 579	78 579
OS58N01	Polyoléfine (sans armature)	67 093	67 093
OS58N02	Polyoléfine (avec armature)	85 689	85 689
OS58S01	Stratifié de polyester	57 961	57 961
	Pour maintien léger ou déformations rhumatismales		
OS58V01	Bandes plastiques d'immobilisation en fibre de verre et acétate de cellulose (10)	44 328	443 28

OS57 Avant-brassard jusqu'à l'articulation radio-carpienne

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Gaine rigide d'avant-bras		
OS57C01	Cuir moulé (armature constituée par deux montants et deux embrasses)	94 261	94 261
OS57K01	Copolymère acrylonitrile méthacrylate de méthyle	51 977	51 977
OS57L01	Acétate de cellulose (armé ou armaturé) .	54 799	54 799

OS57N01	Polyoléfine (sans armature) .	56 024	56 024
OS57N02	Polyoléfine (avec armature)	72 502	72 502
OS57S01	Stratifié de polyester	46 288	46 288
OS57G01	Polyisoprène sans armature (9)	64 615	64 615
	Pour maintien léger ou déformations rhumatismales		
OS57V01	Bandes plastiques d'immobilisation en fibre de verre et acétate de cellulose (10)	41 907	41 907

OS36 Avant-bras et bras

Articulé au coude (pour coude ballant)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OS36C01	Cuir moulé (gaine avant-bras et bras avec attelles latérales articulées pièce sur pièce, deux embrasses postérieures à l'avant-bras et au bras)	174 885	174 885
OS36N02	Polyoléfine (avec armature)	119 591	119 591
OS36S02	Stratifié (orthèse hélicoïdale constituée de structure brachiale et antibrachiale, avec articulations libres du coude)	265 328	265 328
OS36G01	Polyisoprène (orthèse pour paralysie obstétricale avec ou sans palette palmaire) .	144 713	144 713
OS36N20	Polyoléfine (orthèse hélicoïdale constituée de structures brachiale et antibrachiale avec articulation de coude à crémaillère)	241 423	241 423
OS36N21	Polyoléfine (orthèse hélicoïdale constituée de structures brachiale et antibrachiale avec articulation de coude à flexion automatique)	262 846	262 846

Rigide au coude

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OS36C10	Cuir moulé (gaine d'une seule pièce avec deux attelles latérales rigides en acier ou alliage léger et deux embrasses postérieures à l'avant-bras et au bras) .	163 316	163 316
OS36K10	Copolymère acrylonitrile méthacrylate de méthyle	77 991	77 991
OS36L10	Acétate de cellulose (armé ou armaturé)	71 361	71 361
OS36N11	Polyoléfine (sans armature) .	83 106	83 106
OS36N12	Polyoléfine (avec armature)	103 795	103 795

OS36N22	Polyoléfine (orthèse hélicoïdale constituée de structures brachiale et antibrachiale, rigide au coude, sans palette palmaire)	145 013	145 013
OS36S10	Stratifié de polyester, bivalve	82 113	82 113
OS36G02	Polyisoprène (orthèse hélicoïdale constituée de structures brachiale et antibrachiale, rigide au coude, sans palette palmaire)	127 298	127 298
OS36G10	Polyisoprène sans armature	110 988	110 988

Rigide pour maintien léger ou déformations rhumatismales

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OS36V01	Bandes plastiques d'immobilisation en fibre de verre et acétate de cellulose (10).	57 017	57 017

OS38 Mains, avant-bras et bras

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OS38U01	Textile Z 5 enduit de mousse de polyuréthane	38 585	38 585

OS16 Épaule, bras et avant-bras

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Gaine rigide épaulière-brassard avec avant-brassard articulé		
	Cuir moulé (armature constituée par deux attelles latérales articulées au coude pièce sur pièce, une ferrure d'épaulière, deux embrasses au brassard et à l'avant-bras) :		
OS16C01	Avec avant-brassard, cuir moulé	244 971	244971
OS16C02	Avec avant-brassard à embrasses garnies	233 620	233620
OS16N02	Polyoléfine (avec armature)	146 664	146664
OS16N12	Polyoléfine (orthèse hélicoïdale rigide, sans palette palmaire)	216 332	216 332
OS16G01	Polyisoprène (orthèse hélicoïdale rigide, sans palette palmaire)	260 904	260 904

OS13 Épaule, bras

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Gaine rigide épaulière-brassard		

OS13C01	Cuir moulé (armature en acier ou en alliage léger constituée par une ferrure d'épaulière, deux attelles latérales et deux embrasses postérieures)	192 632	192 632
OS13K01	Copolymère acrylonitrile méthacrylate de méthyle :	85 686	85 686
OS13L01	Acétate de cellulose armé ou armature	56 212	56 212
OS13N01	Polyoléfine (sans armature) .	90 870	90 870
OS13N02	Polyoléfine (avec armature)	135 601	135 601
OS13S01	Stratifié de polyester	85 935	85 935
OS13G01	Polyisoprène (sans armature) .	117 243	117 243
	Pour maintien léger ou déformations rhumatismales		
OS13V01	Bandes plastiques d'immobilisation en fibre de verre et acétate de cellulose (10)	59 626	59 626

2.7.2.2.3.2. Adjonctions

Main

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	a) Adjonctions particulières à un appareil		
AS8A01	Porte-outil disposé sur avant-brassard demi-gantelet avec armature.	17 504	17 504
	b) Adjonctions communes à plusieurs appareils		
AS89A01	Système dynamique d'extension d'un doigt	10 034	10 034
AS89A02	Système dynamique de flexion d'un doigt avec son dispositif d'attache.	22 444	22 444
AS78A01	Palette palmaire amovible	17 365	17 365
AS78A02	Dispositif pour paralysie radiale	32 044	32 044
AS78D01	Système dynamique d'extension ou de flexion du poignet avec ressort en acier inoxydable ou en élastique	23 690	23 690
AS78G01	Palette palmaire en polyisoprène	18 940	18 940

Coude

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AS4A10	Articulations de coude à chape en remplacement des articulations pièce sur pièce.	10 871	10 871

AS4A01	Verrou de coude à blocage manuel	25 584	25 584

Épaule

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AS1C01	Épaulière ordinaire	15 590	15 590
AS1A01	Articulation simple d'épaule (pièce sur pièce)	33 206	33 206
AS1A02	Articulation double d'épaule (à charnière et articulation pièce sur pièce).	46 386	46 386

Adjonctions particulières à l'orthèse hélicoïdale OS36S02

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AS1S01	Prolongement en stratifié de la structure brachiale sur l'épaule	56 409	56 409
AS78S01	Prolongement en stratifié de la structure anti-brachiale pour former palette palmaire	21 308	21 308
AS4A20	Verrou de coude à commande manuelle ou active (dans ce dernier cas ajouter la référence AS 4 Z 12)	88 159	88 159
AS4A21	Ressort antigravitation au coude	21 664	21 664
AS7A25	Dispositif de pro supination de la palette palmaire	22 928	22 928

Adjonctions particulières à l'orthèse hélicoïdale OS36N20 et OS36N21

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AS1N01	Prolongement rigide en polyoléfine de la structure brachiale sur l’épaule.	57 230	57 230
AS1N02	Prolongement en polyoléfine de la structure brachiale sur l'épaule, articulé, avec rappel automatique	116 626	116 626
AS78N01	Prolongement en polyoléfine de la structure antibrachiale pour former palette palmaire	17 214	17 214

Gainages

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AS78C01	Gainage d'une palette palmaire amovible	2 488	2 488
AS68C01	Gainage d'une attelle palmaire sur OS 58	3 734	3 734
AS67C01	Gainage d'un petit montant	1 906	1 906

AS6C01	Gainage d'une embrasse d'avant-bras	1 906	1 906
AS3C01	Gainage d'une embrasse de bras	2 637	2 637
AS67C02	Gainage d'un montant d'avant-bras	1 906	1 906
AS5C01	Gainage d'une tête d'articulation	1 465	1 465
AS34C01	Gainage d'un montant de bras (tête d'articulation comprise)	2 637	2 637
AS3C02	Gainage d'une embrasse en "S"	1 906	1 906
AS36C01	Gainage d'une attelle latérale rigide pour gaine rigide de coude	3 319	3 319
AS13C01	Gainage d'un montant externe à fourche pour épaulière brassard rigide	3 596	3 596

2.7.2.2.4. Texte des renvois

1	Sans prise rapide.
2	Sans prise rapide, anneau et crochet compris.
3	Prise rapide à guillotine, anneau et crochet compris.
4	Coude à articulation simple sans verrou.
5	Avec prise rapide à guillotine. - Dispositif terminal en adjonction.
6	Avec double emboîture de contact et prise rapide à guillotine. - Valve d'obturation, manchon intermédiaire, dispositif pneumatique, dispositif terminal en adjonction.
7	Valve d'obturation, manchon intermédiaire, dispositif pneumatique, dispositif terminal en adjonction.
8	Coude à articulation simple, avec verrou facultatif à commande passive.
9	Le moulage n'est pas indispensable, sauf sur demande expresse de la commission d’appareillage.
10	Le prix de cet appareil est fixé avec garnissage molleton. Une majoration de 5% est admise pour la garniture en chamois, sur prescription médicale, en fonction de la durée prévue de l'appareillage (supérieure à six mois).
11	En tenant compte des résultats fonctionnels obtenus après un certain temps d'utilisation, ainsi que de l'évolution de l'enfant, la construction modulaire de la main permet, si elle n'avait pas été retenue à l'origine, ces adaptations (démontage et montage du gant de recouvrement non compris).
12	Le renouvellement ne peut être accordé qu'après une durée d'utilisation minimum d'un an.

2.7.2.2.5. Prothèses du membre supérieur mues par énergie électrique, prothèses myoélectriques

2.7.2.2.5.1. Conditions générales

Les prothèses myoélectriques sont des prothèses mues par énergie électrique pour amputation et agénésie unilatérale ou bilatérale du membre supérieur ; ce sont des dispositifs médicaux au sens de l'article LP 2 de la loi de pays 2013-1 sus-visée.
Leur prise en charge est accordée sur entente préalable.

Conditions de prise en charge

La prise en charge des prothèses myoélectriques pour amputation ou agénésie unilatérale ou bilatérale, ou de leur rechange, est subordonnée :

1. À l'avis favorable d'un médecin responsable de l'appareillage, exerçant dans un service spécialisé en rééducation fonctionnelle d'un établissement de santé, public ou privé. Ce service dispose de moyens en personnels formés, de moyens en équipements adaptés à la réalisation des tests et apprentissages mentionnés ci-dessous ainsi qu'aux nécessités du suivi médico-technique ;

2. À la constitution d'un dossier d'évaluation établi par le médecin susmentionné responsable du déroulement de chaque étape de l'appareillage en fonction des éléments médicaux, médico-sociaux et d'environnement suivants :

- niveau d'amputation ;
- longueur du moignon ;
- état de la peau (troubles sensitifs, troubles trophiques, signes d'intolérance dus à une emboîture) ;
- tests de commande musculaire (myotesteurs) réalisés par l'équipe médicale responsable de l'appareillage ;
- motivations de l'intéressé ;
- motivations de l'entourage ;
- contraintes géographiques et socioprofessionnelles ;
- disponibilité de l'intéressé ou de sa famille, requise par les contraintes du contrôle médico-technique ;
- assimilation de la technique d'utilisation de système myoélectrique enseignée par un personnel qualifié et compétent.

En cas d'amputation bilatérale ou d'agénésie bilatérale, l'appareillage éventuel du second membre par une prothèse myoélectrique est réalisé après avis du médecin responsable de l'appareillage du premier membre après un délai laissé à son appréciation.
La prise en charge de prothèse(s) myoélectrique(s) n'exclut pas la prise en charge d'une prothèse de secours, esthétique ou mécanique.
Toutefois, la prise en charge d'une prothèse myoélectrique de deuxième mise peut être accordée, à la demande expresse et motivée du médecin responsable de l'appareillage, si l'adulte ou l'adolescent est dans l'impossibilité de poursuivre son activité professionnelle ou sa formation professionnelle, y compris en apprentissage, sans ce type de prothèse.

- Le renouvellement des prothèses myoélectriques est accordé après avis du médecin responsable de l'appareillage dans les conditions définies à l'article LP 36 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée.
- La prise en charge du chargeur est assurée à raison d'un chargeur par membre appareillé.

Un second chargeur peut être pris en charge en cas de nécessité scolaire ou professionnelle démontrée.

2.7.2.2.5.2. Prothèses pour adultes

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
PRO001	Prothèse d'avant bras pour adulte mue par énergie électrique, double emboîture, trois batteries (moulage non compris, chargeur non compris, gant non compris).	1 987 439	1 987 439

PRO002	Prothèse de bras pour adulte, coude mécanique, avant-bras myoélectrique incluant la main myoélectrique, double emboîture, trois batteries (moulage non compris, chargeur non compris, gant non compris)	2 208 265	2 208 265

2.7.2.2.5.3. Prothèses pour enfants ou pour adolescents

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
PRO003	Prothèse d'avant-bras pour enfants ou pour adolescents mue par énergie électrique, double emboîture, trois batteries (moulage non compris, chargeur non compris, gant non compris)	2 870 743	2 870 743
PRO004	Prothèse de bras pour enfants ou pour adolescents, coude mécanique, avant-bras myoélectrique incluant la main myoélectrique, double emboîture, trois batteries (moulage non compris, chargeur non compris, gant non compris)	3 091 543	3 091 543

2.7.2.2.5.4. Adjonctions

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
ADJ001	Adjonctions, chargeur pour un adulte.	49 710	49 710
ADJ002	Adjonctions, chargeur pour un enfant ou pour un adolescent	77 286	77 286
ADJ003	Adjonctions, batteries pour un adulte.	60 703	60 703
ADJ004	Adjonctions, batteries pour un enfant ou pour un adolescent	60 703	60 703
ADJ005	Adjonctions, pronosupination passive	49 710	49 710
ADJ006	Adjonctions, pronosupination active et mécanique	126 998	126 998
ADJ007	Adjonctions, pronosupination électrique par commande à harnais (après test positif réalisé dans le service de rééducation fonctionnelle)	485 816	485 816
ADJ008	Adjonctions, pronosupination électrique à quatre canaux (après test positif réalisé dans le service de rééducation fonctionnelle)	563 108	563 108
ADJ009	Adjonctions, pince étau électrique	1 048 924	1 048 924
ADJ010	Adjonctions, Gants en chlorure de polyvinyle pour un adulte. Ces deux types de gants ne peuvent être pris en charge que dans la limite d'un montant annuel, de date à date, de **150 407 F.CFP**.	24 855	24 855
ADJ011	Adjonctions, Gants en chlorure de polyvinyle pour un enfant ou pour un adolescent. Ces gants ne peuvent être pris en charge que dans la limite d'un montant annuel, de date à date, de **334 053 F.CFP**.	55 204	55 204

ADJ012	Adjonctions, gants en silicone, pour enfant, adolescent. Ces gants ne peuvent être pris en charge que dans la limite d'un montant annuel, de date à date, **334 053 F.CFP**.	73 154	73 154
ADJ013	Adjonctions, Gants en silicone, pour adulte. Ces gants ne peuvent être pris en charge que dans la limite d'un montant annuel, de date à date de **150 407 F.CFP**.	73 154	73 154

2.7.2.2.5.5. Société Otto Bock

Aucune adjonction autre que celles prévues ci-dessous ne peuvent être prises en charge avec une prothèse myoélectrique OTTO BOCK à l'exception des gants, des batteries et chargeurs pour enfant. Les éléments de la prothèse myoélectrique OTTO BOCK décrits ci-dessous sont garantis vingt-quatre mois.

prothèses

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
PSMA1	**Prothèse d'avant-bras Otto Bock MYOBOCK mue par énergie électrique pour adulte,** incluant l'emboîture de test, la double emboîture, deux batteries Li-Ion 757B20 ou 757B21, la prise rapide, le câblage (moulage non compris, chargeur non compris, gant non compris). Ces éléments seront systématiquement complétés par: - une des mains (ou pince) proposées dans les adjonctions selon le niveau d'amputation et la taille de la main ; - 1 ou 2 électrodes et/ou, le cas échéant, 1 ou 2 interrupteurs (1 interrupteur pouvant se substituer à 1 ou 2 électrodes).	1 145 511	1 145 511
PSMA2	**Prothèse de bras ou d'épaule Otto Bock MYOBOCK mue par énergie électrique pour adulte,** incluant l'emboîture de test, la double emboîture, deux batteries Li-Ion 757B20 ou 757B21, la prise rapide, le câblage (moulage non compris, chargeur non compris, gant non compris). Ces éléments seront systématiquement complétés par: une des mains (ou pince) proposées dans les adjonctions selon la taille de la main ; 1 ou 2 électrodes et/ou, le cas échéant, 1 ou 2 interrupteurs (1 interrupteur pouvant se substituer à 1 ou 2 électrodes) ; un des coudes proposés et, le cas échéant, par le sanglage de contrôle.	1 225 267	1 225 267
PSME1	**Prothèse d'avant-bras Otto Bock MYOBOCK mue par énergie électrique pour enfant**, incluant l'emboîture de test, la double emboîture, le câblage (moulage non compris, chargeur non compris, batteries non comprises, gant non compris). Ces éléments seront systématiquement complétés par: - une des mains proposées dans les adjonctions selon la taille de la main; 1 ou 2 électrodes et/ou, le cas échéant, 1 ou 2 interrupteurs (1 interrupteur pouvant se substituer à 1 ou 2 électrodes) ; 3 batteries.	765 634	765 634

PSME2	**Prothèse de bras ou d'épaule Otto Bock MYOBOCK mue par énergie électrique pour enfant**, incluant l'emboîture de test, la double emboîture, le coude mécanique 12K19, le câblage (moulage non compris, chargeur non compris, batteries non comprises, gant non compris). Ces éléments seront systématiquement complétés par: - une des mains proposées dans les adjonctions selon la taille de la main; - 1 ou 2 électrodes et/ou, le cas échéant, 1 ou 2 interrupteurs (1 interrupteur pouvant se substituer à 1 ou 2 électrodes) ; - 3 batteries.	1 005 186	1 005 186

Adjonctions pour adultes

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
PSMA3	Chargeur Li-Ion Otto Bock 757L20 pour adulte.	127 873	127 873
PSMA4	Batterie Li-Ion Otto Bock 757B20 ou 757B21 supplémentaire pour adulte.	106 278	106 278
PSMA5	Pronosupination Otto Bock 10S17 commandée par interrupteurs pour adulte.	617 077	617 077
PSMA6	Pronosupination Otto Bock 10S17 commandée par processeur Otto Bock 13E195 à 4 canaux pour adulte.	904 330	904 330
PSMA7	Insert de réglage des seuils Otto Bock 13E196 pour processeur II à 4 canaux pour adulte.	41 660	41 660
PSMA17	Montage endosquelettique Otto Bock 8R 1 pour appareillage d'avant-bras très court, uniquement en combinaison avec une main transcarpienne et un système de pronosupination pour adulte.	448 347	448 347
PSMA18	Prise rapide Otto Bock 10V38 permettant la flexion de poignet, pour tous types de membre résiduel jusqu'à avant-bras long, uniquement en combinaison avec une main transcarpienne pour adulte.	374 331	374 331
PSMA23	Sanglage de contrôle Otto Bock à triple traction 21A35=1 pour adulte, avec montage et réglages sur le patient.	105 616	105 616
PSMA22	Gant esthétique PVC Otto Bock 8S pour adulte avec personnalisation des couleurs. La prise en charge est assurée sur la base d'un forfait annuel pour le renouvellement du gant.	73 392	73 392

Mains pour patients avec membre résiduel au niveau transcarpien

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
PSMA8	Main électrique Otto Bock 8E44=6 Transcarpienne DMC Plus pour adulte.	1 364 895	1 364 895
PSMA9	Main électrique Otto Bock 8E44=7 Transcarpienne Digital Twin pour signaux faibles pour adulte.	1 140 466	1 140 466

Mains et pinces pour patients avec membre résiduel au niveau du poignet

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
PSMA14	Main électrique Otto Bock 8E39=8 Sensor Speed pour adulte.	1 901 122	1 901 122
PSMA12	Main électrique Otto Bock 8E39=6R/L7 DMC Plus taille 7 pour petite main adulte et adolescent.	1 369 838	1 369 838
PSMA13	Main électrique Otto Bock 8E39=7R/L7 Digital Twin taille 7 pour petite main adulte et adolescent avec signaux faibles.	1 241 317	1 241 317
PSMA16	Pince-étau Otto Bock 8E34=9 Greifer DMC Variplus pour adulte. Prise en charge en remplacement de la main.	1 748 563	1 748 563

Mains et pinces pour patients avec membre résiduel de l'épaule à l'avant-bras

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
PSMA24	Main électrique Otto Bock 8E38=8 Sensor Speed pour adulte.	2 007 417	2 007 417
PSMA10	Coude Otto Bock 12K33 à verrou mécanique par tirette à traction pour adulte.	1 476 137	1 476 137
PSMA11	Main électrique Otto Bock 8E38=7R/L7 Digital Twin taille 7 pour petite main adulte et adolescent avec signaux faibles.	1 347 613	1 347 613
PSMA15	Pince-étau Otto Bock 8E33=9 Greifer DMC Variplus pour adulte avec prise rapide. Prise en charge en plus de la main pour adulte.	1 854 859	1 854 859

Articulations de coude pour patients avec membre résiduel au niveau du coude

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
PSMA19	Ferrures Otto Bock 16X12 avec montage sur l'emboîture et fabrication de l'avant-bras pour adulte.	539 904	539 904
PSMA20	Coude Otto Bock 12K33 à verrou mécanique par tirette à traction pour adulte.	882 540	882 540

Articulations de coude pour patients avec membre résiduel de l'épaule au bras

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
PSMA25	Coude Otto Bock 12K50 à verrou électrique pour adulte.	1 703 878	1 703 878
PSMA21	Coude Otto Bock 12K44 à verrou mécanique par tirette à traction pour adulte.	1 140 409	1 140 409

Adjonctions pour enfants

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

PSME6	Câble de raccordement accumulateur avec clip extérieur Otto Bock 13E170 pour enfant.	18 960	18 960
PSME7	Gant esthétique PVC Otto Bock 8S20 pour enfant avec personnalisation des couleurs. La prise en charge est assurée sur la base d'un forfait annuel pour le renouvellement du gant.	97 185	97 185
PSME8	Main Otto Bock 8E51 pour enfant en taille 5 1/2, 6 ou 6 1/2 avec son boîtier de commande 9E370 LS 4in1.	1 763 845	1 763 845
PSME5	Main Otto Bock 8E51 pour enfant taille 5 avec son boîtier de commande 9E369 LS 4in1.	1 540 970	1 540 970

Adjonctions communes

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
PSMC6	Électrode Otto Bock 13E200=50 standard pour adulte et enfant.	216 994	216 994
PSMC5	Électrode Otto Bock 13E202=50 avec joint d'étanchéité pour emboîture à dépression pour adulte et enfant.	276 830	276 830
PSMC2	Interrupteur Otto Bock pour adulte et enfant.	118 660	118 660
PSMC4	Contacteur linéaire proportionnel Otto Bock 9X50 ou 9X52 pour adulte et enfant en remplacement d'une électrode.	211 043	211 043

2.7.2.2.5.6. Réparations

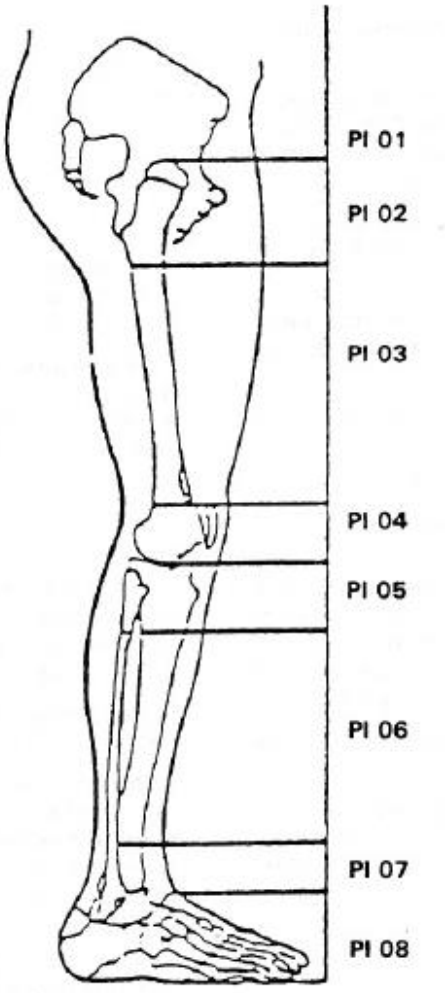
Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Les réparations sont prises en charge après avis du médecin responsable de l'appareillage sur facture :		
REP001	Réparations, renouvellement d'une double emboîture (emboîture en contact avec le moignon et celle le recouvrant) pour prothèse d'avant-bras (adaptation, démontage, remontage, vérification du fonctionnement de la main ou de la pince étau électrique compris) .	529 985	529 985
REP002	Réparations, renouvellement d'une double emboîture (emboîture en contact avec le moignon et celle le recouvrant) pour prothèse de bras (adaptation, démontage, remontage, vérification du fonctionnement de la main ou de la pince étau électrique compris)	607 274	607 274

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

2.7.2.3. Section II. - Appareillage du membre inférieur

2.7.2.3.1. Codification des prothèses de base de leurs adjonctions et de leurs variantes optionnelles

2.7.2.3.1.1. Codification anatomique



Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

2.7.2.3.1.2. Guide d'utilisation

Les prothèses de la section II "Appareillage du membre inférieur" font l'objet de trois chapitres :
Chapitre Ier : Prothèses exosquelettiques de base
Chapitre II : Prothèses endosquelettiques de base.
Chapitre III : Adjonctions et variantes optionnelles communes aux prothèses exosquelettiques et endosquelettiques, Adjonctions et variantes optionnelles pour prothèses exosquelettiques, Adjonctions et variantes optionnelles pour prothèses endosquelettiques.
Pour les prothèses exosquelettiques, le support et l'esthétique sont assurés par les différentes pièces constitutives de la prothèse.
Pour les prothèses endosquelettiques, le support est réalisé par un tube fixé à l'emboîture, l'esthétique est apportée par un revêtement en matériau souple reproduisant la morphologie du membre.
Dans chaque chapitre, les prothèses sont classées par niveaux d'amputation, au nombre de 8, de la hanche au pied.
Pour tous les niveaux d'amputation, le montage exosquelettique est réalisable : en revanche, en ce qui concerne les prothèses :
- pour amputation tibiotarsienne et transtarsienne ,
- pour désarticulation médiotarsienne,

le montage endosquelettique est à exclure pour des raisons techniques ou esthétiques.
Pour chaque niveau d'amputation, ont été retenus des appareils de base, généralement les appareils les plus simples et/ou les plus fréquemment prescrits ainsi que quelques appareils constituant un tout et n'admettant, ni adjonction, ni variante optionnelle.
Les appareils de base sont classés en fonction des matériaux utilisés pour leur fabrication.
Il est possible, lorsque les indications précédant la description de l'appareil de base le précisent, de compléter ce dernier par des adjonctions ou de le modifier par le biais de variantes optionnelles en se reportant au chapitre III.

Exemple d'utilisation

En cas d'appareillage :
Prothèse endosquelettique pour amputation de cuisse, moignon très court, avec emboîture de contact en résines stratifiées, avec genou à frein stabilisateur et pied rigide (Sach) (partie talonnière de souplesse variable) avec embase réglable permettant l'orientation du pied en équin et en rotation.
- Prothèse endosquelettique : Se reporter au chapitre II.
- Amputation de cuisse, moignon très court : Se reporter à PI 02.

- PI 02 :

Renvoi à PI03 mais en y ajoutant la référence prothèses en résines stratifiées pour moignon de cuisse très court : AI2S220.

- PI 03 :

Référence : prothèse de base avec emboîture à suspension en résines stratifiées, genou à articulation monoaxiale et pied articulé : PI03ZSD23.
Emboîture de contact (Variante optionnelle)
Se reporter au chapitre III "variantes optionnelles et adjonctions communes aux prothèses exosquelettiques et endosquelettiques" applicables au segment fémoral :
Référence : emboîture de contact en résines stratifiées : VI3S601.
Genou à frein stabilisateur (Variante optionnelle)
Se reporter au chapitre III "variantes optionnelles et adjonctions pour prothèses endosquelettiques" applicables au genou :
Référence : Articulation monoaxiale à frein stabilisateur: VI 4 Z H 20.

Pied rigide (Sach) (partie talonnière de souplesse variable) avec embase réglable permettant l'orientation du pied en équin et en rotation (Variante optionnelle) : Se reporter au chapitre III "variantes optionnelles et adjonctions pour prothèses endosquelettiques" applicables au pied :
Référence : Pied rigide (Sach) avec embase réglable permettant l'orientation du pied en équin et en rotation :VI 8 Z 7 20.
En termes de nomenclature, la prescription est donc PI03ZSD23
+ AI2S220
+ VI3S601
+ VI4ZH20
+ VI8Z720
Nota: À noter que dans le texte, les chiffres entre parenthèses constituent des renvois à consulter à la fin de la section II.

Prothèses de base

La codification des prothèses de base est alphanumérique à neuf caractères.
Le premier : la lettre (P) - prothèse.
Le second: la lettre (I) - membres inférieurs.
Le troisième : le chiffre 0 précède le niveau d'amputation quand il ne s'agit pas d'une malformation congénitale. Lorsqu'il s'agit d'orthoprothèses pour agénésie, un chiffre autre que 0 indique la partie supérieure de l'emboîture (Cf codification anatomique).
Le quatrième : un chiffre indique le niveau d'amputation quand il ne s'agit pas d'une malformation congénitale. Lorsqu'il s'agit d'orthoprothèses pour agénésie, ce quatrième chiffre indique la partie inférieure de l'emboîture (Cf codification anatomique).
Le cinquième : une lettre indique le matériau utilisé pour la confection de la prothèse exosquelettique ou la lettre Z lorsqu'il s'agit d'un montage endosquelettique.
Le sixième : une lettre indique le matériau utilisé pour la confection de l'emboîture.
Le septième : une lettre indique le type de mécanisme employé au niveau du genou :
Le huitième : un chiffre indique le type d'emboîture.
Le neuvième : un chiffre indique le type de prothèse (pilon, prothèse sans pied, prothèse avec pied et dans ce dernier cas, le type de pied utilisé).

Adjonctions et variantes optionnelles pour prothèses de base

À partir de certains appareils de base, il est possible, par le jeu d'adjonctions et/ou de variantes optionnelles, de réaliser d'autres types de prothèses.
La codification de ces adjonctions ou variantes optionnelles est alphanumérique à sept caractères :
Le premier: la lettre (A) - adjonction - la lettre (V) - variante optionnelle.
Le second: la lettre (I) - membre inférieur.
Le troisième : un chiffre indique le niveau d'utilisation de l'adjonction ou de la variante optionnelle :
Le quatrième : une lettre indique le matériau de l'adjonction ou de la variante optionnelle lorsqu'elle est commune aux prothèses endosquelettiques ou exosquelettiques ; lorsqu'il s'agit d'une adjonction ou d'une variante optionnelle propre aux prothèses endosquelettiques, la lettre est Z .
Le cinquième : selon le niveau où l'on se situe :
soit un chiffre indique le type d'emboîture,
soit une lettre indique le type de mécanisme employé au niveau de l'articulation,
soit un chiffre indique le type de pied,
soit le chiffre 0 pour tout autre type d'adjonctions ou de variantes optionnelles que celles citées ci-dessus.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Le sixième et le septième : deux chiffres indiquent un numéro d'ordre.

Niveaux d'amputation

1. Désarticulation de hanche
2. Amputation fémorale (moignon très court)
3. Amputation fémorale
4. Désarticulation de genou ou moignon fémoral très long
5. Amputation tibiale à moignon très court ankylosé ou non
6. Amputation tibiale
7. Amputation tibiotarsienne et transtarsienne
8. Désarticulation médiotarsienne

Matériaux

A. Acier
B. Bois
C. Cuir et peaux
D. Métaux légers
E. Composite de carbone
J. Caoutchouc et polyisoprène
K. Copolymère à base acrylique
N. Polyoléfine
P. Plâtre ou bandes plâtrées pour moulages
R. Chlorure de polyvinyle
S. Résines stratifiées
T. Textile
U. Textile enduit de mousse de polyuréthane
V. Bandes plastiques d'immobilisation :
X. Un ou des matériaux inscrits aux spécifications techniques pour la fabrication des prothèses prévues à la nomenclature
Z. Montage endosquelettique.

Mécanismes au niveau de la hanche ou du genou

A. Sans articulation
B. Montant avec articulation pièce sur pièce
C. Montant avec articulation à chape
D. Articulation monoaxiale libre
F. Articulation polycentrique à segment d'engrenage
G. Articulation polycentrique à double articulation à biellettes (longues ou courtes)

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

H. Articulation monoaxiale à frein stabilisateur
L. Articulation de forme anatomique
M. Articulation à mécanisme hydraulique à accumulation d'énergie et à contrôle du mouvement du pied
N. Articulation polycentrique à double articulation à biellettes avec dispositif pneumatique de contrôle de la phase pendulaire
P. Articulation monoaxiale à mécanisme hydraulique de rappel du segment jambier
Q. Articulation monoaxiale à blocage
R. Articulation polycentrique à barre supérieure.

Types d'emboîture

1. Emboîture avec fermeture réglable
2. Emboîture rigide à suspension
3. Emboîture rigide à suspension avec manchon et tracteurs
4. Emboîture à adhérence musculaire
5. Emboîture de contact.

Types de pied

0. Pilon
1. Prothèse sans pied
2. Prothèse avec pied rigide
3. Prothèse avec pied articulé
4. Pied rigide avec coin talonnier de souplesse variable (type Sach)
6. Pied feutre caoutchouc ou matière plastique monté sur un ensemble de cheville spéciale (S.T.)
7. Pied rigide Sach (partie talonnière de souplesse variable) avec embase réglable permettant l'orientation du pied en équin ou en rotation
8. Pied monté sur un ensemble de cheville spéciale, muni d'un réglage antéro-postérieur.

2.7.2.3.2. Prothèses du membre inférieur

2.7.2.3.2.1. Chapitre I. - Prothèses exosquelettiques de base

Le tarif des appareils ne comprend pas le prix du moulage.

PI01 : Amputation inter-ilio-abdominale, désarticulation coxo-fémorale

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Cette prothèse comprend : Une coque d'emboîture Une prothèse du type PI 03.		
	Coque d'emboîture		

	a) Avec pièce de hanche et verrou		
AI1C101	En cuir moulé armé	315 005	315 005
AI1D101	En alliage léger	448 845	448 845
AI1S101	En résines stratifiées	362 958	362 958
	b) Avec articulation déportée à l'avant sans verrou		
AI1S111	En résines stratifiées (la prothèse adaptée à cette coque d'emboîture ne doit pas comporter de verrou au genou, mais assurer la stabilité par un positionnement adéquat des centres articulaires)	367 557	367 557
	c) Avec articulation déportée à l'avant avec verrou		
AI1S112	En résines stratifiées.	403 067	403 067

PI02 : Amputation de cuisse moignon très court

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Ajouter à une prothèse de type PI 03 (5) l'une des références suivantes :		
AI2B201	Pour prothèse en bois	43 151	43 151
AI2D201	Pour prothèse en alliage léger	38 013	38 013
AI2S201	Pour prothèse en résines stratifiées	25 698	25 698

PI03 : Amputation de cuisse moignon moyen ou long

Pour une emboîture de contact ou à adhérence musculaire se reporter à la rubrique Variantes optionnelles, à l'exception des emboîtures en cuir.

Prothèses avec emboîture à suspension et quillon (pilon)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	1 ° Sans articulation au genou		
PI03ACA10	Avec montants en acier et emboîture en cuir (3)	411 293	411 293
	2° Avec articulation et verrou au genou		
PI03ACC10	Avec montants en acier et emboîture en cuir (provisoire) (4)	429 076	429 076
	En bois allégé, avec étrier et quillon en alliage léger		
PI03BBD20	Avec emboîture en bois (5)	378 871	378 871
PI03BCD10	Avec emboîture en cuir (3)	401 425	401 425

PI03BSD20	Avec emboîture en résines stratifiées (5)	402 812	402 812
	En alliage léger, avec étrier et quillon en alliage léger		
PI03DBD20	Avec emboîture en bois (5)	440 275	440 275
PI03DCD10	Avec emboîture en cuir (3)	431 738	431 738
PI03DDD20	Avec emboîture en alliage léger (5)	383 729	383 729
PI03DSD20	Avec emboîture en résines stratifiées (5)	438 054	438 054
	En résines stratifiées, avec étrier et quillon en alliage léger		
PI03SCD10	Avec emboîture en cuir (3)	432 533	432 533
PI03SSD20	Avec emboîture en résines stratifiées (5)	406 655	406 655

Prothèses avec emboîture à suspension verrou au genou, mollet et guillon

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Pour une emboîture de contact ou à adhérence musculaire, se reporter à la rubrique Variantes optionnelles, à l'exception des emboîtures en cuir.		
	En bois allégé		
PI03BBD21	Avec emboîture en bois (5)	439 923	439 923
PI03BCD11	Avec emboîture en cuir (3)	462 474	462 474
PI03BSD21	Avec emboîture en résines stratifiées (5)	463 865	463 865
	En alliage léger		
PI03DBD21	Avec emboîture en bois (5)	520 382	520 382
PI03DCD11	Avec emboîture en cuir (3)	511 841	511 841
PI03DDD21	Avec emboîture en alliage léger (5)	463 834	463 834
PI03DSD21	Avec emboîture en résines stratifiées (5)	517 056	517 056
	En résines stratifiées		
PI03SCD11	Avec emboîture en cuir (3)	511 853	511 853
PI03SSD21	Avec emboîture en résines stratifiées (5)	485 975	485 975

Prothèses avec emboîture à suspension, genou à articulation monoaxiale libre et pied articulé

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Pour tout autre type d'emboîture (à l'exception des emboîtures en cuir) de genou et de pied, se reporter à la rubrique Variantes optionnelles.		
PI03BBD23	**Avec emboîture en bois (5)**	442 693	442 693
PI03BCD13	Avec emboîture en cuir (3)	398 598	398 598
PI03BSD23	Avec emboîture en résines stratifiées (5)	466 635	466 635
	En alliage léger		
PI03DBD23	Avec emboîture en bois (5)	459 461	459 461
PI03DCD13	Avec emboîture en cuir (3)	453 833	453 833
PI03DDD23	Avec emboîture en alliage léger (5)	405 822	405 822
PI03DSD23	Avec emboîture en résines stratifiées (5)	456 316	456 316
	En résines stratifiées		
PI03SCD13	Avec emboîture en cuir (3)	468 923	468 923
PI03SSD23	Avec emboîture en résines stratifiées (5)	443 034	443 034

PI04 : Amputation transcondylienne, désarticulation du genou et amputation de cuisse moignon très long

Pour les emboîtures en cuir, en cas de nécessité d'un point d'appui sous-ischiatique, se reporter à la rubrique Adjonctions.
Les prothèses avec emboîture en alliage léger ou en résines stratifiées sont réalisées avec ou sans appui sous-ischiatiaque (dans ce cas, l'appui sous-ischiatique ne constitue pas une adjonction).

Prothèses avec emboîture à suspension et quillon (pilon)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	1 ° Sans articulation au genou		
PI04ACA10	Avec montants en acier et emboîture en cuir (4)	455 185	455 185
	2° Avec articulation et verrou au genou		
PI04ACB10	Avec montants en acier et emboîture en cuir (3)	457 625	457 625
PI04DDC20	En alliage léger, avec montants en acier et emboîture en alliage léger (1)	423 166	423 166
PI04SSC20	En résines stratifiées, avec montants en acier et emboîture en résines stratifiées (1)	392 265	392 265

Prothèses avec emboîture à suspension, verrou au genou, mollet et quillon

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
PI04BCB11	En bois allégé, avec montants en acier et emboîture en cuir (3)	528 585	528 585
PI04DCB11	En alliage léger, avec montants en acier et emboîture en cuir (3)	605 832	605 832
PI04DDB21	En alliage léger, avec montants en acier et emboîture en alliage léger (5)	570 274	570 274
PI04SCB11	En résines stratifiées, avec montants en acier et emboîture en cuir (3)	527 503	527 503
PI04SSB21	En résines stratifiées, avec montants en acier et emboîture en résines stratifiées (5)	461 044	461 044

Prothèses avec emboîture à suspension, avec ou sans verrou au genou et pied articulé

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Pour tout autre type de pied se reporter à la rubrique Variantes optionnelles.		
PI04BCB13	En bois allégé, avec montants en acier, verrou et emboîture en cuir (3)	543 511	543 511
PI04BCC13	En bois allégé, avec montants en acier et emboîture en cuir (1)	529 198	529 198
PI04DCB13	En alliage léger, avec montants en acier, verrou et emboîture en cuir (3)	607 410	607 410
PI04DCC13	En alliage léger, avec montants en acier, et emboîture en cuir (1)	609 113	609 113
PI04DDC23	En alliage léger, avec montants en acier et emboîture en alliage léger (1)	557 918	557 918
PI04SCB13	En résines stratifiées, avec montants en acier avec verrou et emboîture en cuir (3)	530 106	530 106
PI04SCC13	En résines stratifiées, avec montants en acier, et emboîture en cuir (1)	525 582	525 582
PI04SSC23	En résines stratifiées, avec montants en acier et emboîture en résines stratifiées (1)	456 734	456 734

PI05 : Amputation de jambe à moignon très court, ankylose ou non, nécessitant un appui du genou en flexion

En cas de nécessité d'un point d'appui sous-ischiatique, se reporter à la rubrique Adjonctions.

Prothèses avec emboîture à suspension et quillon (pilon)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
PI05ACA10	Avec montants en acier et emboîture en cuir, sans articulation (4)	451 256	451 256
PI05ACB10	Avec montants en acier, emboîture en cuir et articulation à verrou (3)	438 722	438 722

Prothèses avec emboîture à suspension, verrou au genou, mollet et quillon

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
PI05BCB11	Bois allégé, avec montants en acier et emboîture en cuir (3)	494 843	494 843
PI05DCB11	En alliage léger, avec montants en acier et emboîture en cuir (3)	571 995	571 995
PI05SCB11	En résines stratifiées, avec montants en acier et emboîture en cuir (3)	493 758	493 758

Prothèses avec emboîture à suspension et pied articulé

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Pour tout autre type de pied se reporter à la rubrique Variantes optionnelles.		
PI05BCC13	En bois allégé, avec montants en acier et emboîture en cuir (1)	495 448	495 448
PI05DCC13	En alliage léger, avec montants en acier et emboîture en cuir (1)	562 043	562 043
PI05SCC13	En résines stratifiées, avec montants en acier et emboîture en cuir (1)	491 836	491 836

PI06 : Amputation de jambe

Prothèses avec emboîture à suspension et quillon (pilon)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
PI06ACB10	Avec montants en acier et emboîture en cuir (provisoire) (3)	327 363	327 363
PI06ACC10	Avec montants en acier et emboîture en cuir (définitive) (1)	350 889	350 889

Prothèses avec emboîture à suspension avec mollet et quillon

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
PI06DDC31	En alliage léger, avec manchon en cuir et tracteurs (1)	367 549	367 549
PI06SSC31	En résines stratifiées, avec manchon en cuir et tracteurs (1)	365 911	365 911

Prothèses avec emboîture à suspension et pied articulé

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Pour tout autre type de pied se reporter à la rubrique Variantes optionnelles.		
PI06ACC13	Avec montants en acier et emboîture en cuir (1)	365 626	365 626

PI06DDC33	En alliage léger, avec manchon en cuir et tracteurs (1)	369 119	369 119
PI06SSC33	En résines stratifiées, avec manchon en cuir et tracteurs (1)	399 179	399 179

Prothèses avec emboîture de contact

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV au public TTC en F.CFP
	Prothèse avec emboîture de contact et pied articulé, sans manchon : Le prix ne comprend pas celui des manchons qui est fixé dans la rubrique Variantes optionnelles.		
PI06SSA63	Avec emboîture en résines stratifiées	260 763	260 763
	- pour tout type de pied se reporter à la rubrique Variantes optionnelles,		
	- en cas de nécessité d'un cuissard se reporter à la rubrique Adjonctions.		
	Prothèses monobloc en composite de carbone (pour moignon stabilisé) avec emboîture de contact sans manchon, coin talonnier de souplesse variable, semelle et avant pied souples (poids maximum 850 gr. sans manchon)		
PI06FFA64	Avec emboîture en composite de carbone	404 162	404 162

PI07 : Amputation tibio-tarsienne et transtarsienne

En cas de nécessité d'un cuissard, se reporter à la rubrique Adjonctions.

Prothèse sans pied

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
PI07ACA11	Avec montants latéraux en acier et emboîture en cuir (dite "Botte de Roux")	289 430	289 430

Prothèses avec pied rigide

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
PI07ACA12	Avec montants en acier et emboîture en cuir	340 576	340 576
PI07SSA22	En résines stratifiées	353 821	353 821

Prothèses avec pied articulé

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
PI07ACA13	Avec montants en acier, latéraux ou antéro-postérieurs et emboîture en cuir (dite "col de cygne")	406 963	406 963

PI07DDA23	En alliage léger, avec gaine interne en cuir pour amputation de Syme, Chopart, .	481 927	481 927
PI07SSA23	En résines stratifiées avec ou sans gaine interne en cuir	435 509	435 509

PI08 : Désarticulation médio-tarsienne

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
PI08XXA22	Prothèse avec pied rigide (dans un des matériaux inscrits aux spécifications techniques)	Sur devis	

2.7.2.3.2.2. Chapitre II. - Prothèses endosquelettiques de base

Le tarif des appareils ne comprend pas le prix du moulage.

PI0l : Amputation inter-ilio-abdominale, désarticulation coxo-fémorale

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Cette prothèse comprend : Une coque d'emboîture Une prothèse du type PI 03 Coque d'emboîture		
	a) Avec articulation déportée à l'avant sans verrou		
AI1S120	En résines stratifiées (la prothèse adaptée à cette coque d'emboîture ne doit pas comporter de verrou au genou, mais assurer la stabilité par un positionnement adéquat des centres articulaires)	409 556	409 556
	b) Avec articulation déportée à l'avant avec verrou		
AI1S121	En résines stratifiées	416 841	416 841

PI02 : Amputation de cuisse moignon très court

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Ajouter à une prothèse du type PI 03 (5) l'une des références suivantes :		
AI2B220	Pour prothèse en bois	43 151	43 151
AI2D220	Pour prothèse en alliage léger	38 013	38 013
AI2S220	Pour prothèse en résines stratifiées	25 698	25 698

PI03 : Amputation de cuisse moignon moyen ou long

Prothèse d'entraînement ou d'étude avec emboîture de contact et guillon (pilon)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
PI03ZPA60	Avec emboîture en bandes plâtrées	122 174	122 174
PI03ZXA60	Avec emboîture dans un des matériaux inscrits aux spécifications techniques autre que les bandes plâtrées	221 737	221 737

Prothèses d'entraînement ou d'étude avec emboîture de contact, genou à articulation monoaxiale à verrou et pied articulé

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
PI03ZPD63	Avec emboîture en bandes plâtrées	250 126	250 126
PI03ZXD63	Avec emboîture dans un des matériaux inscrits aux spécifications techniques autre que les bandes plâtrées	349 686	349 686

Prothèses avec emboîture à suspension, genou à articulation monoaxiale libre et pied articulé

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Pour tout autre type d'emboîture (à l'exception de l'emboîture en cuir), de genou et de pied, se reporter à la rubrique Variantes optionnelles. En cas de nécessité d'un dispositif de recherche d'alignement à incorporer à la prothèse, se reporter à la rubrique Adjonctions.		
PI03ZBD23	Avec emboîture en bois (5)	440 693	440 693
PI03ZCD13	Avec emboîture en cuir (3)	434 039	434 039
PI03ZDD23	Avec emboîture en alliage léger (5)	398 670	398 670
PI03ZSD23	Avec emboîture en résines stratifiées (5)	452 784	452 784

Prothèses avec emboîture de contact avec genou hydraulique à accumulation d'énergie et à contrôle du mouvement du pied

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
PI03ZBM63	Avec emboîture en bois (6)	1 014 909	1 014 909
PI03ZSM63	Avec emboîture en résines stratifiées (6)	1 002 920	1 002 920

Prothèse esthétique avec emboîture à suspension, articulation libre au genou et à la cheville

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

PI03ZXD23	Avec emboîture dans un des matériaux inscrits aux spécifications techniques autre que les bandes plâtrées	318 576	318 576

PI04 : Amputation transcondylienne, désarticulation du genou et amputation de cuisse moignon très long

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Prothèses avec emboîture à suspension, genou à articulation monoaxiale libre et pied articulé		
	Pour tout autre type d'emboîture, de genou, de pied, se reporter à la rubrique Variantes optionnelles. Les prothèses avec emboîture en alliage léger ou en résines stratifiées sont réalisées avec ou sans appui sous-ischiatique (dans ce cas l'appui sous-ischiatique ne constitue pas une adjonction).		
PI04ZBD23	Avec emboîture en bois (5)	462 334	462 334
PI04ZDD23	Avec emboîture en alliage léger (5)	446 302	446 302
PI04ZSD23	Avec emboîture en résines stratifiées (5)	437 399	437 399

PI06 : Amputation de jambe

Prothèses d'entraînement ou d'étude avec emboîture (de contact si moignon non ouvert) et quillon (pilon)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
PI06ZPA60	Avec emboîture en bandes plâtrées	109 341	109 341
PI06ZXA60	Avec emboîture dans un des matériaux inscrits aux spécifications techniques autre que les bandes plâtrées	222 311	222 311

Prothèses d'entraînement ou d'étude avec emboîture (de contact si moignon non ouvert) et pied articulé

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Pour tout autre type de pied, se reporter à la rubrique Variantes optionnelles		
PI06ZPA63	Avec emboîture en bandes plâtrées	133 231	133 231
PI06ZXA63	Avec emboîture dans un des matériaux inscrits aux spécifications techniques autre que les bandes plâtrées	246 202	246 202

Prothèses avec emboîture à suspension et pied articulé

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

	Pour tout autre type de pied, se reporter à la rubrique Variantes optionnelles à l'exception des pieds propulsifs. Pour le dispositif de recherche d'alignement incorporé à la prothèse, se reporter à la rubrique Adjonctions.		
PI06ZDC33	Avec emboîture en alliage léger	438 594	438 594
PI06ZSC33	Avec emboîture en résines stratifiées	410 015	410 015

Prothèse avec emboîture de contact et pied articulé, sans manchon

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Le tarif ne comprend pas celui des manchons qui est fixé dans la rubrique Variantes optionnelles Pour tout autre type de pied, se reporter à la rubrique Variantes optionnelles. En cas de nécessité d'un cuissard, se reporter à la rubrique Adjonctions. En cas de nécessité d'un dispositif de recherche d'alignement à incorporer à la prothèse, se reporter à la rubrique Adjonctions.		
PI06ZSA63	Avec emboîture en résines stratifiées	303 788	303 788

2.7.2.3.2.3. Chapitre III. - Adjonctions et variantes optionnelles pour prothèses exosquelettiques et endosquelettiques

Adjonctions communes aux prothèses exosquelettiques et endosquelettiques

Applicables à la hanche

Pour les prothèses PI02 et PI03

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI1AC01	Pièce de hanche avec articulation à chape et à charnière avec une traverse articulée et une ceinture en cuir	77 119	77 119
AI1AD01	Demi-ceinture pelvienne en acier engainée dans la ceinture en cuir (cette adjonction, applicable aux références AI1AC01, AI1AC05, comporte la garniture en peau de cheval de la ceinture en cuir et un laçage assurant le maintien dans cette dernière de la ceinture en acier) .	36 379	36 379
AI1AC02	Large ceinture en cuir moulé avec une pièce de hanche métallique avec une articulation à chape	57 523	57 523
AI1AC03	Verrou de hanche à chape	14 521	14 521
AI1AC04	Pièce de hanche à chevalet oscillant et tourillon avec une demi-ceinture pelvienne en acier engainée dans la ceinture en cuir	92 212	92 212

Pour les prothèses PI03, PI04, PI05 et PI06

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI1CA01	Ceinture en cuir avec chape en cuir	19 097	19 097
AI1AC05	Pièce de hanche en T avec ceinture en cuir et articulation à chape	54 630	54 630

Applicables à l'ischion

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI2CA01	Point d'appui sous-ischiatique souple	12451	12451
AI2AA01	Point d'appui sous-ischiatique avec embrasse métallique rigide gainage compris	29682	29682

Applicables au segment fémoral

Pour les prothèses PI02 et PI03

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI3A001	Cercle acier pour consolider une emboîture	9 414	9 414
AI3T020	Protège-pantalon.	14 777	14 777

Pour les prothèses PI03 et PI04

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI3C301	Faux moignon.	61 973	61 973
AI3J601	Dispositif pneumatique pour compenser les variations de volume du moignon	18 876	18 876
AI3J602	Manchon intermédiaire pour emboîture de cuisse	36 223	36 223
AI3X001	Réalisation d'une bordure en silicone incluse dans la partie proximale de l'emboîture lors de la fabrication	38 299	38 299
AI3X601	Emboîture test matériau thermoplastique transparent servant d'approche et d'étude pour l'emboîture définitive (tarif du moulage non inclus). La prise en charge est assurée dans la limite d'une unité et après prescription dûment motivée.	125 260	125 260
AI3Z003	Double emboiture de contact à ischion intégré (comportant une emboiture souple transparente ou translucide et une emboiture rigide avec structure en composite de carbone). Le prix comprend les emboitures d'essais nécessaires à la réalisation de l'appareillage définitif (quel qu'en soit le nombre) ainsi que les moulages. La prise en charge est réservée aux amputés traumatiques, tumoraux ou emboliques, actifs, dont le moignon tonique supporte un contact total.	360 876	360 876

	La prise en charge est prévue pour la première attribution et peut être renouvelée, y compris dans le cas d'un changement d'emboîture de contact. La prescription médicale doit être motivée explicitant, le cas échéant, la nécessité du changement de technique de fabrication de l'emboiture. Le prix de la référence AI3Z003 se cumule avec celui de la prothèse de base et celui de la seule variante optionnelle : emboiture de contact VI3F601. Le prix de la réparation de la double emboiture AI3Z003 est assurée sur la base de la somme des prix de l'adjonction AI3Z003 et de la variante optionnelle VI0F601, auxquels est ajouté celui du forfait FI03XX002 de montage démontage.		

Pour les prothèses PI06

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI3C101	Cuissard en cuir avec montants en acier avec articulation à chape	127 309	127 309
AI3C102	Cuissard en cuir avec montants en acier avec articulation à segments d'engrenage .	178 809	178 809

Applicables au segment jambier

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI6J601	Dispositif pneumatique pour compenser les variations de volume du moignon	17 606	17 606
AI6X605	Emboîture test en matériau transparent thermoplastique servant d'approche et d'étude de l'emboiture définitive (prix du moulage non inclus), sur prescription dûment motivé	108 343	108 343
AI6X607	Gaine en polymère assurant la suspension par succion, les deux unités	37 020	37 020
AI6U604	Gaine en polyuréthane assurant la suspension par succion	52 944	52 944
AI6Z601	Valve de dépressurisation	38 958	38 958

Applicables à la cheville

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2719391	Amortisseur de chocs verticaux en cône (par ressort) en composite de carbone et titane (utilisation préférentielle sur pieds à restitution d'énergie, classe II et III)	218 589	218 589
2749357	Amortisseur de chocs verticaux et de torsion en composite de carbone et alliage léger (par ressort)	172 969	172 969
2709406	Amortisseur de chocs verticaux et de torsion en alliage léger (par ressort)	162 114	162 114
2727077	Cheville multiflexion	51 773	51 773

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Applicables au pied

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI8C001	Garnissage d'un pied	8 916	8 916

Moyens de suspension

(Pour la variante optionnelle emboîture de contact, l'absence de moyen de suspension n'entraîne pas de diminution de prix)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI3C001	Courroie de suspension sur poulie centrale ou poulies latérales	27 676	27 676
AI3C002	Ceinture silésienne	21 498	21 498
AI3C003	Courroie en cuir garni, pour suspension de prothèse	3 768	3 768
AI4C003	Bracelet de suspension	14 085	14 085
AI6C001	Fourche de rappel	4 715	4 715
AI3T001	Bretelle simple, largeur 35 mm, élastique devant sur une longueur de 25 cm .	6 846	6 846
AI3T002	La même, mais complètement en tissu élastique double face spécial pour bandage, largeur 35 mm	8 270	8 270
AI3T003	La même, mais avec un chef sur l'épaule opposée	6 846	6 846
AI3T004	Baudrier simple tissu rigide, largeur 45 mm, avec élastique sur 25 cm de longueur	6 846	6 846
AI3T005	Bretelle simple présentant à l'arrière et à l'avant une partie en tissu élastique sur 25 cm	3 594	3 594
AI3T006	Baudrier complété par une patte d'attache supplémentaire bouclant sur le cuissard ou sur une fourche de rappel	7 018	7 018
AI3T007	Bretelle double en tissu inextensible largeur 45 mm, pour prothèse avec rappel à l'extension par courroie de suspension	15 244	15 244
AI3T008	La même pourvue, devant et derrière, de parties élastiques fixées directement sur l'emboîture pour prothèse en bois	18 083	18 083
AI3T009	Bretelle double spéciale à entrecroisement avec parties élastiques, largeur 35 mm, pour appareillage bilatéral	35 587	35 587
AI3T010	Bretelle double pour appareils en cuir (cuisse et jambe), largeur 35 mm, avec courroie sous- cuisse en cuir chromé	15 244	15 244
AI3X002	Ceinture de suspension en néoprène	20 834	20 834

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Variantes optionnelles communes aux prothèses exosquelettiques et endosquelettiques

Applicables au segment fémoral

Emboîture à adhérence musculaire

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
VI3B501	Emboîture en bois	24 408	24 408
VI3D501	Emboîture en alliage léger.	37 803	37 803
VI3S501	Emboîture en résines stratifiées	20 123	20 123

Emboîture de contact

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
VI3B601	Emboîture en bois	102 972	102 972
VI3F601	Emboîture flexible transparente avec sa structure stratifiée	115 546	115 546
VI3S601	Emboîture en résines stratifiées	108 943	108 943
VI3S602	Réalisation d'une emboîture de contact en résines stratifiées avec une ouverture interne ou externe réglable	112 875	112 875

Manchons fémoraux

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
VI3X603	Manchon préfabriqué en silicone ou en copolymère de qualité médicale servant de suspension à la prothèse. Le prix comprend le manchon, le dispositif de liaison adapté aux besoins du patient et le travail lié à l'adaptation dans l'emboîture (prix du moulage non inclus). Ces manchons sont pris en charge dans les indications médicales suivantes : - pour moignon court, - pour moignon flasque, - pour moignon avec peau extrêmement fragile (chez les patients brûlés et/ou greffés), - pour moignon avec cicatrice(s) invaginée(s), chez les amputés des 2 membres inférieurs ou chez un amputé fémoral avec atteinte d'un ou des 2 membres supérieurs.	193 984	193 984
VI3U601	Manchon polyuréthane préfabriqué. La prise en charge d'un manchon fémoral en polyuréthane ne peut être envisagée qu'après l'échec médicalement constaté d'un manchon fémoral en silicone ou copolymère.	299 224	299 224

VI3X003	Manchon injecté et tramé en silicone ou en copolymère de qualité médicale réalisé sur moulage servant de suspension à la prothèse. Le prix comprend le manchon, le moulage pour réaliser le manchon, le dispositif de liaison adapté aux besoins du patient (accrochage distal ou anneau d'étanchéité intermédiaire), le travail lié à l'adaptation dans l'emboîture (le tarif n'inclut pas le moulage de l'emboîture de la prothèse)	211 999	211 999
VI3U602	Manchon polyuréthane injecté et tramé. La prise en charge d'un manchon fémoral en polyuréthane ne peut être envisagée qu'après l'échec médicalement constaté d'un manchon fémoral en silicone ou copolymère.	317 544	317 544

Applicables au genou

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
VI4AC02	Montants avec articulation à chapes et roulements à billes	27 107	27 107
VI4AF01	Montants avec articulation polycentrique à segments d'engrenage	51 500	51 500

Applicables au segment jambier

VI6 - Manchons tibiaux assurant la protection du moignon.

La prise en charge est assurée avec les prothèses tibiales de contact PI06SSA63, PI06FFA64, PI06ZSA63.

Le tarif des références VI6N601, VI6X01, VI6J01, VI6J602, VI6X602, VI6X603 s'ajoute à celui des références des trois prothèses tibiales de contact citées ci-dessus.

Manchons tibiaux, avec moulage du moignon pour la confection du manchon.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
VI6J601	Manchon court ne dépassant pas les condyles fémoraux, en caoutchouc (prix du moulage non inclus) La prise en charge est assurée pour deux manchons.	38 403	38 403
VI6N601	Manchon court ne dépassant pas les condyles fémoraux, en mousse de polyéthylène (prix du moulage non inclus). La prise en charge est assurée pour deux manchons.	26 409	26 409
VI6X601	Manchon court ne dépassant pas les condyles fémoraux, en silicone de qualité médicale (prix du moulage non inclus). La prise en charge est assurée pour un seul manchon.	84 337	84 337
VI6J602	Manchon haut à accrochage distal, dépassant les condyles fémoraux, en caoutchouc, assurant la liaison mécanique entre le moignon et la prothèse ; le prix de ce manchon comprend les dispositifs de liaison, le travail d'application et de fabrication nécessaires à la réalisation de l'emboîture de ce type de prothèse (prix du moulage non inclus)	142 724	142 724

	La prise en charge est assurée pour deux manchons.		
VI6X602	Manchon haut à accrochage distal, dépassant les condyles fémoraux, en silicone de qualité médicale, assurant la liaison mécanique entre le moignon et la prothèse ; le prix de ce manchon comprend les dispositifs de liaison, le travail d'application et de fabrication nécessaires à la réalisation de l'emboîture de ce type de prothèse (prix du moulage non inclus). La prise en charge est assurée pour un seul manchon.	292 936	292 936

Manchons préfabriqués et standardisés

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
VI6X603	Manchon haut à accrochage distal, dépassant les condyles fémoraux, préfabriqué et standardisé, en silicone de qualité médicale, assurant la liaison mécanique entre le moignon et la prothèse. Le prix de ce manchon comprend les dispositifs de liaison, le travail d'application et de fabrication nécessaires à la réalisation de l'emboîture de ce type de prothèse. La prise en charge est assurée pour un seul manchon	191 000	191 000
VI6X604	Manchon en gel copolymère préfabriqué de qualité médicale avec accrochage distal ou suspension proximale. Le prix comprend le manchon, le dispositif de liaison adapté aux besoins du patient, le travail lié à l'adaptation dans l'emboîture (emboîture test comprise)	237 800	237 800
VI6X605	Manchon préfabriqué de deuxième génération en gel épais de silicone de qualité médicale (épaisseur supérieure à 4 mm) avec accrochage distal. Le prix comprend le manchon, le dispositif de liaison distal, le travail lié à l'adaptation dans l'emboîture (prix du moulage non inclus)	246 820	246 820
VI6X608	Manchon en silicone expansé avec accrochage distal	226 060	226 060
VI6U605	Manchon en gel de polyuréthane de qualité médicale, personnalisé et réalisé sur moulage. Le tarif inclut le moulage nécessaire à la réalisation du manchon. Le prix n'inclut pas le moulage de l'emboîture et l'emboîture test si elle est prescrite	292 698	292 698
VI6U606	Manchon en gel de polyuréthane de qualité médicale avec accrochage distal ou valve de dépressurisation. Le prix comprend le manchon, le dispositif de liaison adapté aux besoins du patient (accrochage distal ou valve), le travail lié à l'adaptation dans l'emboîture (prix du moulage et gaine de suspension non inclus)	273 001	273 001

Applicables aux prothèses PI03 - PI04

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
VI3F001	Supplément aux résines stratifiées pour confection en composite de carbone	110 590	110 590

Applicables aux prothèses PI05 - PI06 - PI07

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
VI6F001	Supplément aux résines stratifiées pour confection en composite de carbone	89 727	89 727

Adjonctions pour prothèses exosquelettiques

Applicables au segment fémoral

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI3D201	Double emboîture en alliage léger	40 814	40 814
AI3S201	Double emboîture en résines stratifiées	51 636	51 636

Applicables au genou

Pour les prothèses PI03D et PI03S

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI4A001	Verrou central.	59 588	59 588

Pour les prothèses PI03B et PI03X

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI4A002	Verrou central.	12 151	12 151
AI4X001	Commande facultative de verrou	10 024	10 024

Pour les prothèses PI04D et PI04S

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI4A003	Verrou central.	59 585	59 585

Pour les prothèses PI03, PI04, PI05 et PI06

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI4A004	Verrou double de Hoffa	41 294	41 294
AI4T001	Tracteur élastique au genou (damier)	8 837	8 837

Pour toutes les prothèses exosquelettiques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI4C001	Patte antérieure en cuir	2 714	2 714
AI4C002	Demi-lune en cuir cousue sur manchon	2 775	2 775
AI4T002	Tissu élastique en "V" et ou rappel de genou	5 605	5 605

Applicables au segment jambier

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI6X001	Jambe postiche pour pilon PI03	27 676	27 676
AI6X002	Jambe postiche pour pilon PI06	33 606	33 606
AI6D201	Double emboîture en alliage léger	38 926	38 926
AI6S201	Double emboîture en résines stratifiées	17 696	17 696

Applicables au pied (pour les pilons et les jambes sans pied)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI8D001	Quillon de cultivateur, alliage léger avec socle en bois	4 759	4 759
AI8B001	Quillon de cultivateur, en bois	5 805	5 805

Gainage de pièces métalliques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI1C001	Gainage d'une pièce de hanche	4 638	4 638
AI1C002	Gainage d'une pièce de ceinture	12 104	12 104
AI2C001	Gainage d'une embrasse sous-ischiatique	9 498	9 498
AI3C004	Cacheboucle	1 503	1 503
AI3C005	Gainage d'une embrasse de cuisse	4 748	4 748
AI3C006	Gainage d'un montant de cuisse (y compris tête d'articulation)	6 687	6 687
AI3C007	Gainage d'un montant de cuisse (tête d'articulation non comprise)	5 643	5 643
AI4C010	Gainage d'une tête d'articulation seule	2 837	2 837

AI4C011	Gainage d'une embrasse à enveloppement	10 957	10 957
AI4C012	Gainage d'une embrasse d'appui sous-genou	7 126	7 126
AI6C010	Gainage d'une embrasse sous-rotulienne ou de mollet	6 489	6 489
AI6C011	Gainage d'un montant de jambe	7 016	7 016

Variantes optionnelles pour prothèses exosquelettiques

Applicables au genou

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
VI4AG01	Articulation polycentrique à double articulation à biellettes (prothèses en alliage léger)	9 198	9 198
VI4AG02	Articulation polycentrique à double articulation à biellettes (prothèses en résines stratifiées)	46 396	46 396
VI4AH01	Articulation monoaxiale à frein stabilisateur (prothèse en bois) (à déduire)	17 362	17 362
VI4AQ01	Articulation monoaxiale à blocage (prothèse en bois)	2 647	2 647
VI4XL01	Articulation de forme anatomique (prothèse en bois)	104 776	104 776

Applicables au pied

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
VI8C001	Bavolet en cuir applicable au pied en bois articulé	14 993	14 993
	Pour les prothèses avec pied		
VI8J401	Pied rigide et coin talonnier de souplesse variable (Sach)	12 327	12 327

Adjonctions pour prothèses endosquelettiques

Applicables au segment fémoral

Dispositif de recherche d'alignement

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI3Z001	Dispositif de recherche d'alignement permettant un réglage dans tous les plans	13 599	13 599

Adaptateurs de rotation

La prise en charge est assurée pour les adaptateurs suivants :

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2762406	Adaptateur de rotation, OTTO BOCK, 4R 57. Adaptateur de rotation optionnel pour les prothèses externes transfémorales. Le rotateur 4R 57 est pris en charge dans le cas d'amputations proximales du membre inférieur jusqu'à la désarticulation de genou comprise pour les patients ayant un poids< = à 100 kg sur prescription d'un spécialiste de l'appareillage	124 285	124 285
2711188	Adaptateur de rotation, OTTO BOCK, 4R 57=ST. Adaptateur de rotation optionnel pour les prothèses externes transfémorales. Le rotateur 4R 57=ST est pris en charge dans le cas d'amputations proximales du membre inférieur jusqu'à la désarticulation de genou comprise pour les patients ayant un poids <= à 100 kg sur prescription d'un spécialiste de l'appareillage	124 285	124 285
2703987	Adaptateur de rotation, PROTEOR, 1K52. Adaptateur de rotation optionnel pour les prothèses externes transfémorales. Le rotateur 1K52 est pris en charge dans le cas d'amputations proximales du membre inférieur jusqu'à la désarticulation de genou comprise pour les patients ayant un poids <= 100 kg sur prescription d'un spécialiste de l'appareillage	125 341	125 341

Applicables au genou

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI4Z001	Commande facultative de verrou	10 024	10 024
AI4Z003	Verrou de genou	18 424	18 424
AI4Z004	Dispositif hydraulique de contrôle de la phase pendulaire	234 451	234 451
AI4Z005	Dispositif de rappel du genou	11 163	11 163

Applicables au segment jambier

Génériques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI6Z001	Dispositif de recherche d'alignement permettant un réglage dans tous les plans.	26 961	26 961
AI6Z002	Dispositif pour récupération du flexum lorsque celui-ci est supérieur à 25°	33 653	33 653

Société Otto Bock France (Otto Bock)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

AI6Z003	Système à dépressurisation contrôlé, OTTO BOCK, SYSTEME HARMONY. Adjonction comprenant l'emboîture test en matériau transparent thermoplastique servant d'approche et d'étude de l'emboîture définitive et incluant le moulage de l'emboîture définitive. **Indications :** La prise en charge n'est assurée qu'après un échec d'appareillage avec une emboîture avec un manchon en polymère, une gaine de suspension et une valve de dépressurisation non contrôlée en cas d'amputation trans-tibiale au niveau du tiers supérieur ou moyen avec : – des troubles trophiques cutanés par frottement ; – des variations de volume importantes ; et/ou – des limitations d'amplitudes. **Conditions de prescription et d'utilisation :** Le système HARMONY doit être garanti 2 ans. Le renouvellement ne sera autorisé qu'après expiration de la garantie. La première prescription doit être faite par un médecin de médecine physique et de réadaptation. Le renouvellement prothétique n'est pas restreint à ce spécialiste. Le système doit être prescrit avec une emboîture moulée, un manchon en polymère et une gaine de suspension. La bonne mise en place du système HARMONY nécessite la fabrication d'une emboîture préalable servant d'approche et d'étude de l'emboîture définitive. La mise en place doit être faite par un orthoprothésiste ayant reçu une formation obligatoire et capable de procéder aux réglages du dispositif. **Références prises en charge :** La prise en charge est assurée pour la gamme 4RH07 comprenant les références suivantes : HARMONY P2 référence 4R144, HARMONY DP référence 4R146, HARMONY P3 référence 4R147 et HARMONY HD référence 4R150. Seul le manchon pris en charge sous le code VI6U605 peut être pris en charge avec le système HARMONY. La prise en charge de ce code exclut la prise en charge des codes AI6Z01, AI8Z102, AI8Z103 et AI8Z104.	1 143 225	1 143 225

Variantes optionnelles pour prothèses endosquelettiques

Applicables à la hanche

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
VI1Z001	Articulation de hanche à axe déporté en avant en titane pour prothèse pour désarticulation de hanche ou équivalent	193 546	193 546
VI1Z002	Articulation de hanche dynamique à axe déporté en avant avec lame carbone pour prothèse pour désarticulation de hanche ou équivalent	223 680	223 680

Applicables au genou

Le tarif comprend l'ensemble des prestations liées à l'installation de chacun des genoux (composants, pièces de jonction, de montage et de finition, temps de montage, d'adaptation et de réglage du dispositif).
Pour tous ces dispositifs, les réparations sont effectuées sur devis au-delà de la durée de garantie du fabricant.

Genoux monoaxiaux (génériques)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
VI4ZM01	Genou monoaxial avec régulation hydraulique de la phase pendulaire à accumulation d'énergie et contrôle du développement du pied en composite carbone (supplément sur PI03ZSM63 et PI03ZBM63 réalisés en alliage léger)	156 090	156 090
VI4ZE20	Genou monoaxial avec régulation pneumatique dans la phase pendulaire assistée par microprocesseur pour différentes cadences de marche, en composite carbone avec dispositif de stabilisation avec frein mécanique et d'amortissement par flexion partielle à l'attaque du pas - P < 120 kg	885 453	885 453
VI4ZE21	Genou monoaxial avec régulation pneumatique dans la phase pendulaire assistée par microprocesseur pour différentes cadences de marche, en composite carbone - P < 120 kg	625 160	625 160
VI4ZE24	Genou monoaxial avec régulation pneumatique dans la phase pendulaire assistée par microprocesseur pour différentes cadences de marche, en composite carbone avec frein mécanique	850 526	850 526
VI4ZH20	Genou monoaxial à frein stabilisateur	6 498	6 498
VI4ZH21	Genou monoaxial avec régulation pneumatique de la phase pendulaire en composite carbone avec dispositif de stabilisation par frein mécanique et d'amortissement par flexion partielle à l'attaque du pas - P < 120 kg	432 898	432 898
VI4ZH22	Genou monoaxial avec régulation hydraulique de la phase pendulaire en composite carbone avec dispositif de stabilisation par frein mécanique et d'amortissement par flexion partielle à l'attaque du pas - P < 120 kg	740 461	740 461
VI4ZH23	Genou monoaxial avec frein stabilisateur et rappel à mécanique à l'extension en titane	178 753	178 753
VI4ZH24	Genou monoaxial avec régulation hydraulique de la phase pendulaire en alliage léger avec frein d'assistance hydraulique	560 647	560 647
VI4ZH25	Genou monoaxial avec régulation pneumatique de la phase pendulaire en composite carbone avec frein mécanique	481 667	481 667
VI4ZP20	Genou monoaxial à mécanique hydraulique de rappel du segment jambier avec rappel hydraulique	191 921	191 921
VI4ZP21	Genou monoaxial avec régulation hydraulique de la phase pendulaire en titane	384 165	384 165
VI4ZP22	Genou monoaxial avec régulation hydraulique de la phase pendulaire en alliage léger	318 550	318 550
VI4ZP23	Genou monoaxial avec régulation hydraulique de la phase pendulaire en alliage léger avec réglages dissociés de la flexion et de l'extension	611 102	611 102

VI4ZS20	Genou monoaxial avec régulation hydraulique de la phase pendulaire et de la phase d'appui en composite carbone renforcé pour niveau d'activité élevé - P < 120 kg	761 770	761 770
VI4ZS21	Genou monoaxial avec régulation hydraulique de la phase pendulaire et de la phase d'appui en composite carbone - P < 120kg	660 640	660 640
VI4ZS23	Genou monoaxial avec régulation hydraulique de la phase pendulaire et de la phase d'appui en composite carbone et tube carbone et système d'alignement du segment jambier	909 364	909 364
VI4ZS24	Genou monoaxial avec régulation hydraulique de la phase pendulaire et de la phase d'appui en alliage léger renforcé	742 363	742 363
VI4ZS25	Genou monoaxial avec régulation hydraulique de la phase endulaire et de la phase d'appui en alliage léger	836 903	836 903

Genoux monoaxiaux Société Össur Europe BV (Össur)

La prise en charge du genou prothétique RHEO KNEE est assurée pour les amputations proximales du membre inférieur, à partir de la désarticulation du genou comprise. Elle est réservée aux sujets amputés actifs qui ont une vitesse de marche supérieure ou égale à 3 km/h et un périmètre de marche en continu supérieur à 500 m.
Le genou prothétique est garanti cinq ans. Le renouvellement ne sera autorisé qu'après expiration de la garantie.
Le fabricant et l'orthoprothésiste s'engagent à réaliser une révision annuelle obligatoire à vingt et quarante mois après la pose.
RHEO KNEE ne doit être adapté que sur un pied à restitution d'énergie de classe II ou III.
RHEO KNEE est réservé à la prothèse principale et ne doit pas concerner la prothèse de secours.
La prescription doit être faite par un médecin de médecine physique et de réadaptation.
L'adaptation prothétique ne pourra être réalisée que par un orthoprothésiste confirmé ayant subi une formation par ÖSSUR Europe BV et capable de procéder aux réglages du dispositif.
Le choix du genou prothétique RHEO KNEE se fera à l'issue d'une période d'essai minimale de quinze jours. A l'issue de la période d'essai, il sera effectivement prescrit si les performances suivantes sont vérifiées par le médecin lui-même :
- périmètre de marche en continu supérieur à 2 km ;
- vitesse de marche $\geq$ 4 km/h ;
- descente d'un plan incliné d'au moins 15 % ;
- descente d'escaliers à pas alternés.

L'appareillage sera suivi d'un protocole de rééducation adapté au genou RHEO KNEE.

Code	**Nomenclature**	**Tarif en F.CFP**	**PLV en F.CFP TTC**
VI4ZS31	Genou monoaxial, articulation avec sécurité hydraulique de la phase d'appui et commande hydraulique de la phase pendulaire commandée par microprocesseur et fluide magnétorhéologique, ÖSSUR, RHEO KNEE. La prise en charge inclut la prothèse RHEO KNEE et la prestation liée à la pose.	3 174 640	3 174 640

	Cette prestation ne couvre pas tous dysfonctionnements ou pannes liés aux bris, chocs ou aux dégradations du fait de l'utilisateur ou d'un tiers ainsi que le vol. Le renouvellement de cette prothèse ne doit intervenir qu'à l'expiration d'une période de cinq ans à compter de la date de prise en charge initiale. La prise en charge est assurée pour les références RKN 120003 avec pyramide mâle ; RKN 120103 avec embout fileté pour moignon long ou désarticulation de genou.		
VI4ZS32	Genou monoaxial, ÖSSUR, RHEO KNEE, révision vingt et quarante mois. La prise en charge de cette prestation correspond à la révision biennale qui aura lieu les vingtième et quarantième mois suivant la mise à disposition de ce dispositif. Un genou de remplacement est mis à la disposition du patient pendant la révision. Une copie du bilan de cette révision est jointe à la facturation. La prise en charge de cette référence n'est pas soumise à la procédure de demande d'entente préalable. Cette prestation ne couvre pas tous dysfonctionnements ou pannes liés aux bris, chocs ou aux dégradations du fait de l'utilisateur ou d'un tiers ainsi que le vol.	495 826	495 826

Genoux monoaxiaux Société Otto Bock France

La prise en charge est assurée pour les amputations proximales du membre inférieur, à partir de la désarticulation du genou comprise. Elle est réservée aux sujets amputés actifs qui ont une vitesse de marche supérieure ou égale à 3 km/h et un périmètre de marche en continu supérieur à 500 mètres.
Le genou 3C100 C-LEG monoaxial, doté d'une articulation commandée par microprocesseur, est composé de l'articulation de genou 3C100 C-LEG et de l'adaptateur tubulaire.
Les articulations de genou C-LEG et les adaptateurs tubulaires sans unité de torsion ont un poids limite de patient de 136 kg (excepté pour celui de 110 mm qui reste limité à 100 kg). Les adaptateurs tubulaires avec unité de torsion ont un poids limite de patient de 125 kg.
Le dispositif 3C100 C-LEG est garanti six ans. Le renouvellement ne sera autorisé qu'après expiration de la garantie. 3C100 C-LEG ne doit être adapté que sur un pied à restitution d'énergie de classe II ou III.
3C100 C-LEG est réservé à la prothèse principale et ne doit pas concerner la prothèse de secours. La prescription doit être faite par un médecin de médecine physique et de réadaptation.
L'adaptation prothétique ne pourra être réalisée que par un orthoprothésiste confirmé ayant subi une formation et capable de procéder aux réglages du dispositif.
Le choix de la prothèse 3C100 C-LEG se fera à l'issue d'une période d'essai minimale de quinze jours. À l'issue de la période d'essai, la prothèse 3C100 C-LEG sera effectivement prescrite si les performances suivantes sont vérifiées par le médecin lui-même :
- périmètre de marche en continu supérieur à 2 km ;
- vitesse de marche $\geq$ 4 km/h ;
- descente d'un plan incliné d'au moins 15 % ;
- descente d'escaliers à pas alternés.

L'appareillage sera suivi d'un protocole de rééducation adapté au genou 3C100 C-LEG.
La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
VI4ZS26	Genou monoaxial, articulation commandée par microprocesseur avec sécurité hydraulique de la phase d'appui et commande hydraulique de la phase pendulaire, OTTO BOCK France, C-LEG 3C100. La prise en charge inclut la prothèse C-LEG 3C100 et la prestation liée à la pose. Cette prestation ne couvre pas tous dysfonctionnements ou pannes liés aux bris, chocs ou aux dégradations du fait de l'utilisateur ou d'un tiers ainsi que le vol. La prise en charge de ce code exclut la prise en charge du code VI4BE01. Le renouvellement de cette prothèse ne doit intervenir qu'à l'expiration d'une période de 6 ans à compter de la date de prise en charge initiale. La prise en charge est assurée pour les articulations de genou dont les références sont les suivantes : - 3C98-2 : avec pyramide de réglage ; - 3C88-2 : avec raccord fileté. La prise en charge est assurée pour les adaptateurs tubulaires dont les références sont les suivantes : - 2R 82 (sans unité de torsion), longueur du tube : 110 mm, 120 mm, 160 mm, 200 mm ou 240 mm ; - 2R 81 (avec unité de torsion), longueur du tube : 160 mm, 200 mm ou 240 mm.	3 185 832	3 185 832
VI4ZS27	Genou monoaxial, OTTO BOCK France, C-LEG 3C100, révision annuelle. La prise en charge de cette prestation correspond à chaque révision annuelle pour les 4 années suivant la mise à disposition de ce dispositif référencé VI 4 ZS 26. Cette prestation ne couvre pas tous dysfonctionnements ou pannes liés aux bris, chocs ou aux dégradations du fait de l'utilisateur ou d'un tiers ainsi que le vol. Une copie du bilan de cette révision annuelle est jointe à la facturation. La prise en charge de cette référence n'est pas soumise à la procédure de demande d'entente préalable. La prise en charge de ce code exclut la prise en charge du code VI4B E01.	242 274	242 274
VI4ZS28	Genou monoaxial, OTTO BOCK France, C-LEG 3C100, révision biennale. Pour les modèles 3C100 C-LEG référencés VI 4 ZS 26 livrés par le fabricant à l'orthoprothésiste après le 1er juillet 2006, la prise en charge de cette prestation correspond à la révision biennale qui aura lieu les deuxième et quatrième années suivant la mise à disposition de ce dispositif. Cette prestation ne couvre pas tous dysfonctionnements ou pannes liés aux bris, chocs ou aux dégradations du fait de l'utilisateur ou d'un tiers ainsi que le vol. Une copie du bilan de cette révision biennale est jointe à la facturation. La prise en charge de cette référence n'est pas soumise à la procédure de demande d'entente préalable. La prise en charge de ce code exclut la prise en charge du code VI4BE01.	501 199	501 199

Genoux monoaxiaux Société Protéor Handicap Technologie SA (Protéor)

La prise en charge est assurée pour les amputations proximales du membre inférieur, à partir de la désarticulation du genou comprise. Elle est réservée aux sujets amputés actifs qui ont une vitesse de marche supérieure ou égale à 3 km/h et un périmètre de marche en continu supérieur à 500 m.
La prothèse est garantie 5 ans. Le renouvellement ne sera autorisé qu'après expiration de la garantie.
Le fabricant et l'orthoprothésiste s'engagent à réaliser une révision annuelle obligatoire au-delà de la première année.
HYBRID-1P360 doit être adapté avec un pied à restitution d'énergie de classe II ou III.
HYBRID-1P360 est réservé à la prothèse principale et ne doit pas concerner la prothèse de secours. La prescription doit être faite par un médecin de médecine physique et de réadaptation.
L'adaptation prothétique ne pourra être réalisée que par un orthoprothésiste confirmé ayant subi une formation et capable de procéder aux réglages du dispositif.
Le choix de la prothèse HYBRID-1P360 se fera à l'issue d'une période d'essai minimale de 15 jours. A l'issue de la période d'essai, la prothèse HYBRID-1P360 sera effectivement prescrite si les performances suivantes sont vérifiées par le médecin lui-même:
- périmètre de marche en continu supérieur à 2 km;
- vitesse de marche $\geq$ 4 km/h ;
- descente d'un plan incliné d'au moins 15 %;
- descente d'escaliers à pas alternés.

L'appareillage sera suivi d'un protocole de rééducation adapté au genou HYBRID-1P360.
La prise en charge est assurée pour les produits suivants:

Code	**Nomenclature**	**Tarif en F.CFP**	**PLV en F.CFP TTC**
VI4ZS29	Genou mono-axial, à phase pendulaire pneumatique asservie par microprocesseur et à phase d'appui gérée par frein rotatif hydraulique, PROTÉOR, HYBRID-1P360. La prise en charge inclut la prothèse HYBRID-1P360 et la prestation liée à la pose. Le genou HYBRID-1P360 est livré avec une batterie, un cache de protection à inclure dans la prothèse esthétique et un boîtier de programmation référencé 1P301. Le renouvellement de cette prothèse ne peut intervenir qu'à l'expiration d'une période de 5 ans à compter de la date de prise en charge initiale.	2 884 419	2 884 419
VI4ZS30	Genou prothétique mono-axial, PROTÉOR, HYBRID-1P360, révision annuelle. La prise en charge de cette prestation correspond à chaque révision annuelle pour les 4 années suivant la mise à disposition de ce dispositif référencé VI4ZS29. Une copie du bilan de cette révision annuelle est jointe à la facturation. La prise en charge de cette référence n'est pas soumise à la procédure de demande d'entente préalable. Cette prestation comprend la révision, les remises en état, les changements de piles, et toutes réparations correspondant à l'utilisation prévue du genou. Cette prestation ne couvre donc pas tous dysfonctionnements ou pannes liés aux bris, chocs, ou aux dégradations du fait de l'utilisateur ou d'un tiers ainsi que le vol. La prise en charge de ce code exclut la prise en charge du code VI4BE01.	260 113	260 113

	La prise en charge de cette prestation correspond à chaque révision annuelle pour les 4 années		

Genoux polycentriques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
VI4ZE25	Genou polycentrique avec stabilisation obtenue par géométrie du système articulaire, avec régulation pneumatique de la phase pendulaire assistée par microprocesseur, pour différentes cadences de marche en composite carbone	1 006 763	1 006 763
VI4ZG20	Genou polycentrique à double articulation à biellettes courtes (à déduire)	4 414	4 414
VI4ZG21	Genou polycentrique à double articulation à biellettes longues	74 636	74 636
VI4ZG23	Genou polycentrique avec stabilisation obtenue par géométrie du système articulaire, avec rappel mécanique à l'extension, en composite carbone et verrou facultatif	219 359	219 359
VI4ZG25	Genou polycentrique avec stabilisation obtenue par géométrie du système articulaire, avec rappel mécanique à l'extension, en composite carbone avec dispositif de stabilisation et d'amortissement par flexion partielle à l'attaque du pas	321 699	321 699
VI4ZG24	Genou polycentrique avec stabilisation obtenue par géométrie du système articulaire, avec rappel mécanique à l'extension, en titane	199 662	199 662
VI4ZN20	Genou polycentrique à double articulation à biellettes avec dispositif pneumatique de contrôle de la phase pendulaire	270 084	270 084
VI4ZN21	Genou polycentrique avec stabilisation obtenue par géométrie du système articulaire, avec régulation pneumatique de la phase pendulaire en composite carbone et régulation pressurisée	611 762	611 762
VI4ZN22	Genou polycentrique avec stabilisation obtenue par géométrie du système articulaire, avec régulation pneumatique de la phase pendulaire en composite carbone à biellettes longues	396 208	396 208
VI4ZN23	Genou polycentrique avec stabilisation obtenue par géométrie du système articulaire, avec régulation pneumatique de la phase pendulaire en composite carbone	381 416	381 416
VI4ZN24	Genou polycentrique avec stabilisation obtenue par géométrie du système articulaire, avec régulation pneumatique de la phase pendulaire en alliage léger, avec double dispositif intégré de réglage d'alignement	350 953	350 953
VI4ZN26	Genou polycentrique avec stabilisation obtenue par géométrie du système articulaire, avec régulation pneumatique de la phase pendulaire en composite carbone avec dispositif de stabilisation et amortissement par flexion partielle à l'attaque du pas	486 831	486 831
VI4ZN27	Genou polycentrique avec stabilisation obtenue par géométrie du système articulaire, avec régulation pneumatique de la phase pendulaire en alliage léger et carbone	340 519	340 519
VI4ZR20	Genou polycentrique à barre postérieure (moignon long) avec rappel hydraulique.	526 013	526 013

VI4ZR21	Genou polycentrique avec stabilisation obtenue par géométrie du système articulaire, avec régulation hydraulique de la phase pendulaire en alliage léger avec dispositif de stabilisation par verrouillage actif et d'amortissement par flexion partielle à l'attaque du pas	571 042	571 042
VI4ZR22	Genou polycentrique avec stabilisation obtenue par géométrie du système articulaire, avec régulation hydraulique de la phase pendulaire en alliage léger renforcé avec dispositif de stabilisation par verrouillage actif et d'amortissement par flexion partielle à l'attaque du pas - P < 125 kg	994 566	994 566
VI4ZR23	Genou polycentrique avec stabilisation obtenue par géométrie du système articulaire, avec régulation hydraulique de la phase pendulaire en alliage léger avec dispositif de stabilisation et d'amortissement par flexion partielle à l'attaque du pas	698 098	698 098
VI4ZN26	Genou polycentrique avec stabilisation obtenue par géométrie du système articulaire, avec régulation hydraulique de la phase pendulaire en titane - P < 110 kg	428 614	428 614
VI4BE01	Boîtier de programmation pour genou électronique à microprocesseur	179 852	179 852

Applicables au pied

Divers

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
VI8Z420	Pied rigide avec coin talonnier de souplesse variable (type Sach) (à déduire).	4 702	4 702
VI8Z620	Pied feutre, caoutchouc ou matière plastique, monté sur un ensemble de cheville spéciale (ST)	37 010	37 010
VI8Z720	Pied rigide (type Sach) (partie talonnière de souplesse variable) avec embase réglable permettant l'orientation du pied en équin et en rotation	2 760	2 760
VI8Z820	Pied monté sur un ensemble de cheville spéciale, muni d'un réglage antéro-postérieur	56 635	56 635

Société PROTEOR SA

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
VI8Z920	Pied prothétique, classe I, PROTEOR, GERY. La prise en charge du pied prothétique GERY est assurée pour l'appareillage orthopédique unilatéral des personnes amputées uni ou bilatéraux transtibiaux ou transfémoraux appareillées avec un genou à verrou, à faible activité mais pouvant se déplacer à l'intérieur d'un bâtiment. CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION POUR LA PRISE EN CHARGE : Sauf dispositions particulières au sein de la nomenclature relative à un appareillage donné, la prise en charge initiale est subordonnée à une prescription effectuée par un médecin justifiant de l'une des spécialités suivantes : médecine physique et réadaptation fonctionnelle, orthopédie, rhumatologie, neurochirurgie, neurologie, endocrinologie, chirurgie plastique et reconstructrice, chirurgie vasculaire, pédiatrie, dermatologie ou gériatrie. Pour les trois	55 148	55 148

	dernières spécialités, la prise en charge initiale est également subordonnée au rattachement du prescripteur à un établissement de santé. Ces exigences de spécialités ne s'appliquent pas pour la prise en charge des renouvellements où seule une prescription médicale est exigée, sauf dispositions particulières au sein de la nomenclature relative à un appareillage donné. La prescription médicale détaillée est libellée sur une ordonnance particulière, indépendante de celles comportant la prescription de produits pharmaceutiques ou de tout autre appareil. La conception, la prise de mesure et de moulage, la fabrication, lesessais et le suivi du patient sont faits par un orthoprothésiste. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE : 22 cm : 1A200-D22 et 1A200-G22, 23 cm : 1A200-D23 et 1A200-G23, 24 cm : 1A200-D24 et 1A200-G24, 25 cm : 1A200-D25 et 1A200-G25, 26 cm : 1A200- D26 et 1A200-G26, 27 cm : 1A200-D27 et 1A200-G27, 28 cm : 1A200-D28 et 1A200-G28, 29 cm : 1A200-D29 et 1A200-G29		

Société ENDOLITE France

Code	**Nomenclature**	**Tarif en F.CFP**	**PLV en F.CFP TTC**
2742214	Pied, variante prothèse endo, ENDOLITE, MULTIFLEX. Il s'agit d'une variante optionnelle du pied d'une prothèse endosquelettique. MULTIFLEX est un pied monté sur un ensemble de cheville multiflexion, muni d'un réglage antéro-postérieur. Ce pied est destiné à la personne amputée amenée à marcher sur des sols irréguliers. Ce pied doit avoir subi les mêmes tests que ceux décrits dans les spécifications techniques relatives aux pieds à restitution d'énergie détaillées en annexe VI du chapitre 7 relatif aux orthoprothèses. Les résultats de ces tests n'ont pas pour objectif de déterminer une classe.	161 506	161 506

Pieds à restitution d'énergie

Conditions de prises en charge

Le pied à restitution d'énergie est destiné à compenser la déficience, à gérer une incapacité à marcher à la suite d'une amputation ou agénésie d'une partie ou de l'intégralité du membre inférieur.

Les pathologies concernées par cette amputation ou agénésie sont principalement les maladies d'origine artéritique (notamment d'origine diabétique), tumorale, congénitale et les traumatismes auxquelles s'ajoutent diverses pathologies plus rares.

Pieds à restitution d'énergie pour adultes (taille = 22 cm)

Conditions de prise en charge :

Les pieds à restitution d'énergie pour adultes sont indiqués chez les patients ayant une incapacité à marcher à la suite d'une amputation ou agénésie d'une partie ou de l'intégralité du membre inférieur.

La prescription doit être faite par un médecin spécialiste de médecine physique et de réadaptation (MPR) dans le cas d'une première prescription d'un pied à restitution d'énergie ou lors du renouvellement avec changement du type de pied.

Dans le cas du renouvellement du pied à restitution d'énergie à l'identique, la prescription n'est pas restreinte à ce spécialiste.

Dans le cas d'une prescription d'un pied de classe III (autres activités précisées relatives au fait de se déplacer dans d'autres lieux divers), le prescripteur devra spécifier le type d'activités motivant le choix de cette classe de pied

Pour être pris en charge, un pied à restitution d'énergie de classe I doit avoir :
* une propulsion (nombre de points obtenus lors du relevé des caractéristiques force déformation) P >= 30 sauf en cas de pied pour amputation basse de jambe où P >= 20, en raison de considérations techniques limitantes ;
* une déformation permanente DP < 10 mm pour l'avant-pied et DP < 10 mm pour le talon.
* Pour être pris en charge, un pied à restitution d'énergie de classe II ou III doit avoir :
* une propulsion (nombre de points obtenus lors du relevé des caractéristiques force déformation) P >= 30 ;
* une déformation permanente DP < 10 mm pour l'avant-pied et DP < 5 mm pour le talon.

Pour être pris en charge, un pied à restitution d'énergie pour amputation basse de jambe doit avoir :
* un encombrement E < 60 mm ;
* une propulsion (nombre de points obtenus lors du relevé des caractéristiques force déformation) P >= 20 en raison de considérations techniques limitantes ;
* une déformation permanente DP < 10 mm pour l'avant-pied et DP < 10 mm pour le talon.

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Pieds à restitution d'énergie de classe I

Ce pied est plus spécialement destiné à un usage intérieur et pour une utilisation à proximité immédiate de bâtiments.
Pour bénéficier de ce type de pied, le patient doit au minimum se déplacer dans des bâtiments autres que la maison.
Cela comprend : marcher ou se déplacer dans des bâtiments autres que la maison, comme se déplacer dans la maison d'autres personnes, dans des bâtiments privés, dans les bâtiments communautaires et dans des bâtiments privés et publics, ou autres enceintes et, également, se déplacer dans toutes les parties accessibles de bâtiments et d'enceintes fermées, d'un étage à l'autre, à l'intérieur, à l'extérieur ou autour des bâtiments, qu'ils soient publics ou privés.
Les pieds de cette classe ont une propulsion (nombre de (nombre de points obtenus lors du relevé des caractéristiques force-déformation) comprise entre 30 <= P < 75.
Le pied à restitution d'énergie de classe I est garanti deux ans.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2761921	Pied restitution énergie, classe I, OKO SOLUTION, TRIBUTE.	120 830	120 830
2765729	Pied restitution énergie, classe I, ENDOLITE, MULTIFLEX ERF.	120 830	120 830
2792258	Pied restitution énergie, classe I, MEDI, DYNASAFE	120 830	120 830
2730731	Pied restitution énergie, classe I, MEDI, DYNAWALK M1	120 830	120 830
2748620	Pied restitution énergie, classe I, MEDI, DYNAWALK M2R	120 830	120 830
2712093	Pied restitution énergie, classe I, MEDI, DYNAWALK M2LP	120 830	120 830
2754720	Pied restitution énergie, classe I, OTTO BOCK, GREISSINGER. 1A30.	120 830	120 830
2787464	Pied restitution énergie, classe I, OTTO BOCK, DYNAMIC MOTION 1D 35	120 830	120 830
2733439	Pied restitution énergie, classe I, OTTO BOCK, 1D. 10	120 830	120 830

2735467	Pied restitution énergie, classe I, OTTO BOCK, AQUA FOOT.	120 830	120 830
2709493	Pied restitution énergie, classe I, PROTEOR, DYNASTEP	120 830	120 830

Pieds à restitution d'énergie de classe II

Ce pied est plus spécialement destiné à un usage sur des distances plus grandes en intérieur et en extérieur.
Pour bénéficier de ce type de pied, le patient doit en avoir un usage au-delà de la proximité des bâtiments.
Les pieds de cette classe ont une propulsion (nombre de points obtenus lors du relevé des caractéristiques force-déformation) comprise entre 75 <= P < 120.
Le pied à restitution d'énergie de classe II est garanti deux ans.

Code	**Nomenclature**	**Tarif en F.CFP**	**PLV en F.CFP TTC**
2704366	Pied restitution énergie, classe II, OKO SOLUTION, TRUSTEP	195 523	195 523
2748085	Pied restitution énergie, classe II, OKO SOLUTION, VENTURE	195 523	195 523
2713980	Pied restitution énergie, classe II, FREEDOM, PROMENADE	195 523	195 523
2741321	Pied restitution énergie, classe II, FREEDOM, SENATOR	195 523	195 523
2746548	Pied restitution énergie, classe II, MEDI, MEDI PANTHERA CF1	195 523	195 523
2732428	Pied restitution énergie, classe II, ÖSSUR, SURE-FLEX	195 523	195 523
2794079	Pied restitution énergie, classe II, ÖSSUR, FLEX FOOT BALANCE	195 523	195 523
2794487	Pied restitution énergie, classe II, OTTO BOCK, TRIAS 1C30	195 523	195 523
2754654	Pied restitution énergie, classe II, OTTO BOCK, ADJUST 1M10	195 523	195 523
2795742	Pied restitution énergie, classe II, OTTO BOCK, SPRINGLITE ADVANTAGE	195 523	195 523
2792531	Pied restitution énergie, classe II, OTTO BOCK, C-WALK 1C40	195 523	195 523
2724162	Pied restitution énergie, classe II, OTTO BOCK, UNIVERSAL	195 523	195 523
2774250	Pied restitution énergie, classe II, PROTEOR, DYNASTAR, gamme 1A500	195 523	195 523

Pieds à restitution d'énergie de classe III

Pour bénéficier de ce type de pied, le patient doit justifier d'un projet de vie incluant d'autres activités précisées relatives au fait de se déplacer dans d'autres lieux divers que celles des classes précédentes.
Les activités motivant le choix de cette classe devront être spécifiées par le prescripteur sur l'ordonnance.
Les pieds de cette classe ont une propulsion (nombre de points obtenus lors du relevé des caractéristiques force-déformation) P >= 120.
Le pied à restitution d'énergie de classe III est garanti deux ans

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2772209	Pied restitution énergie, classe III, ENDOLITE, ELITE	530 914	530 914
2769383	Pied restitution énergie, classe III, ENDOLITE, ECHELON	539 980	539 980
2700010	Pied restitution énergie, classe III, FREEDOM, HIGHLANDER	530 914	530 914
2782219	Pied restitution énergie, classe III, FREEDOM, SIERRA	530 914	530 914
2715401	Pied restitution énergie, classe III, FREEDOM, SILHOUETTE	530 914	530 914
2739666	Pied restitution énergie, classe III, G2M, CATALYST 9	530 914	530 914
2749305	Pied restitution énergie, classe III, MEDI, MEDIPRO FLEX V.	530 914	530 914
2775188	Pied restitution énergie, classe III, MEDI, MEDIPRO FLEX F	530 914	530 914
2793460	Pied restitution énergie, classe III, MEDI, MEDI PANTHERA CF2.	530 914	530 914
2711120	Pied restitution énergie, classe III, ÖSSUR, FLEX FOOT MODULAR III	530 914	530 914
2716056	Pied restitution énergie, classe III, ÖSSUR, TALUX	530 914	530 914
2747542	Pied restitution énergie, classe III, ÖSSUR, FLEX-WALK	530 914	530 914
2734700	Pied restitution énergie, classe III, ÖSSUR, VARI-FLEX	530 914	530 914
2712325	Pied restitution énergie, classe III, ÖSSUR, RE-FLEX	530 914	530 914
2731854	Pied restitution énergie, classe III, OSSUR, VARI-FLEX XC	530 914	530 914
2755458	Pied restitution énergie, classe III, PROTEOR, DYNA C	530 914	530 914
2784336	Pied restitution énergie, classe III, PROTEOR, DYNA J	530 914	530 914
2756400	Pied restitution énergie, classe III, PROTEOR, CADENCE HP	530 914	530 914
2752187	Pied restitution énergie, classe III, OTTO BOCK, TRITON	530 914	530 914
2728208	Pied restitution énergie, classe III, OTTO BOCK, TRITON LP.	535 428	535 428

Pied à restitution d'énergie pour amputation basse de jambe

Ces pieds sont indiqués en cas d'amputation basse de jambe.
Les pieds de cette classe ont un encombrement E < 60 mm et une propulsion (nombre de points obtenus lors du relevé des caractéristiques force-déformation) P >= 20.
Le pied à restitution d'énergie pour amputation basse de jambe est garanti deux ans.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

2745900	Pied restitution énergie, amputation basse jambe, FREEDOM, PACIFICA LP	380 795	380 795
2791738	Pied restitution énergie, amputation basse jambe, OTTO BOCK, CHOPART	380 795	380 795
2731676	Pied restitution énergie, amputation basse jambe, OTTO BOCK, LOW PROFIL AXTION 1E56	380 795	380 795
2700440	Pied restitution énergie, amputation basse jambe, OTTO BOCK, PROSYMES 1C20	380 795	380 795
2711975	Pied restitution énergie, amputation basse jambe, OTTO BOCK, LO RIDER	380 795	380 795

Pieds à restitution d'énergie pour enfants (taille <= 21cm) Conditions de prise en charge

Les pieds à restitution d'énergie pour enfant sont indiqués chez les patients ayant une incapacité à marcher à la suite d'une amputation ou agénésie d'une partie ou de l'intégralité du membre inférieur, à partir du moment où l'enfant commence à courir.

La prescription doit être faite par un médecin spécialiste de médecine physique et de réadaptation (MPR) dans le cas d'une première prescription d'un pied à restitution d'énergie, ou lors du renouvellement avec ou sans changement du type de pied.

Le renouvellement est prévu selon la croissance de l'enfant.

Pour être pris en charge en tant que pied à restitution d'énergie pour enfant, le pied à restitution d'énergie doit avoir :

* une propulsion (nombre de points obtenus lors du relevé des caractéristiques force-déformation) supérieure ou égale à 20 (P >= 20) ;
* un rendement de l'avant-pied supérieur ou égal à 90 % (R >= 90 %). Le pied à restitution d'énergie pour enfant est garanti deux ans.

Réparations des pieds à restitution d'énergie pour adultes et enfants

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
2721749	Pied à restitution d'énergie, remplacement du revêtement esthétique Cette prestation comprend le démontage du revêtement esthétique usagé, la fourniture du nouveau revêtement esthétique et son remontage. Cette prestation ne concerne pas les pieds à restitution d'énergie monoblocs surmoulés. Le remplacement du revêtement esthétique du pied à restitution d'énergie est pris en charge dans la limite d'une prise en charge par an	51 736	51 736
2719936	Pied restitution énergie, réparation pièces, sur devis et facture détaillée. La réparation est réservée aux pieds de classe II et III. Elle concerne essentiellement la lame talonnière. La réparation de pièces d'un pied à restitution d'énergie est prise en charge au terme de la garantie de deux ans, sur devis et facture détaillée à concurrence de la moitié du tarif/PLV du pied neuf concerné		

2.7.2.3.2.4. Prothèses et orthoprothèses pour agénésie du membre inférieur

Malformation congénitale dans laquelle le pied du patient se situe au-dessus du genou du membre sain (PI23)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

PI23DDD13	Prothèse en alliage léger, emboîture en alliage léger, avec manchon en cuir moulé avec point d'appui sous-ischiatique : fermeture antérieure avec volets de fixation en cuir ou en polyoléfine L'emboîture est solidarisée à une calotte de genou en résines stratifiées articulée sur un mollet postiche également en résines stratifiées. Le pied du patient est placé dans la position la plus adéquate pour assurer le meilleur résultat fonctionnel.	664 246	664 246
PI23SSD13	Prothèse en résines stratifiées, emboîture en résines stratifiées sans manchon intermédiaire avec point d'appui sous-ischiatique fermeture antérieure avec volets de fixation en cuir ou en polyoléfine. L'emboîture est solidarisée à une calotte de genou en résines stratifiées articulée sur un mollet postiche également en résines stratifiées. Le pied du patient est placé dans la position la plus adéquate pour assurer le meilleur résultat fonctionnel.	482 802	482 802

- Malformation congénitale dans laquelle le pied du patient se situe au niveau du genou du membre sain (PI24)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
PI24DDC13	Prothèse en alliage léger, emboîture en alliage léger, avec manchon en cuir moulé avec point d'appui sous-ischiatique : fermeture antérieure avec volets de fixation en cuir ou en polyoléfine. Mollet postiche en résines stratifiées avec articulation du genou à roulements à billes. Le pied du patient est placé dans la position la plus adéquate pour assurer le meilleur résultat fonctionnel	665 159	665 159
PI24SSC13	Prothèse en résines stratifiées avec emboîture en résines stratifiées sans manchon intermédiaire avec point d'appui sous-ischiatique fermeture antérieure avec volets de fixation en cuir ou en polyoléfine. Mollet postiche en résines stratifiées avec articulation de genou à roulements à billes. Le pied du patient est placé dans la position la plus adéquate pour assurer le meilleur résultat fonctionnel	492 477	492 477
PI24SCC13	Prothèse en résines stratifiées, emboîture en cuir moulé avec fermeture antérieure et garnissage intérieur, armée par deux montants latéraux et deux embrasses dont une sous- ischiatique. Mollet postiche en résines stratifiées avec articulation de genou à roulements à billes. Le pied du patient est placé dans la position la lus adéquate pour assurer le meilleur résultat fonctionnel	524 796	524 796

- Malformation congénitale dans laquelle le segment de cuisse et le genou sont normaux, le raccourcissement se situant au-dessous du genou (PI26 & PI46)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
PI26SSA13	Prothèse en résines stratifiées, sans manchon intermédiaire. L'emboîture, ouverte à sa partie antérieure et munie de volets de fixation avec fermeture, se prolonge sur la cuisse avec appui sous-ischiatique en enveloppant le genou. À sa base se trouve une malléole en bois recouverte par les couches de stratification. Le pied du patient est placé dans la position la plus adéquate pour assurer le meilleur résultat fonctionnel.	404 816	404 816

PI46SSA23	Prothèse en résines stratifiées, sans manchon intermédiaire, avec appui sur le tendon rotulien. L'emboîture, ouverte ou non à sa partie postérieure et munie ou non de volets de fixation, est terminée à sa base par une malléole en bois recouverte par les couches de stratification. Le pied du patient est placé dans la position la plus adéquate pour assurer le meilleur résultat fonctionnel	370 117	370 117
PI46ACA23	Prothèse en cuir et acier avec ou sans point d'appui sous-rotulien comprenant une gaine en cuir moulé, garnie intérieurement, une malléole en bois ou en alliage léger, sui' laquelle sont fixés deux montants latéraux réunis par deux embrasses. Le pied du patient est placé dans la position la plus adéquate pour assurer le meilleur résultat fonctionnel.	414 771	414 771

Adjonctions et variantes optionnelles communes aux prothèses exosquelettiques et endosquelettiques pour agénésie

Applicables au segment fémoral

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Cuissard en cuir sans appui sous-ischiatique avec fermeture antérieure, et garnissage intérieur, deux montants latéraux en acier et deux embrasses postérieures		
AI3C110	Sans articulation de genou, les montants étant solidarisés à l'emboîture en résines stratifiées ou aux montants latéraux armant l'emboîture en cuir	120 416	120 416
AI3C111	Avec articulation de genou à chape à roulements à billes, les montants de mollets étant solidarisés à l'emboîture en résines stratifiées ou aux montants latéraux armant l'emboîture en cuir	142 661	142 661

Applicables à l'emboîture

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI9J210	Manchon intermédiaire amovible en caoutchouc mousse, garni intérieurement en peau de cheval, enveloppant le pied atteint de malformation et le segment du membre sus-jacent	42 404	42 404

Supplément pour confection d'une orthoprothèse en composite de carbone

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
VI3F002	Pour prothèses PI23 - PI24 - PI26	110 590	110 590
VI6F002	Pour prothèses PI46	89 727	89 727

Variantes optionnelles pour prothèses exosquelettiques pour agénésie

Applicables au pied

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
VI8J401	Pied rigide et coin talonnier de souplesse variable (SACH)	12 327	12 327
	Pour les prothèses exosquelettiques ces pieds comportent le tube et son revêtement permettant de réaliser une prothèse endosquelettique.		
VI8Z410	Pied rigide avec coin talonnier de souplesse variable (type Sach)	30 729	30 729
VI8Z610	Pied feutre, caoutchouc ou matière plastique monté sur un ensemble de cheville spéciale (ST)	58 402	58 402
VI8Z710	Pied rigide (type Sach) (partie talonnière de souplesse variable) avec embase réglable permettant l'orientation du pied en équin et en rotation	24 155	24 155
VI8Z810	Pied monté sur un ensemble de cheville spéciale, muni d'un réglage antéro-postérieur	78 024	78 024

Bonnet couvre-moignon, gaine couvre-moignon et Fix-prothèse

Bonnet couvre-moignon et gaine couvre-moignon

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	La prise en charge est assurée dans la limite de huit pièces (gaines et/ou couvre-moignons) maximum au choix par an.		
	Bonnet couvre-moignon pour prothèse classique (épaisseur 5 fils)		
PI21	Bonnet couvre-moignon pour cuisse	4 430	4 430
PI71	Bonnet couvre-moignon pour jambe	5 094	5 094
	Bonnet couvre-moignon pour prothèse dite de contact ou classique (épaisseur 3 fils)		
PI22	Bonnet couvre-moignon pour cuisse	4 060	4 060
PI72	Bonnet couvre-moignon pour jambe (y compris Chopart et Lisfranc).	4 284	4 284
	Gaine couvre-moignon.		
PI51	Gaine couvre-moignon en textile artificiel 100 % polyamide avec fermeture distale par remaillage classique	2 313	2 313

Fix-prothèse

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	La prise en charge est assurée dans la limite de deux fix-prothèses maximum par an.		
PI41	Dispositif réservé au maintien des prothèses tibiales contact, réalisé en tricot tramé élastique à extensibilité différenciée sur trois niveaux.	12 230	12 230

2.7.2.3.2.5. Textes des renvois

(1)	Prothèses livrées avec bretelles et articulations de genou à chape et roulements à billes.
(2)	Prothèses livrées sans bretelle et avec articulations de genou à chape et roulements à billes.
(3)	Prothèses livrées avec bretelles.
(4)	Prothèses livrées avec ceinture et bretelles.
(5)	Prothèses livrées avec bretelles et protège-pantalon.
(6)	Prothèses livrées avec protège-pantalon.

2.7.2.3.3. Orthopédie du membre inférieur

Le tarif des appareils ou adjonctions ne comprend pas le prix du moulage.

2.7.2.3.3.1. Codification

Les nouvelles références des appareils sont établies selon la codification suivante :
Deux lettres indiquant :
La première qu'il s'agit d'appareils d'orthopédie (O) ou d'adjonction à ces appareils (A). La deuxième étant la lettre I représentant le membre inférieur.
Deux chiffres indiquant :
Le premier la limite supérieure de l'appareil et le second sa limite inférieure en fonction de la classification anatomique. Un chiffre indiquant qu'il s'agit d'adjonction et précisant son niveau d'utilisation.
a) Une lettre indiquant la matière première utilisée pour la confection de l'appareil selon le code suivant :
A - Acier ;
B - Bois ;
C - Cuirs et peaux ;
D - Alliages légers (duralumin) ;
F - Fibre ;
G - Caoutchouc et polyisoprène ;
K - Copolymère acrylonitrile méthacrylate de méthyle ;
L - Acétate de cellulose;
N - Polyoléfine ;
P. - Plâtre ;
R - Chlorure de polyvinyle ;
S - Stratifiés de polyester ;
T - Textiles (feutres, tissus) ;
U - Polyuréthane ;
V - Bandes plastiques d'immobilisation en fibre de verre et acétate de cellulose ;

X - Un ou des matériaux inscrits aux spécifications techniques pour la fabrication des prothèses prévues à la nomenclature ;
Z. - Matières diverses.
b) Deux chiffres différenciant les appareils qui, bien que d'une étendue analogue ou se rapportant à un niveau d'amputation, présentant les différences de conception ou de fabrication.

2.7.2.3.3.2. Conditions de prise en charge

- La prise en charge des orthèses du membre inférieur en cuir, codées en C, et en alliages légers type " duralumin " codées en D n'est assurée qu'en cas de renouvellement pour les patients déjà appareillés avec ce type d'orthèses.
- La prise en charge des orthèses du membre inférieur réalisées en polyoléfine (polyéthylène), matériau thermoformable haute température, codées en N, est assurée pour toute immobilisation stricte prolongée (à partir de 6 semaines), de toute hauteur, dans des indications de corrections, d'affections dégénératives ou post-traumatiques.
- La prise en charge des orthèses du membre inférieur réalisées en mousse de polyuréthane, par moulage direct sur le patient, codées en U, n'est assurée que pour les orthèses de genou en cas d'immobilisation stricte post-traumatique ou post-chirurgicale ou pour les bottes d'immobilisation dans le cadre d'immobilisations post-traumatiques et de pathologies médicales nécessitant une mise en décharge.

2.7.2.3.3.3. Appareils types et variantes

OI59 : Petit appareil de marche

(Tuteurs capitonnés et deux embrasses garnies postérieures)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	À tourillons		
OI59C01	Avec un seul montant latéral	111 426	111 426
OI59C02	Avec deux montants latéraux	127 391	127 391
	À étrier		
OI59C03	Démontable, à clavettes (pièce sur pièce)	189 908	189 908
OI59C04	Non démontable (pièce sur pièce)	177 337	177 337
OI59C50	Orthèse jambière avec un seul montant pour hémiplégique, anti-varus, anti-équin, avec au niveau de la semelle, en avant du talon, une articulation à charnière avec butée	470 072	470 072
OI59C51	Orthèse jambière, avec un seul montant pour hémiplégique, anti-varus, anti-équin, avec ressort inclus dans l'articulation tibio-tarsienne à chape	441 437	441 437
OI59C52	Orthèse jambière avec un seul montant semi-rigide pour hémiplégique	384 045	384 045
OI59Z01	Orthèse, releveur de pied sur moulage, moulage non compris.	82 190	82 190

	L'orthèse, releveur de pied, est réalisée sur moulage avec ou sans flexion plantaire dans un des matériaux décrits dans les Spécifications techniques de la liste des produits et prestations remboursable. Elle est délivrée exclusivement par les orthoprothésistes et les podo-orthésistes agréés. La prise en charge est subordonnée à la mention "sur moulage" inscrite sur la prescription médicale		

OI59 : Petit appareil de marche articulé avec appui sous-condylien

(Jambière cuir moulé, deux montants latéraux, deux embrasses antérieures dont l'une forme appui sous-condylien)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OI59C11	À tourillons.	183 790	183 790
	À étrier		
OI59C13	Démontable, à clavettes (pièce sur pièce)	206 214	206 214
OI59C14	Non démontable (pièce sur pièce)	193 642	193 642

OI59 : Botte rigide

(Gaine jambière et pédieuse d'une seule pièce, deux montants latéraux, deux embrasses postérieures, semelle acier et deux attelles d'étai)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OI59C20	Cuir moulé	214 368	214 368
OI59S20	Stratifié de polyester	112 540	112 540
OI59G20	Polyisoprène sans armature	155 444	155 444
OI59G21	Polyisoprène avec armature	183 254	183 254
OI59N60	Botte rigide en polyoléfine sans valve antérieure avec ou sans garnissage intérieur (sans armature)	117 362	117 362

OI59 : Botte rigide bivalve

(Gaine jambière pédieuse avec une valve antérieure)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OI59N50	Botte de correction des déformations du pied	104 868	104 868

OI59G50	Botte de correction progressive des déformations congénitales du pied avec un réglage de l'abduction et de l'adduction de l'avant-pied	107 419	107 419
OI59U01	Textile G 4-1 enduit de mousse de polyuréthane	56 623	56 623
	Pour maintien léger ou déformations rhumatismales :		
OI59V01	Bandes plastiques d'immobilisation en fibre de verre et acétate de cellulose (1)	94 087	94 087

OI59 : Botte articulée simple

(Gaine jambière et pédieuse, avec semelle et étrier d'une seule pièce, deux montants latéraux à articulation pièce sur pièce et deux embrasses postérieures)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OI59C30	Cuir moulé	234 413	234 413
OI59F01	Petit appareil à tuteurs avec embrasse postérieure, chausson moulé, semelle et butée limitant l'équin du pied réalisé en fibre de carbone, (gainage et moulage compris)	156 052	156 052
OI59N65	Botte articulée en polyoléfine sans valve antérieure avec articulation monoaxiale simple avec ou sans garnissage intérieur (sans armature)	143 712	143 712
OI59N66	Botte articulée en polyoléfine sans valve antérieure avec articulation souple avec ou sans garnissage intérieur (sans armature)	134 922	134 922

OI58 : Gaine jambière en cuir moulé ou en polyoléfine

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OI58C30	Gaine jambière en cuir moulé ou en polyoléfine (à préciser sur la prescription médicale) assurant un maintien latéral du calcanéum. Cette gaine, à fermeture antérieure, est armée par des montants latéraux et deux embrasses en acier ou en alliage léger. Une coque talonnière (en adjonction AI8C30) peut être adaptée à cette orthèse	186 976	186 976

OI57 : Textile RS-1 enduit de mousse de polyuréthane

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OI57U01	Textile RS-1 enduit de mousse de polyuréthane	40 686	40 686

OI39 (2) : Grand appareil de marche sans appui sous-ischiatique

(Les appareils en cuir et acier comportent deux attelles latérales avec deux embrasses postérieures à la cuisse et deux embrasses postérieures à la jambe. Ces deux d e r n i è r e s peuvent être remplacées par une seule embrasse de 60 mm de large pour les orthèses dont le centre d'articulation du genou est situé à moins de 35 cm du sol et de 80 mm de large pour une mesure sol-genou supérieure à 35 cm. Avec certains matériaux, les embrasses peuvent ne plus être nécessaires)

Articulé au genou

Attelles acier pièce sur pièce

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	À tourillons		
OI39C01	Mollet et cuissard cuir moulé	549 613	549 613
OI39C02	Embrasses garnies au mollet et cuissard cuir	526 466	526 466
OI39C03	Embrasses garnies au mollet et au cuissard	518 584	518 584
	À étrier démontable à clavettes (pièce sur pièce)		
OI39C04	Mollet et cuissard cuir moulé	582 604	582 604
OI39C05	Embrasses garnies au mollet et cuissard cuir	558 473	558 473
OI39C06	Embrasses garnies au mollet et au cuissard	550 105	550 105
	À étrier non démontable (pièce sur pièce)		
OI39C07	Mollet et cuissard cuir moulé	564 390	564 390
OI39C08	Embrasses garnies au mollet et cuissard cuir	541 241	541 241
OI39C09	Embrasses garnies au mollet et au cuissard	532 376	532 376

Attelles alliage léger

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	À tourillons		
OI39D01	Mollet et cuissard cuir moulé	481 037	481 037
OI39D02	Embrasses garnies au mollet et cuissard cuir	460 487	460 487
OI39D03	Embrasses garnies au mollet et au cuissard	453 771	453 771
	À étrier démontable à clavettes (pièce sur pièce)		
OI39D04	Mollet et cuissard cuir moulé	508 075	508 075
OI39D05	Embrasses garnies au mollet et cuissard cuir	486 909	486 909

OI39D06	Embrasses garnies au mollet et au cuissard	480 201	480 201
	À étrier non démontable (pièce sur pièce)		
OI39D07	Mollet et cuissard cuir moulé	492 777	492 777
OI39D08	Embrasses garnies au mollet et cuissard cuir	472 645	472 645
OI39D09	Embrasses garnies au mollet et au cuissard	465 517	465 517
OI39S50	Orthèse, cruro-pédieuse articulée au genou et à la cheville avec coque talonnière se prolongeant à l'avant-pied	415142	415 142
	Sans articulation de cheville		
OI39O50	Orthèse cruro-pédieuse avec articulation à chape au genou réalisée dans un ou plusieurs des matériaux prévus à la nomenclature pour ce type d'orthèse.	310 780	310 780
OI39O51	Orthèse cruro-pédieuse en double hélice inversée réalisée en fibre de carbone, avec articulation à chape au genou comportant une articulation à cardan sur la face interne et une articulation à pivot réglable sur la face externe et comprenant une sangle jambière postérieure, une sangle jambière antérieure et un capitonnage	306 487	306 487

Attelles en composite de carbone

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OI39F50	Orthèse cruro jambière avec embrasses, articulation de genou libre à chape, à tourillons	522 893	522 893
OI39F51	Orthèse cruro jambière avec embrasses, articulation de genou libre à chape, avec botte postérieure rigide en polyoléfine	576 435	576 435
OI39F52	Orthèse cruro-pédieuse en fibre de carbone avec étrier en carbone	527 616	527 616

Avec dispositif autoverrouillable au genou

(Dispositif constitué de biellettes commandé par une durée antérieure sur la chaussure et permettant la flexion libre tout en assurant automatiquement la rigidité de l'articulation du genou en extension)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OI39D20	Attelles alliage léger	684 863	684 863
OI39C42	Appareil de marche constitué par une attelle monotubulaire externe munie d'une articulation de genou avec verrou et dont la partie inférieure télescopique porte un tourillon qui pénètre dans un tube solidaire d'une semelle acier montée sur la chaussure.	598 368	598 368

	Cet appareil comporte au genou une coque en stratifié, antérieure ou postérieure, moulée selon la technique des prothèses de contact et montée sur une embrasse fixée sur un collier réglable et, à la cuisse, une embrasse postérieure également réglable		
OI99D50	Appareil comprenant deux orthèses cruro-pédieuses reliées à un corselet en copolymère, par l'intermédiaire de deux pièces de hanche comportant un système alternatif permettant la marche à quatre temps	1 669 305	1 669 305

Rigide au genou

(Gaine, jambière et cuisse en cuir plus ou moins ajouré)

Attelles acier

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OI39C30	À tourillons	505 782	505 782
	À étrier :		
OI39C31	Démontable, à clavettes (pièce sur pièce)	552 068	552 068
OI39C32	Non démontable (pièce sur pièce)	534 338	534 338

Attelles alliage léger

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OI39D30	À tourillons	402 331	402 331
	À étrier :		
OI39D31	Démontable, à clavettes (pièce sur pièce)	429 453	429 453
OI39D32	Non démontable (pièce sur pièce)	414 771	414 771
OI39N51	Orthèse cruro-pédieuse à correction de l'arrière-pied par un système à action progressive.	226 682	226 682

Cuissard jambière rigide (avec pied)

Pour maintien léger ou déformations rhumatismales

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OI39V30	Bandes plastiques d'immobilisation en fibre de verre et acétate de cellulose (1)	115 019	115 019
OI39N53	Gouttière de nuit cruro-pédieuse garnie de mousse polyoléfine	141 558	141 558
OI39U01	Textile G 6-1 enduit de mousse de polyuréthane	66 149	66 149

Pour ankylose du genou en flexion

(Attelles latérales réunies à leur base en formant un socle sur lequel sont fixés une douille et un quillon semelle acier sur laquelle repose la chaussure.)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Attelles acier		
OI39C40	Cuir moulé.	557 744	557 744
OI39C50	Orthèse cruro jambière avec un seul montant anti-recurvatum	747 777	747 777
OI39C51	Orthèse cruro jambière avec un seul montant anti-recurvatum	730 940	730 940

Orthèse modulaire de maintien et de marche

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OI39T10	Orthèse comprenant un module de support de cuisse, un module de support de jambe, un module mécanique de cuisse et un module mécanique de jambe (3)	257 957	257 957
	Botte cruro-pédieuse de correction progressive		
OI39G51	Orthèse de correction progressive des déformations congénitales du pied avec partie crurale en flexum et dispositif permettant le réglage de la rotation du pied autour de l'axe jambier, l'éversion et inversion, l'abduction et adduction de l'avant-pied	156 955	156 955
OI39G52	Orthèse de correction progressive des déformations congénitales du pied avec partie crurale en flexum et avec, autour de l'axe des gouttières cruro jambières, un réglage de l'éversion du pied par une charnière sus-malléolaire, un réglage de l'équin du pied au niveau de l'articulation malléolaire, un réglage d'abduction ou d'adduction de l'avant pied	185 001	185 001

Gouttières

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OI39G53	Gouttière de nuit cruro-pédieuse	194 211	194 211

Orthèse pour ostéochondrite de hanche

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV au public TTC en F.CFP
OI93N03	Orthèse de mise en abduction des hanches comprenant une ceinture, deux pièces de hanches, deux cuissards doublés et une barre d'abduction réglable articulée	311 720	311 720
OI39N52	Orthèse de décharge et d'abduction avec patin et articulation à chape au genou et tourillons à la semelle	548 238	548 238

OI39N54	Orthèse de décharge et d'abduction de la hanche avec cuissard en polyoléfine sans articulation de genou	384 199	384 199

OI29 (2) : Grand appareil de marche avec appui sous-ischiatique rigide

(Deux attelles latérales avec deux embrasses postérieures à la cuisse et deux embrasses postérieures à la jambe. Ces deux dernières peuvent être remplacées par une seule embrasse de 60 mm de large pour les orthèses dont le centre d'articulation du genou est situé à moins de 35 cm du sol et de 80 mm de large pour une mesure sol-genou supérieure à 35 cm)

Articulé au genou

Attelles acier pièce sur pièce

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	À tourillons		
OI29C01	Mollet et cuissard cuir moulé	607 718	607 718
OI29C02	Embrasses garnies au mollet et cuissard cuir	583 097	583 097
OI29C03	Embrasses garnies au mollet et au cuissard	574 231	574 231
	À étrier démontable à clavettes (pièces sur pièces)		
OI29C04	Mollet et cuissard cuir moulé	640 221	640 221
OI29C05	Embrasses garnies au mollet et cuissard cuir	614 610	614 610
OI29C06	Embrasses garnies au mollet et au cuissard	606 138	606 138
	À étrier non démontable (pièce sur pièce)		
OI29C07	Mollet et cuissard cuir moulé	622 000	622 000
OI29C08	Embrasses garnies au mollet et au cuissard cuir	596 889	596 889
OI29C09	Embrasses garnies au mollet et au cuissard	588 876	588 876

Avec dispositif autoverrouillable au genou

(Dispositif constitué de biellettes commandé par une butée antérieure sur la chaussure et permettant la flexion libre tout en assurant automatiquement la rigidité de l'articulation du genou en extension)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OI29D20	Attelles alliage léger	732 667	732 667

Rigide au genou

(Gaine jambière et cuisse en cuir plus ou moins ajouré)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OI29C30	À tourillons	577 686	577 686
OI29C31	À étrier démontable à clavettes (pièce sur pièce)	610 180	610 180
OI29C32	À étrier non démontable (pièce sur pièce)	591 955	591 955

Pour ankylose du genou en flexion

(Attelles latérales réunies à leur base en formant un socle sur lequel sont fixés une douille et un quillon, semelle acier sur laquelle repose la chaussure.)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OI29C40	Attelle acier, cuir moulé	618 560	618 560

OI38 : Gaine cuissard jambière rigide

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OI38C30	Gaine cuissard jambière rigide, à fermeture antérieure, en cuir moulé ou en polyoléfine (à préciser sur la prescription médicale) d'une seule pièce avec prolongements latéraux sur les malléoles jusqu'à la base du calcanéum, armé par deux attelles latérales rigides et quatre embrasses en acier ou en alliage léger. Une coque talonnière (en adjonction AI8C30) peut être adaptée à cette orthèse.	345 857	345 857

OI37 : Jambière cuissard rigide au genou

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Pour maintien léger ou déformations rhumatismales		
OI37V10	Bandes plastiques d'immobilisation en fibre de verre et acétate de cellulose (1)	103 195	103 195
OI37G20	Polyisoprène sans armature	171 852	171 852

OI36 : Genouillère

(Gaine jambière et cuisse quatre embrasses postérieures)

Articulée au genou

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OI36C01	Cuir moulé (attelles acier pièce sur pièce)	439 626	439 626
OI36C02	Peau de chien souple en double épaisseur, la couche intérieure formant garniture (attelles en acier gainées chèvre, articulation à chape, sans embrasses postérieures, fermeture antérieure)	210 412	210 412
OI36D02	Cuir moulé (attelles alliage léger)	389 003	389 003
OI36N01	Polyoléfine avec armature (attelles acier pièce sur pièce)	151 750	151 750
OI36N02	Polyoléfine avec armature (attelle alliage léger)	153 426	153 426
OI36N50	Orthèse de contention des lésions ligamentaires du genou, de dérotation, rectitude et traction, réalisée par thermoformage sur moulage avec montants et articulations polycentriques à segments d'engrenage à butées réglables, l'ensemble des éléments constitutifs de cette orthèse est en polyoléfine, garnissage mousse, raidisseurs et ajourages compris.	153 452	153 452
OI36N51	Orthèse de contention des lésions ligamentaires du genou, de dérotation, rectitude et traction réalisée par thermoformage sur moulage avec montants et articulations polycentriques libres à segments d'engrenage, l'ensemble des éléments constitutifs de cette orthèse est en polyoléfine, garnissage mousse, raidisseurs et ajourages compris	153 452	153 452
OI36D10	Attelle de contention des lésions ligamentaires du genou constituée d'une attelle externe articulée au genou et d'une attelle interne également articulée et dont les montants de jambe et de cuisse sont galbés pour rejoindre l'attelle externe à ses extrémités inférieure et supérieure. Une plaque d'appui interne articulée au niveau de l'axe de genou reçoit des sangles de maintien, et des sangles de dérotation sont adaptées à la partie postérieure de l'orthèse	249 208	249 208
OI36A50	Orthèse avec un seul montant de contrôle des laxités du genou avec articulation polycentrique	277 538	277 538
OI36D51	Orthèse de contrôle des laxités du genou avec articulation à chape avec arceau postérieur de compression condylienne	267 222	267 222
OI36N60	Orthèse cruro jambière en polyoléfine avec articulation de genou libre avec butées réglables et effet dynamique réglable	369 953	369 953
OI36N70	Orthèse cruro-jambière sur mesure, gonarthrose, utilisant les articulations ODRA. Orthèse sur mesure pour gonarthrose du compartiment interne réalisée sur moulage et utilisant les articulations à crémaillère OdrA (orthèse de distraction et rotation pour arthrose) de la société PROTEOR SA. Cette orthèse de genou est composée de 2 articulations spécifiques, de 2 embrasses antérieures (l'embrasse supérieure étant souple et l'embrasse inférieure rigide), des montants reliant les articulations aux embrasses, d'un garnissage amovible et de 3 sangles (1 sangle maintenant la cuisse au niveau de l'embrasse supérieure, 1 sangle maintenant la jambe au niveau de l'embrasse inférieure et 1 sangle au niveau du creux poplité pour éviter le glissement de l'orthèse pendant la marche). La prise en charge est assurée pour les patients atteints de gonarthrose fémoro-tibiale du compartiment interne isolé et dont la douleur est supérieure à 40 mm sur l'échelle visuelle analogique (EVA). Cette orthèse est contre-indiquée :	310 416	310 416

	chez les patients ayant des problèmes veineux (exemple : varices) sur le membre à appareiller en raison du risque de complications dues à la pression exercée par les sangles lors du port de l'orthèse ; en cas d'arthrose du compartiment externe isolée. La prise en charge est subordonnée à la prescription par un médecin justifiant d'une des spécialités suivantes : médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation fonctionnelle ; médecin spécialiste en orthopédie ou en rhumatologie. Les conditions de spécialités mentionnées ne s'appliquent pas au renouvellement de ces dispositifs. Le moulage ou la prise de mesures, l'application et la délivrance doivent être réalisés par un orthoprothésiste. Le moulage nécessaire pour ce type d'orthèse correspond au code I 18 P 01. La prise en charge de ce produit est soumise à une demande d'entente préalable.		

Rigide au genou

(Gaine jambière et cuisse d'une seule pièce)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OI36C10	Cuir moulé (trois attelles acier ou alliage léger)	300 436	300 436
OI36K10	Copolymère acrylonitrile méthacrylate de méthyle	81 790	81 790
OI36N10	Polyoléfine, sans armature	76 716	76 716
OI36N11	Polyoléfine, avec armature	109 026	109 026
OI36S10	Stratifié de polyester	93 597	93 597
OI36G10	Polyisoprène, sans armature	114 902	114 902
OI36G11	Polyisoprène, avec armature	147 203	147 203
OI36U02	Textile B G 5-1 enduit de mousse de polyuréthane	70 987	70 987
OI36U01	Textile T 1 enduit de mousse de polyuréthane	46 235	46 235

Pour maintien léger ou déformations rhumatismales

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OI36V10	Bandes plastiques d'immobilisation en fibre de verre et acétate de cellulose (1)	89 405	89 405
OI36T01	Genouillère élastique tissée sur mesures, armée latéralement par deux attelles en acier articulées au genou, gainée de tissu. Le maintien est assuré par deux sangles en tissu avec fermeture par bande textile adhérente	58 495	58 495

Orthèse modulaire de maintien et de marche

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OI36T10	Orthèse comprenant un module de support de cuisse, un module de support de jambe, un module mécanique de cuisse et un module mécanique de jambe (3)	257 957	257 957

OI96 : Ceinture cuissard-jambière

(Gaine jambière, cuisse et bassin, deux attelles latérales, ceinture métallique, quatre embrasses postérieures)

Articulée au genou et à la hanche

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OI96C01	Cuir moulé, attelles acier (pièce sur pièce)	663 127	663 127
OI96N01	Polyoléfine, avec armature attelles acier (pièce sur pièce)	200 996	200 996

Rigide au genou et à la hanche

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OI96C10	Cuir moulé, attelles acier	517 068	517 068
OI96N11	Polyoléfine, avec armature	152 420	152 420
OI96S10	Stratifié de polyester	203 697	203 697

Pour maintien léger ou déformations rhumatismales

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OI96V10	Bandes plastiques d'immobilisation en fibre de verre et acétate de cellulose (1)	165 512	165 512

Orthèse modulaire de maintien et de marche

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OI96T10	Orthèse comprenant un module de support de tronc (corset), un module de support de cuisse, un module de support de jambe, un module mécanique de tronc, un module mécanique de cuisse et un module de support de jambe (3)	496 638	496 638

OI93 : Ceinture-cuissard

(Gaine, cuisse et bassin, ceinture métallique, attelle externe, montant interne, deux embrasses postérieures)

Articulée à la hanche avec points d'arrêt

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OI93C01	Cuir moulé, attelles acier (pièce sur pièce)	451 876	451 876
OI93N01	Polyoléfine, attelles acier (pièce sur pièce)	145 721	145 721
OI93S01	Stratifié de polyester	191 131	191 131

Rigide à la hanche

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OI93C10	Cuir moulé, attelles acier ou alliage léger	390 616	390 616
OI93L10	Acétate de cellulose, armé ou armaturé	184 480	184 480
OI93N11	Polyoléfine, avec armature	125 467	125 467
OI93S10	Stratifié de polyester	161 328	161 328
OI93G10	Polyisoprène, avec armature	169 362	169 362

Pour maintien léger ou déformations rhumatismales

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OI93V10	Bandes plastiques d'immobilisation en fibre de verre et acétate de cellulose (1)	137 928	137 928

Orthèse modulaire de maintien et de marche

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OI93T10	Orthèse comprenant un module de support de tronc (corset), un module de support de cuisse, un module mécanique de tronc et un module mécanique de cuisse (3)	401 715	401 715

2.7.2.3.3.4. Adjonctions

Pied

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI8A01	Système de traction du membre inférieur pour OI39N54	34 638	34 638

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Cheville

Applicables aux appareils à tourillons

Particulières aux appareils OI59

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI7A01	Butée excentrique réglable de limitation de flexion	13 235	13 235
AI7A02	Limitation de mouvement par ressort	9 871	9 871

Particulières aux appareils OI39 et OI29

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI7A10	Tourillons télescopiques	14 625	14 625

Communes à tous les appareils à tourillons

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI7A15	Butée fixe antérieure ou postérieure pour limitation de flexion ou d'extension.	9 893	9 893
AI7A11	Semelle acier avec tube tourillon soudé indépendante de celle incluse dans le tarif des appareils à tourillons référencés OI59, OI39 ou OI29 (montage sur chaussure compris)	13 315	13 315

Particulières aux orthèses avec attelle monotubulaire

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI7A16	Dispositif releveur de pied monté par collier réglable sur la partie inférieure du tube télescopique.	38 060	38 060
AI7A17	Butée fixe antérieure ou postérieure de limitation de flexion ou d'extension.	18 786	18 786
AI7A18	Butée excentrique réglable de limitation de flexion	19 918	19 918
AI7A19	Semelle avec tube soudé et dispositif à bille, l'ensemble réalisé, en acier inoxydable, indépendante de celle incluse dans le tarif de l'orthèse, incorporé dans la semelle de la chaussure (fixation sur la semelle première et remontage de la chaussure compris)	46 104	46 104

Applicables aux appareils à étrier

Particulières aux appareils OI59

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI7A20	Butée déverrouillable	14 213	14 213

Communes à tous les appareils à étrier

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI7A25	Articulations à chape en remplacement des articulations pièce sur pièce	14 403	14 403
AI7A26	Point d'arrêt de limitation de mouvement articulaire	11 425	11 425
	Dispositif élastique de limitation de mouvement ou de rappel du pied :		
AI7A27	Par ressort en traction prolongé par une courroie cuir permettant le réglage	8 375	8 375
AI7A28	Par ressort en traction ou en pression postérieur ou antérieur	8 375	8 375
AI7A29	Par ressort type "sécateur"	8 765	8 765
AI7A30	Par ressort inclus dans l'articulation	17 806	17 806
AI7A31	Étrier en deux branches indépendantes pénétrant par leur base dans le talon (tourillon plat)	6 056	6 056
AI7A32	Articulations latérales avec branche en "T" postérieure pénétrant dans le talon (tourillon plat postérieur)	14 361	14 361
AI7C01	Chaussette cuir moulé (au lieu de chaussure)	43 920	43 920
AI7Z01	Liège (jusqu'à 4 cm) dans chaussette cuir ou coutil	3 568	3 568
AI7A33	Étrier avec semelle acier et boulons d'axes indépendant de celui inclus dans le tarif des appareils à étrier référencés OI59, OI39 ou OI29 (montage sur chaussure compris)	31 124	31 124

Applicables aux appareils OI59, OI39 et OI29

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI7C10	Courroie anti-varus ou anti-valgus indépendante	4 092	4 092
	Adjonctions au niveau du pied		
AI8C30	Coque talonnière amovible en cuir moulé ou en polyoléfine (à préciser sur la prescription médicale) montée par vis sur les montants latéraux de jambe	63 371	63 371
AI8F02	Étrier carbone sur chausson ou chaussure	136 428	136 428

Applicables à OI36 N60

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI8N60	Botte pour orthèse OI36N60	137 933	137 933

DIRAME France SARL

Description:

653

ULTRAFLEX est une articulation à effet dynamique de genou, intégrée dans une orthèse sur mesure.
L'articulation ULTRAFLEX ne peut être utilisée qu'avec l'orthèse sur mesure codée OI 36 N 60 (Orthèse cruro-jambière en polyoléfine avec articulation de genou libre avec butées réglables et effet dynamique réglable).
Le dispositif ULTRAFLEX se compose de deux parties montées du coté externe de l'orthèse: une plateforme et un système de tension.
La plateforme est une articulation monocentrique mobile munie d'un bouton poussoir de blocage permettant de régler l'amplitude, avec limitation de la flexion ou de l'extension. Le système de tension offre une tension dynamique.
Le côté interne de l'orthèse est soutenu par une articulation libre chez les patients de moins de 25 kg ou par une plateforme chez les patients de plus de 25 kg.
Pour les patients de moins de 12 kg, le dispositif se compose d'un module monobloc externe (le système de tension et la plateforme sont intégrés). Les produits ULTRAFLEX (plateforme, système de tension et articulation libre) ont une garantie limitée de 3 ans pour le même patient et la même orthèse dans les conditions d'utilisation préconisées par le fabricant.
Indication :
Traitement des limitations d'amplitude articulaire du genou isolées ou associées à l'équin de cheville chez des patients atteints de paralysie cérébrale ou de lésions acquises du système nerveux central présentant des rétractions musculaires (ischiojambiers et/ou jumeaux) associées ou non à de la spasticité et présentant un flexum du genou uni ou bilatéral supérieur ou égal à 10°.
Modalités de prescription :
La prescription doit être faite par un médecin spécialiste de médecine physique et de réadaptation (MPR) dans le cas d'une première prescription et lors du renouvellement.

Code	**Nomenclature**	**Tarif en F.CFP**	**PLV en F.CFP TTC**
2755263	Orthèse dynamique, adjonction, > 35 kg, DIRAME, ULTRAFLEX, système tension. Références prises en charge: Système de tension ULTRAFLEX pour montage sur plateforme : UF-KO-P1-L, UF-KO-P1-R, UF-KO-P1H-L, UF-KO-P1H-R, UF-KO-P2-L et UF-KO-P2-R.	46 840	46 840
2785123	Orthèse dynamique, adjonction, 23-34 kg, DIRAME, ULTRAFLEX, système tension. Références prises en charge: Système de tension ULTRAFLEX pour montage sur plateforme : UF-KO-P3-L, UF-KO-P3-R, UF-KO-P3H-L, UF-KO-P3H-R, UF-KO-P4-L et UF-KO-P4-R.	46 840	46 840
2733149	Orthèse dynamique, adjonction, 13-23 kg, DIRAME, ULTRAFLEX, système tension. Références prises en charge: Système de tension ULTRAFLEX pour montage sur plateforme : UF-KO-P5-L, UF-KO-P5-R, UF-KO-P5H-L, UF-KO-P5H-R, UF-KO-P6-L et UF-KO-P6-R.	46 840	46 840
2726356	Orthèse dynamique, adjonction, + 12 kg, DIRAME, ULTRAFLEX, plateforme. La prise en charge est assurée dans la limite de 2 plateformes par patient de plus de 25 kg (côté interne et externe). Références prises en charge: Plateforme ULTRAFLEX pour l'articulation du genou pour système de tension: UF-KO-SS1-L, UF-KO-SS1-R, UF-KO-SS1H-L, UF-KO-SS1H-R, UF-KO-SS2-L et UF-KO-SS2-R.	102 040	102 040
2705696	Orthèse dynamique, adjonction, – 25 kg, DIRAME, ULTRAFLEX, articulation libre.	24 257	24 257

	Référence prise en charge: Articulation libre ULTRAFLEX ROM pour l'articulation du genou : UF-E/KO-ROM.		
2783650	Orthèse dynamique, adjonction, – 12 kg, DIRAME, ULTRAFLEX, module monobloc. La prise en charge du module monobloc – 12 kg est réservée aux patients de moins de 12 kg. Références prises en charge: Module ULTRAFLEX monobloc pour les patients de moins de 12 kg pour l'articulation du genou : UF-KO-PC1-L, UF-KO-PC1-R, UF-KO-PC2-L et UF-KO-PC2-R.	80 854	80 854
2756570	Orthèse dynamique, adjonction, – 12 kg, DIRAME, ULTRAFLEX, articulation libre La prise en charge de l'articulation libre – 12 kg est réservée aux patients de moins de 12 kg Référence prise en charge: Articulation libre ULTRAFLEX ROM pour patients de moins de 12 kg pour module monobloc : UF-E/KO-PROM.	20 912	20 912

Genou

Particulières aux appareils OI59

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI4Z01	Plaque condylienne capitonnée	7 449	7 449

Applicables aux appareils articulés au genou

Particulières aux appareils OI39 et OI29

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI4Z02	Disque condylien à pression réglable	16 695	16 695
AI4Z03	Plaque condylienne capitonnée	10 055	10 055

Particulières aux appareils OI39 et OI36

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI4A16	Articulation genou pour orthèse memb. infér., PROTEOR, SPL BASKO. Articulation de genou pour orthèse de membre inférieur, SPL BASKO de la société PROTEOR HANDICAP TECHNOLOGIE SA. La prise en charge de l'articulation du genou SPL BASKO est assurée en cas de déficience fonctionnelle du quadriceps, à caractère définitif, et à l'origine d'un défaut de verrouillage du genou. Pour permettre l'utilisation de SPL BASKO, les conditions suivantes doivent être réunies : - une extension (passive) de hanche d'au moins 5° ; - un flexum de genou inférieur à 10° ;	526 009	526 009

	- une flexion active de la hanche, obtenue à l'aide des fléchisseurs de hanche ou en basculant le bassin grâce aux muscles de l'abdomen ; - la capacité à atteindre l'extension du genou à la fin de la phase pendulaire ; - un bon appui du côté controlatéral. SPL BASKO est garanti trois ans. Son renouvellement ne peut être pris en charge que trois ans après la pose. Le remplacement des pièces d'usure doit être effectué au cours de ces trois ans si nécessaire. La prescription doit être faite par un médecin de médecine physique et de réadaptation. L'adaptation de l'orthèse devra être réalisée par un orthoprothésiste. Une rééducation est recommandée après l'adaptation de l'orthèse. L'orthèse SPL BASKO comprend une articulation SPL (Swing Phase Lock), une articulation SPC (Swing Phase Control), un satellite de commande et une notice d'utilisation. La prise en charge est assurée pour la référence Protéor 2H100. La prise en charge est assurée pour les orthèses OI 39 D, OI 39 C, OI 39 S, OI 39 F, OI 36 C, OI 36 D, OI 36 N et OI 39 O.		
AI4A17	Articulation genou pour orthèse memb. infér., PROTEOR, SPL BASKO, révis. annuel. Articulation de genou pour orthèse de membre inférieur, SPL BASKO de la société PROTEOR HANDICAP TECHNOLOGIE SA, révision annuelle. La prise en charge de la révision annuelle de SPL BASKO est assurée après la première année de pose. Elle comprend notamment : le changement systématique des butées, des roulements et du câble ; le changement des inserts et du satellite en fonction de l'usure, en moyenne une fois sur deux.	106 125	106 125

Communes à tous les appareils au genou

Code	**Nomenclature**	**Tarif en F.CFP**	**PLV en F.CFP TTC**
AI4A10	Articulations à chapes au genou en remplacement des articulations pièce sur pièce (sans roulement à billes)	14 467	14 467
AI4A11	Articulations à chapes au genou en remplacement des articulations pièce sur pièce (avec roulement à billes)	16 908	16 908
AI4A12	Verrou double du type Hoffa	38 181	38 181
AI4A15	Verrou à coulisseau dit "canadien"	21 246	21 246
AI4T10	Tracteur élastique avec cercle pivotant au genou	8 593	8 593
AI4T11	Tracteur élastique sans cercle pivotant au genou	6 223	6 223
	Fronde rotulienne capitonnée		
AI4C15	Limitée à la rotule	19 853	19 853

AI4C16	Plus large et se prolongeant en coque condylienne	28 038	28 038

Amovibles pour les orthèses modulaires de maintien et de marche

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI1T01	Antiflexum de hanches.	8 798	8 798
AI4T01	Antiflexum du genou	22 313	22 313
AI7T01	Correction de pied	36 746	36 746

Applicables aux appareils rigides au genou

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Communes à tous les appareils		
AI4T15	Fente poplitée avec laçage antiflexum	3 701	3 701

Appui sous-ischiatique

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Applicables aux appareils OI 39		
AI2C01	Point d'appui sous-ischiatique souple	24 532	24 532
AI2N50	Appui sous-ischiatique rigide pour orthèse en polyoléfine	32 088	32 088
AI2N51	Appui sous-ischiatique souple pour orthèse en polyoléfine	26 668	26 668

Hanche

Applicables aux appareils OI articulés à la hanche

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI1A40	Articulation de hanche à chape en remplacement de l'articulation pièce sur pièce (sans roulement à billes)	7 031	7 031
AI1A31	Verrou de hanche à chape	29 626	29 626
AI1A30	Verrou de hanche simple du type Hoffa	14 213	14 213

Applicables aux appareils OI39 et OI29 nécessitant un maintien de l'articulation de la hanche

Ceintures étroites avec pièces de hanche métallique

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI1A02	Ceinture cuir, largeur 45 mm, avec pièce de hanche en "T" et articulation à chape	48 748	48 748
AI1A03	Large ceinture en cuir moulé avec pièce de hanche à chape	149 784	149 784

Ceintures larges ou corsets

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Fixation à l'appareil		
	Elle peut être réalisée par :		
	1. Des dispositifs non démontables		
AI1A11	Pièce de hanche métallique avec articulation à chape	22 146	22 146
	Articulation haute non physiologique		
AI1A12	Sans articulation au niveau de la hanche	27 468	27 468
AI1A13	Avec articulation au niveau de la hanche	57 171	57 171
AI1A14	Pièce de hanche métallique avec double articulation à chape et à verrou	93 469	93 469
	2. Des dispositifs démontables permettant la désolidarisation de l'appareil et du corset		
	Pièce de hanche démontable :		
AI1A20	À glissière	15 954	15 954
AI1A21	Par berckoise	22 824	22 824
AI1A22	Par clavette	22 824	22 824
	(Ces dispositifs s'ajoutent, selon le cas, aux références AI1A11, AI1A12, AI1A13 ou AI1A14.)		
	Si un verrou de hanche est nécessaire, ajouter :		
AI1A30	Verrou de hanche simple du type Hoffa	14 213	14 213
AI1A31	Verrou de hanche à chape	29 626	29 626
AI1A32	Verrou de hanche à coulisseau dit "Canadien"	21 246	21 246

Ceintures ou corsets

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Ceinture en cuir moulé des trochanters aux fausses côtes		

TR79C11	En cuir moulé armé	238 996	238 996
TR79C12	En cuir moulé armé, avec partie antérieure en coutil	189 436	189 436
	Corselet en cuir moulé des trochanters à la pointe de l'omoplate		
TR59C11	En cuir moulé armé	344 377	344 377
TR59C12	En cuir moulé armé, avec partie antérieure en coutil	276 951	276 951
	Corset en cuir moulé des trochanters à l'épine de l'omoplate		
TR49C11	En cuir moulé armé	411 852	411 852
TR49C12	En cuir moulé armé, avec partie antérieure en coutil	330 544	330 544

Dispositifs particuliers aux orthèses modulaires de maintien et de marche

Code	**Nomenclature**	**Tarif en F.CFP**	**PLV en F.CFP TTC**
	Module de support (ceinture abdominale) adaptable aux orthèses du type OI39		
AI1T101	Unilatérales	41 707	41 707
AI1T102	Bilatérales	40322	40 322
	Module de support (corset) et module mécanique de tronc adaptable aux orthèses du type OI 39		0
AI1T111	Unilatérales	238 491	238 491
AI1T112	Bilatérales	323 598	323 598
AI7C11	Chaussures spéciales avec liaison à l'orthèse (la paire)	53 842	53 842
AI7Z10	Releveur de pied	1 796	1 796
AI7Z11	Coussinet de protection	1690	1 690

Dispositifs particuliers aux orthèses avec attelle monotubulaire

Code	**Nomenclature**	**Tarif en F.CFP**	**PLV en F.CFP TTC**
AI1D30	Ceinture pelvienne gainée, en alliage léger, antérieure ou postérieure pour appareillage bilatéral	102 588	102 588
	Fixation à l'appareil		
	Elle peut être réalisé par :		
	1. Des dispositifs non démontables		

AI1D13	Articulation haute non physiologique constituée par une pièce métallique enveloppant un bloc de caoutchouc dans lequel s'engage un tube solidaire par sa partie inférieure d'une articulation double de hanche avec verrou	92 307	92 307
AI1D14	Articulation double de hanche sans verrou	112 794	112 794
	2. Des dispositifs démontables		
AI1D20	Articulation double de hanche sans verrou et dispositif à glissière ou à clavette permettant de désolidariser l'appareil d'une ceinture ou d'un corset	124 407	124 407
AI1D21	Articulation double de hanche avec verrou et dispositif à glissière ou à clavette permettant de désolidariser l'appareil d'une ceinture ou d'un corset	124 407	124 407

Applicables à tous les appareils

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI0A50	Barre réglable et amovible réunissant deux ensembles d'orthèses (ridoire).	58 244	58 244
	Dispositifs de suspension par bretelles		
AI3T01	Bretelle simple avec partie élastique à l'avant sur une longueur de 25 cm	5 235	5 235
AI3T02	Bretelle simple complètement en tissu élastique	6 333	6 333
AI3T03	Bretelle simple avec partie élastique à l'avant sur une longueur de 25 cm avec un chef sur l'épaule opposée	4 476	4 476
AI3T05	Bretelle simple avec parties élastiques à l'avant et à l'arrière sur une longueur de 25 cm	5 456	5 456
	Dispositifs de suspension par ceinture		
AI1C01	Ceinture en cuir largeur 45 mm avec chape en cuir	12 974	12 974

Gainage de pièces métalliques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Gainage		
AI89C01	D'une semelle acier extérieure sur chaussette cuir ou semelle seule intérieure et extérieure	9 299	9 299
AI6C01	D'une embrasse de jambière.	5 189	5 189
AI6C02	D'une embrasse sous-rotulienne	5 405	5 405
AI3C01	D'une embrasse de cuisse	5 405	5 405

AI3C02	D'une embrasse de cuisse en "S"	6 274	6 274
AI6C03	D'un montant de jambière	7 298	7 298
AI3C03	D'un montant de cuisse (y compris la tête d'articulation)	9 052	9 052
AI3C04	D'un montant de cuisse (sans tête d'articulation)	3 888	3 888
AI36C01	D'une attelle rigide, jambe, cuisse	10 216	10 216
AI79C01	D'une attelle rigide, cuisse, bassin	12 546	12 546
AI1C05	D'une pièce de hanche	5 254	5 254
AI1C06	D'une pièce de ceinture	3 242	3 242
AI79C02	D'une ceinture acier	9 299	9 299
AI79C03	Des extrémités seules de la ceinture acier	3 242	3 242
AI4C05	D'une tête d'articulation seule	4 092	4 092
	Gainage de l'armature métallique		
AT79C01	D'une ceinture réf TR 79 C	11 881	11 881
AT59C01	D'un corselet réf. TR 59 C	17 278	17 278
AT49C01	D'un corset réf. TR 49 C	26 063	26 063

2.7.2.3.3.5. Appareillage des infirmes moteurs cérébraux (Appareils types et variantes)

OI39 (2) : Grand appareil de marche sans point d'appui sous-ischiatique

(Deux attelles latérales avec une large embrasse postérieure garnie au mollet et au cuissard)

Articulé au genou

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OI39C90	À tourillons avec attelles acier	433 603	433 603
OI39D90	À tourillons avec attelles en alliage léger	404 955	404 955
OI39C91	À étrier avec attelles latérales en acier (articulation tibio-tarsienne à chape et roulements à billes)	449 439	449 439
OI39D91	À étrier avec attelles latérales en alliage léger	418 549	418 549

Rigide au genou

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OI39C92	À tourillons avec attelles latérales acier	407 771	407 771
OI39D92	À tourillons avec attelles latérales en alliage léger	341 381	341 381
OI39C93	À étrier avec attelles latérales en acier (articulation tibio-tarsienne à chape et roulements à billes)	425 419	425 419
OI39D93	À étrier avec attelles latérales en alliage léger	353 542	353 542
OI39C95	Grand appareil de marche constitué par une attelle monotubulaire externe munie d'une articulation de genou avec verrou et dont la partie inférieure télescopique porte un tourillon qui pénètre dans un tube solidaire d'une semelle acier montée sur la chaussure. Cet appareil comporte au genou une coque en stratifié, antérieure ou postérieure, moulée selon la technique des prothèses de contact et montée sur une embrasse fixée sur un collier réglable et à la cuisse, une embrasse postérieure également réglable	598 360	598 360

OI59 : Petit appareil de marche à tuteurs capitonnés, une embrasse garnie postérieure et une semelle métallique occupant la totalité de la chaussure

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	À tourillons		
OI59C90	Avec un seul montant latéral en acier	81 197	81 197
OI59C91	Avec deux montant latéraux en acier	90 365	90 365

OI19 : Appareillage latéral de dérotation en cuir et acier

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
OI19C90	Appareillage latéral de dérotation en cuir et acier comportant une pièce de hanche à chevalet oscillant et tourillon avec demi-ceinture pelvienne en acier engainée dans la ceinture en cuir. Un câble de torsion monté sur cette pièce de hanche aboutit à un tourillon qui traverse le talon de la chaussure et est fixé à son extrémité par un écrou ; deux bracelets -en cuir avec fermeture antérieure sur la cuisse et la jambe assurent le maintien de l'orthèse	228 205	228 205

OI23 : Coques abductrices de cuisse

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

OI23K90	Coques abductrices de cuisse en copolymère acrylonitrile méthacrylate de méthyle capitonnées et garnies, liées par une pièce métallique avec articulation dans le plan sagittal et souplesse dans le plan frontal. Fermeture des coques par bandes textiles adhérentes.	46 661	46 661

2.7.2.3.3.6. Adjonctions (Particulières à l'appareillage des infirmes moteurs cérébraux)

Cheville

Applicables aux appareils à tourillons

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI7A01	Butée excentrique réglable de limitation de flexion antérieure ou postérieure	13 235	13 235
AI7A15	Butée fixe antérieure ou postérieure pour limitation de flexion ou d'extension.	9 893	9 893

Applicables aux appareils à étrier

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI7A26	Points d'arrêt de limitation de mouvement articulaire	11 425	11 425
AI7A31	Étrier en deux branches indépendantes pénétrant par leur base dans le talon (tourillon plat)	6 056	6 056

Applicables aux appareils OI59 et OI39

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI7C10	Courroie anti-varus ou anti-valgus indépendante	4 092	4 092
AI7A16	Dispositif releveur de pied monté par collier réglable sur la partie inférieure du tube télescopique	38 060	38 060
AI7A17	Butée fixe antérieure ou postérieure de limitation de flexion ou d'extension.	18 786	18 786
AI7A18	Butée excentrique réglable de limitation de flexion	19 918	19 918
AI7A19	Semelle avec tube soudé et dispositif à bille, l'ensemble réalisé en acier inoxydable, indépendante de celle incluse dans le tarif de l'orthèse, incorporé dans la semelle de la chaussure (fixation sur la semelle première et remontage de la chaussure compris).	46 104	46 104

Jambe

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI6A90	Barre abductrice réglable et amovible se fixant sur les attelles internes de jambe	24 239	24 239

Genou

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Applicables aux appareils O 39 articulés au genou		
AI4Z03	Plaque condylienne capitonnée.	10 055	10 055
AI4Z02	Disque condylien à pression réglable	16 695	16 695
	Fronde prérotulienne capitonnée		
AI4C15	Limitée à la rotule.	19 853	19 853
AI4C16	Plus large et se prolongeant en coque condylienne	28 038	28 038
AI4A12	Verrou double du type Hoffa	38 181	38 181
AI4A90	Verrou à coulisseau, dit "Canadien" avec bille de maintien de déverrouillage	28 681	28 681
AI4A91	Cadran articulé de genou corrigeant le flexum.	17 167	17 167

Cuisse

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Applicables aux appareils OI39		
AI3A90	Barre abductrice réglable et amovible, se fixant sur les attelles internées	24 239	24 239

Appui sous-ischiatique

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Applicables aux appareils OI39		
AI2C01	Appui sous-ischiatique souple	24 532	24 532

Hanche

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Applicables aux appareils OI 39 nécessitant un maintien de l'articulation de hanche		
	Ceinture avec pièce de hanche métallique		

AI1D90	Ceinture en alliage léger garnie cuir, largeur 50 à 80 mm, avec deux pièces de hanche en "T", "en alliage léger", articulation "pièce sur pièce" à roulements à billes (gainage des têtes compris)	172 006	172 006
AI1D91	Ceinture en alliage léger garnie cuir, largeur 50 à 80 mm, avec deux p'èces de hanche en alliage léger, articulations "pièce sur pièce", roulements à butées à aiguilles, verrou à deux enclenchements, réglage de rattrapage de jeu, avec ou sans butée de limitation d'extension (gainage des têtes compris)	167 420	167 420
AI1A91	Ceinture en alliage léger garnie cuir, largeur 50 à 80 mm, avec deux pièces de hanche en "T" en acier, articulation à chape à roulements à billes (gainage des têtes compris)	193 781	193 781
AI1D92	Plaque métallique doublée cuir et caoutchouc mousse, s'appuyant sur le trochanter, pour luxation de hanche fixée sur ceinture	13 433	13 433
AI1A90	Extensions dorsales verticales en acier souple doublées cuir, fixées sur ceinture avec suspension par bretelles	80 402	80 402
AI1D93	Pièce de hanche comportant un verrou de blocage en extension et en flexion et un dispositif de réglage de limitation de l'abduction, l'abduction restant libre.	105 770	105 770

Corsets

Fixation à l'appareil

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Elle peut être réalisée par :		
	1. Des dispositifs non démontables		
	Articulation haute non physiologique		
AI1A12	Sans articulation au niveau de la hanche	27 468	27 468
AI1A13	Avec articulation au niveau de la hanche	57 171	57 171
	2. Des dispositifs non démontables permettant la désolidansation de l'appareil du corset		
	Pièce de hanche à montant démontable :		
AI1A20	À glissière	15 954	15 954
AI1A21	Par berckoise	22 824	22 824
AI1A22	Par clavette	22 824	22 824
	Si un verrou de hanche nécessaire, ajouter :		
AI1A92	Verrou de hanche à coulisseau, dit "Canadien", avec bille de maintien de déverrouillage	28681	28681

Dispositifs particuliers aux orthèses avec attelle monotubulaire

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI1D14	Articulation double de hanche sans verrou	112 794	112 794
AI1D30	Ceinture pelvienne gainée, en alliage léger, antérieure ou postérieure, pour appareillage bilatéral	102 588	102 588

Gainage de pièces métalliques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AI6C90	Gainage d'une embrasse de jambe	7 010	7 010
AI3C90	Gainage d'une embrasse de cuisse	8 465	8 465
AI6C03	Gainage d'un montant de jambe	7 298	7 298
AI3C03	Gainage d'un montant de cuisse (y compris la tête d'articulation)	9 052	9 052
AI4C05	Gainage d'une tête d'articulation.	4 092	4 092
AI36C01	Gainage d'une attelle rigide au genou	10 216	10 216
AI1C05	Gainage d'une pièce de hanche métallique	5 254	5 254

2.7.2.3.3.7. Appareils de traitement

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Appareils de décharge		
OI58C50	Gaine jambière, prolongée jusqu'au talon, en cuir moulé ou en polyoléfine (à préciser sur la prescription médicale) avec fermeture postérieure, armée par deux montants latéraux en acier ou en alliage léger avec deux embrasses antérieures dont l'une forme appui sur les plateaux tibiaux. Sur les deux montants est fixé, par rallonges, un étrier en acier avec patin en caoutchouc et, éventuellement, une coque talonnière amovible (en adjonction AI 8 C 30)	333 160	333 160
	Appareils comprenant une gaine cuisse en cuir moulé ou en polyoléfine avec appui sous- ischiatique rigide, une large embrasse garnie au mollet, deux attelles métalliques latérales en acier et alliage léger, étrier rigide à rallonge en appui direct au sol ou dans la chaussure :		
OI29C50	Rigide au genou	572 328	572 328
OI29C60	Articulé au genou avec verrou	714 355	714 355
OI28C50	Gaine cuissard jambière rigide avec appui sous-ischiatique en cuir moulé ou en polyoléfine	583 479	583 479

	(à préciser sur la prescription médicale) d'une seule pièce, avec prolongements latéraux sur les malléoles jusqu'à la base du calcanéum, armée par deux attelles latérales rigides en acier ou en alliage léger. À chaque extrémité de ces attelles sont adaptées deux rallonges sur lesquelles sont fixés par vis, à la partie supérieure, deux montants supportant une embrasse sous-ischiatique et, à la partie inférieure un étrier rigide avec patin en caoutchouc et coque talonnière amovible. Une partie supérieure circulaire, sans appui sous-ischiatique, est livrée avec l'orthèse pour remplacer ultérieurement celle comportant un appui sous-ischiatique		
	Appareil comprenant une large ceinture amovible et une gaine cuisse en cuir moulé ou polyoléfine avec point d'appui sous-ischiatique rigide. L'armature en acier et alliage léger est constituée par une pièce de hanche à fourche et à chape articulée, à verrou, fixée sur une armature métallique de ceinture assurant une contre-adduction et montée sur rallonges sur une attelle latérale externe, une latérale interne, une embrasse demi-cuisse et une large embrasse garnie au mollet. Les attelles latérales sont montées par rallonges sur deux montants à tourillons s'articulant sur la chaussure, gainage des ferrures compris :		
OI99C50	Rigide au genou	925 367	925 367
OI99C60	Articulé au genou avec verrou	1 167 208	1 167 208

2.7.2.3.3.8. Adjonctions particulières aux appareils de traitement

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Certains appareils de traitement peuvent nécessiter des adjonctions identiques à celles utilisées dans les appareils définitifs. Leur tarification devra être faite selon les références prévues pour l'appareillage définitif.		
	Adjonctions particulières aux appareils de décharge		
AI7A50	Étrier rigide avec patin cuir et caoutchouc destiné à remplacer les montants à tourillons sur les rallonges des appareils de décharge du type OI99	46 629	46 629
AI3C50	Volet de cuissard cuir ou polyoléfine ménageant une fenêtre pour fixateur antérieur	58 128	58 128
AI3C51	Volet de cuissard cuir ou polyoléfine avec armature articulée, ménageant une fenêtre pour fixateur latéral	281 663	281 663
AI3C52	Volet de cuissard cuir ou polyoléfine avec armature articulée ménageant deux fenêtres pour fixateur latéral	342 038	342 038
AI6C25	Remplacement de l'embrasse garnie au mollet par une gaine en cuir moulé ou polyoléfine avec deux embrasses postérieures	71 882	71 882

2.7.2.3.3.9. Texte des renvois

(1)	Le prix de cet appareil est fixé avec garnissage molleton. Une majoration de 5% est admise pour la garniture en chamois sur prescription médicale en fonction de la durée prévue de l'appareillage (supérieure à six mois).

(2)	Le tarif des appareils avec attelles acier est compris avec ou sans rallonges. Dans les appareils avec attelles en alliage léger, un réglage en hauteur réalisé par une rallonge comprenant une partie de montant en alliage léger, montée par plusieurs vis sur l'attelle principale (à l'exclusion des parties de montant en acier vissées directement sur l'attelle en alliage léger), donne lieu, par rallonge, à un supplément de **6 433 F.CFP**.
(3)	Les orthèses modulaires de maintien et de marche sont fournies avec : - un compresseur (avec raccord, manomètre et cordon) : **47 240 F.CFP** - un sac : **5 505 F.CFP.**

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

2.7.2.4. Section III. - Appareillage du tronc

(Le tarif des appareils ne comprend pas le prix du moulage)

2.7.2.4.1. Codification

Les nouvelles références des appareils sont établies selon la codification suivante :
a) Deux lettres indiquant qu'il s'agit d'appareils du tronc (TR) ou d'adjonctions à ces mêmes appareils (AT).
b) Deux chiffres lorsqu'il s'agit des appareils. Ces deux chiffres indiquant, le premier la limite supérieure de l'appareil et le second sa limite inférieure en fonction de la classification anatomique.
Deux chiffres lorsqu'il s'agit d'adjonctions, indiquant l'étendue de l'orthèse à laquelle elles se rapportent.
c) Une lettre indiquant la matière première utilisée pour la confection de l'appareil selon le code suivant :
A. - Acier.
C. - Cuirs et peaux.
D. - Alliages légers (duralumin).
G. - Caoutchouc et polyisoprène.
K. - Copolymère acrylonitrile méthacrylate de méthyle.
L. - Acétate de cellulose.
N. - Polyoléfine.
S. - Stratifiés de polyester.
T. - Textiles.
U. - Polyuréthane.
V. - Bandes plastiques d'immobilisation en fibre de verre et acétate de cellulose.
X. - Un ou des matériaux inscrits aux spécifications techniques pour la fabrication des prothèses prévues à la nomenclature.
Z. - Matière diverses.
d) Deux chiffres différenciant les appareils qui, bien que d'une étendue analogue ou se rapportant à un niveau d'amputation, présentent les différences de conception ou de fabrication.

2.7.2.4.2. Conditions de prise en charge

- La prise en charge des orthèses du tronc en cuir, codées en C, et en alliages légers type " duralumin " codées en D n'est assurée qu'en cas de renouvellement pour les patients déjà appareillés avec ce type d'orthèses.
- La prise en charge des orthèses du tronc réalisées en polyoléfine (polyéthylène), matériau thermoformable haute température, codées en N, est assurée pour toute immobilisation stricte prolongée (à partir de 6 semaines), de toute hauteur, dans des indications de corrections, d'affections dégénératives ou post-traumatiques.
- La prise en charge d'orthèses du tronc réalisées en mousse de polyuréthane, par moulage direct sur le patient, codées en U, n'est assurée que dans les cas de maintien lombaire de courte durée ne dépassant pas 3 mois, en cas de rachis dégénératifs ou traumatiques, de toute hauteur.

2.7.2.4.3. Orthopédie du tronc

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

2.7.2.4.3.1. Appareils types et variantes

TR79 : Ceinture des trochanters aux fausses côtes

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
TR79C11	Cuir moulé (avec ceinture pelvienne en acier ou en alliage léger)	238 996	238 996
TR79K27	Copolymère acrylonitrile méthacrylate de méthyle	68 719	68 719
TR79L19	Acétate de cellulose, armé ou armaturé	94 464	94 464
TR79N35	Polyoléfine, sans armature	41 209	41 209
TR79N36	Polyoléfine, avec armature	80 187	80 187
TR79N50	Orthèse monovalve sans armature avec ouverture antérieure latérale ou postérieure garnie de mousse de polyoléfine	125 356	125 356
TR79S42	Stratifié de polyester	106 538	106 538
TR79G45	Polyisoprène, sans armature	103 880	103 880
TR79G46	Polyisoprène, avec armature	143 309	143 309
	Pour maintien léger ou déformations rhumatismales		
TR79V49	Bandes plastiques d'immobilisation en fibre de verre et acétate de cellulose (1).	100 969	100 969
TR79U01	Textile enduit de mousse de polyuréthane	72 135	72 135

TR59 : Corset des trochanters à la pointe de l'omoplate (sans béquillons)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
TR59C11	Cuir moulé, avec armature acier ou alliage léger comportant une ceinture pelvienne, deux tuteurs latéraux, deux tuteurs dorsaux et une ferrure transversale	344 377	344 377
TR59L19	Acétate de cellulose, armé ou armaturé	165 958	165 958
TR59K27	Copolymère acrylonitrile méthacrylate de méthyle	151 107	151 107
	Polyoléfine rigide capitonné. Orthèse vertébrale active lombaire d'élongation (Ovale) bivalve (module préfabriqué ne nécessitant pas de moulage), avec poche lombaire gonflable en polyuréthane :		
TR59N34.1	- grand module	189 549	189 549
TR59N34.2	- petit et moyen module	172 971	172 971

TR59N36	Polyoléfine, avec armature	141 101	141 101
TR59N50	Orthèse sans armature, bivalve ou monovalve, avec ouverture antérieure, postérieure ou latérale garnie de mousse de polyoléfine	157 935	157 935
TR59S42	Stratifié de polyester	130 213	130 213
TR59G46	Polyisoprène avec armature.	151 094	151 094
TR59U01	Textile enduit de mousse de polyuréthane	72 135	72 135
	Pour maintien léger ou déformations rhumatismales		
TR59V49	Bandes plastiques d'immobilisation en fibre de verre et acétate de cellulose (1)	121 394	121 394

TR49 : Corset cuirasse complet des trochanters à l'épine de l'omoplate (sans béquillons)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
TR49C11	Cuir moulé, avec armature acier ou alliage léger comportant une ceinture pelvienne, deux tuteurs latéraux, deux tuteurs dorsaux et une ferrure transversale.	411 852	411 852
TR49K27	Copolymère acrylonitrile méthacrylate de méthyle	177 878	177 878
TR49L19	Acétate de cellulose, armé ou armaturé :	205 192	205 192
TR49N36	Polyoléfine, avec armature	174 620	174 620
TR49N70	Corset à valves modulaires en polyoléfine pour scoliose lombaire et dorso-lombaire	407 853	407 853
TR49N71	Corset à valves modulaires en polyoléfine pour scoliose dorsale et/ou combinée, comportant un appui sous axillaire en forme de L renversé.	447 929	447 929
TR49N50	Orthèse sans armature bivalve ou monovalve, avec ouverture antérieure, postérieure ou latérale garnie de mousse de polyoléfine	198 136	198 136
TR49N51	Orthèse sans armature, bivalve, avec appui sternal, garnie de mousse de polyoléfine.	232 727	232 727
TR49N80	Orthèse active pour réduction tridimensionnelle des scolioses avant le début de la puberté avec liberté postérieure thoracique, avec ceinture pelvienne appui et contre-appui en polyoléfine reliés par une structure flexible réglable en composite de carbone pour scoliose idiopathique thoracique ou double majeure thoracique et lombaire avec hypocyphose thoracique	612 056	612 056
TR49S42	Stratifié de polyester	143 679	143 679
TR49K54	Corset pour maintien de réduction de scoliose structurale réalisé dans un ou plusieurs des matériaux prévus à la nomenclature avec ceinture mono ou bivalve, tuteurs antérieur et postérieur sur lesquels sont fixés des "mains" réglables	227 875	227 875
TR49T55	**Corset toilé de Saint-Étienne - Corset toilé élastique fabriqué sur mesure**	106 529	106 529

	La prise en charge est assurée en cas de scolioses lombaires ou dorso-lombaires, évolutives, inférieures à 30 degrés, chez l'adolescent. Pour être pris en charge, le corset doit répondre aux spécifications techniques suivantes : Le corset est un corset trois points asymétriques, comportant deux mâts, de 4 mm d'épaisseur, en polypropylène capitonné de plastazote, flexibles dans le plan sagittal, l'un antérieur allant de l'appendice xyphoïde au pubis, l'autre postérieur allant des vertèbres dorsales au sacrum, sur lesquels sont fixées trois mains d'appui réalisées en damier élastique, rivées sur les mâts. Une sangle d'entrejambe est parfois utile pour stabiliser le dispositif. Le poids moyen du corset est inférieur à 350 grammes. La prise en charge du corset doit être renouvelée tous les 6 mois. La fabrication peut être réalisée par tout établissement d'orthoprothèse.		
	Pour maintien léger ou déformations rhumatismales		
TR49V49	Bandes plastiques d'immobilisations en fibre de verre et acétate de cellulose (1) .	198 198	198 198
	(Avec béquillons.)		
	(Avec ou sans plastron élastique.)		
TR49C13	Cuir moulé (même armature avec béquillons)	446 233	446 233
TR49L20	Acétate de cellulose, armé ou armaturé	219 810	219 810
TR49N37	Polyoléfine, avec armature.	191 536	191 536
TR49S43	Stratifié de polyester.	170 606	170 606
TR49U01	Textile B 1 enduit de mousse de polyuréthane	72 138	72 138

TR49 : Corsets de sustentation

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
TR49C64	Cuir moulé, avec plaques de compression en nombre variable ou dispositif de Spitzy	249 611	249 611
TR49K64	Le même, en copolymère acrylonitrile méthacrylate de méthyle	137 243	137 243
TR49G64	Le même en polyisoprène	167 077	167 077
TR49K66	Corset caractérisé par deux solides points d'appui antérieurs (pubien et sternal) avec plastron dorsal réglable	184 973	184 973
TR49N72	Corset à valves modulaires en polyoléfine pour cyphose, comportant un contre-appui scapulaire en sternal ayant un réglage antéro-postérieur	425 743	425 743
	Pour maintien léger ou déformations rhumatismales		

TR49V63	Bandes plastiques d'immobilisation en fibre de verre et acétate de cellulose (1).	138 803	138 803

TR39 : Grand corset-cuirasse remontant jusqu'à la base du cou et enfermant la région claviculaire

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
TR39C11	Cuir, moulé (armature acier ou alliage léger comportant une ceinture pelvienne, deux tuteurs dorsaux, deux tuteurs latéraux et une ferrure transversale se prolongeant sur l'avant pour former appui sous-claviculaire)	438 090	438 090
TR39L19	Acétate de cellulose, armé ou armaturé	215 401	215 401
TR39N36	Polyoléfine, avec armature	183 146	183 146
TR39N50	Orthèse sans armature bivalve ou monovalve avec ouverture antérieure, postérieure ou latérale garnie de mousse de polyoléfine	250 144	250 144
TR39N51	Orthèse sans armature monovalve moulée en correction à ouverture médiane antérieure ou postérieure avec effet correcteur par des points de compression et fenêtres d'expansion	425 687	425 687
TR39S42	Stratifié de polyester	159 002	159 002
TR39K50	Orthèse moulée en correction avec une valve dorsale, deux valves pelviennes, une valve sternale	442 645	442 645
TR39U01	Textile R 3 enduit de mousse de polyuréthane	78 584	78 584
	Pour maintien léger ou déformations rhumatismales		
TR39V49	Bandes plastiques d'immobilisation en fibre de verre et acétate de cellulose (1)	146 928	146 928

TR39 : Coquille de redressement pour l'ensemble de la colonne vertébrale

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
TR39V55	Bandes plastiques d'immobilisation en fibre de, verre et acétate de cellulose (1) .	113 504	113 504

TR29 : Corset à collier, partie têtière amovible s'étendant des trochanters aux régions occipitale et mentonnière

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
TR29C11	Cuir moulé (ceinture cuir moulé armée, bivalve à charnières, comportant deux à trois mâts de sustentation réglable en hauteur et supportant la partie têtière avec mentonnière amovible. Comporte également deux à trois mains de compression se fixant sur les mâts)	614 684	614 684
TR29K27	Le même en copolymère acrylonitrile méthacrylate de méthyle.	239 156	239 156
TR29G27	Le même en polyisoprène	350 577	350 577

TR29U01	Textile R 5 enduit de mousse de polyuréthane	86 330	86 330
TR29N36	Polyoléfine, avec armature	248 123	248 123
	Pour maintien léger ou déformations rhumatismales		
TR29V49	Bandes plastiques d'immobilisation en fibre de verre et acétate de cellulose (1)	178 480	178 480

TR29 : Corset-cuirasse avec minerve bivalve s'étendant des trochanters aux régions occipitale et mentonnière

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
TR29C12	Cuir moulé (gaine cuir bivalve avec armature métallique)	548 979	548 979
TR29N37	Polyoléfine, avec armature	238 986	238 986
TR29S43	Stratifiés de polyester.	179 191	179 191
	Pour maintien léger ou déformations rhumatismales		
TR29V50	Bandes plastiques d'immobilisation en fibre de verre et acétate de cellulose (1)	178 724	178 724

TR27 : Corselet minerve s'étendant des fausses côtes aux régions occipitale et mentonnière

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
TR27O12	Corselet minerve réalisé dans un des matériaux prévus à la nomenclature, constitué par une valve postérieure année sur laquelle est fixé un montant portant à son extrémité supérieure une pièce occipito-temporale, et par une valve antérieure armée sur laquelle est fixé un montant amovible et réglable en hauteur portant la mentonnière avec le bandeau frontal élastique amovible (ne nécessitant pas de moulage)	158 274	158 274
TR27O12.1	Supplément, applicable lorsque TR27 O 12, corselet minerve, est réalisé en cuir moulé à la demande du médecin prescripteur :	75 770	75 770

TR25 : Minerve à base thoracique (2)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	(Gaine bivalve prenant appui sur la partie supérieure de la cage thoracique avec fermeture sous-axillaire. La valve antérieure enveloppe la partie mentonnière alors que la valve postérieure s'étend à la région occipitale).		
TR25C11	Cuir moulé.	309 985	309 985

TR25C12	Corselet minerve en cuir moulé constitué par une valve postérieure armée sur laquelle est fixé un montant portant à son extrémité supérieure une pièce occipito-temporale armée, et par une valve antérieure armée sur laquelle est fixé un montant amovible et réglable en hauteur portant la mentonnière, avec bandeau frontal élastique amovible, gainage des ferrures compris	345 023	345 023
TR25K27	Le même en copolymère acrylonitrile méthacrylate de méthyle	134 471	134 471
TR25N35	Polyoléfine, sans armature	78 522	78 522
TR25N36	Polyoléfine, avec armature	140 711	140 711
TR25S42	Stratifiés de polyester.	117 677	117 677
TR25K50	Orthèse cervico-dorsale, pour traitement des cyphoses, maintenue par deux sangles passant au devant des épaules par une sangle passant sous l'auvent costal et un mât postérieur permettant la mise en place d'un collier de rappel	76 383	76 383
TR25U01	Textile R 2 enduit de mousse de polyuréthane	77 776	77 776
	Pour maintien léger ou déformations rhumatismales		
TR25V49	Bandes plastiques d'immobilisation en fibre de verre et acétate de cellulose (1)	122 553	122 553

TR24 (2) : Minerve

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	(Gaine avec fermeture latérale ou bivalve prenant appui sur les régions claviculaires et scapulaires et soutenant la colonne cervicale en enveloppant les régions mentonnière et occipitale.)		
TR24C11	Cuir moulé	259 273	259 273
TR24K27	Copolymère acrylonitrile méthacrylate de méthyle	107 735	107 735
TR24N35	Polyoléfine, sans armature	66 680	66 680
TR24S42	Stratifiés de polyester.	105 609	105 609
TR24G45	Polyisoprène, sans armature	97 280	97 280
TR24U01	Textile R 4 enduit de mousse de polyuréthane	65 115	65 115
	Pour maintien léger ou déformations rhumatismales		
TR24V49	Bandes plastiques d'immobilisation en fibre de verre et acétate de cellulose (1).	106304	106304

TR23 : Collier

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	(Appareil léger limitant les mouvements du cou)		
TR23C11	Cuir moulé, gaine prenant appui sur la base du cou et s'étendant aux régions mentonnière et occipitale	140 654	140 654
TR23N35	Polyoléfine	47 929	47 929
TR23G45	Polyisoprène (3)	81 161	81 161
	Pour maintien léger ou déformations rhumatismales		
TR23V49	Bandes plastiques d'immobilisation en fibre de verre et acétate de cellulose (1).	84 950	84 950

TR12 : Protège-crâne

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
TR12S42	Protège-crâne ou casque d'étendue variable selon la lésion, réalisé en stratifié de polyester et comportant un capitonnage intérieur en molleton ou en matière cellulaire avec garnissage en peau intérieur et extérieur. Fixation assurée selon la nécessité (moulage compris)	90 575	90 575
TR12D01	Le même en alliage léger	149 055	149 055
TR12N35	Le même en polyoléfine	69 753	69 753

TR41 : Maillot pour orthèse du tronc

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
TR41	Maillot pour orthèse du tronc avec col et mi-manche 100 % coton sans couture latérale.	2 385	2 385

2.7.2.4.3.2. Adjonctions

Dispositif facilitant la mise en place du corset (charnières et fermetures comprises)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AT49A01	Sur corset type TR49	31 993	31 993
AT29A01	Sur corset type TR29	8 923	8 923
AT00N50	Raidisseurs pour tous types d'orthèses sans armature métallique, quel qu'en soit le nombre	23 203	23 203
AT00N51	Ajourages pour tous types d'orthèses n'en comportant pas dans leur conception d'origine, à la demande du médecin prescripteur	13 338	13 338

Gainage de pièces métalliques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AT79C01	Gainage de l'armature d'une ceinture, référence TR79C	11 881	11 881
AT59C01	Gainage de l'armature d'un corset, référence TR59C	17 278	17 278
AT49C01	Gainage de l'armature d'un corset, référence TR49C	26 063	26 063
AT49C70	Minerve d'extension comportant une têtière avec mentonnière amovible montée sur un dispositif télescopique à pivot	292 882	292 882
AT49C71	Cache en cuir ou plastique pour les éléments des corsets à valves modulaires références TR49 N	9 152	9 152

2.7.2.4.3.3. Corsets - sièges

TR43 : C'est une orthèse de maintien en station assise réalisée sur le patient par le biais d'une prise de mesures par CFAO ou d'un moulage quelle qu'en soit la technique. Elle est constituée d'une coque montant jusqu'à l'épine de l'omoplate ou la base du cou, ou s'arrêtant à la charnière dorso-lombaire lorsque cette précision de hauteur est mentionnée et justifiée sur la prescription médicale, et comprenant les segments fémoraux avec cale d'abduction, quelles qu'en soient les angulations.
Elle comprend un capitonnage lavable, imperméabilisé et anallergisant.
Cette orthèse peut comporter des adjonctions énumérées sur la prescription médicale. Le prix couvre :

- le coût de la prise de mesures par CFAO ou le coût du moulage pour le corset-siège de base et celui de certaines adjonctions,
- le coût d'un dispositif permettant la préhension du corset-siège pour en faciliter le transfert

Corset-siège en matériau thermoformable haute temperature

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
TR43Z01	Corset-siège en matériau thermoformable haute température	283 794	283 794

Adjonctions aux corsets sièges

La prise en charge des adjonctions est assurée quels que soient la forme et le type de fixation.
Les références AT43Z02, AT43Z03, AT43Z04 et AT43Z05 et AT43Z18 ne sont pas prises en charge lorsque l'orthèse s'arrête à la charnière dorso-lombaire.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AT43Z01	Dispositif de stabilisation adapté à la base de la coque, quel que soit le matériau	38 878	38 878
AT43Z02	Têtière amovible ou non	36 379	36 379

AT43Z03	Têtière réglable au minimum en 2 plans (hauteur, antéro-postérieur, inclinaison)	81 941	81 941
AT43Z04	Appui sous-claviculaire rigide et réglable	26 002	26 002
AT43Z05	Appui sternal rigide et réglable	49 307	49 307
AT43Z06	Maintien antérieur thoracique et/ou abdomino-pelvien souple. La prise en charge est assurée dans la limite de 2 unités au maximum lors de la livraison.	19 909	19 909
AT43Z07	Dispositif pour cale d'abduction amovible, quel que soit le matériau	42 869	42 869
AT43Z08	Segment jambier (à l'exclusion du retour poplité) avec ou sans sangle	49 956	49 956
AT43Z09	Segment pédieux avec ou sans sangle	37 326	37 326
AT43Z10	Repose-pied, quel que soit le matériau	40 073	40 073
AT43Z11	Tablette amovible suffisamment profonde pour pouvoir servir, si nécessaire, d'accoudoir avec support réglable, quel que soit le matériau	67 672	67 672
AT43Z12	Accoudoir La prise en charge de cette référence ne peut s'ajouter à la référence AT43Z11	37 929	37 929
AT43Z13	Dispositif de fixation du corset-siège à un support	11 078	11 078
AT43Z14	Dispositif de fixation du segment fémoral	6 185	6 185
AT43Z15	Support roulant, pivotant et réglable en hauteur, comportant un système de freinage et un dispositif inclinable de réception du socle du corset-siège	107 643	107 643
AT43Z16	Dispositif d'inclinaison du socle adapté à la base du corset-siège soit par l'intermédiaire de charnière(s), soit par un dispositif permettant l'adaptation sur un support roulant et pivotant. La prise en charge de cette référence ne peut s'ajouter à la référence AT43Z15	59 288	59 288
AT43Z17	Supplément pour épaisseur de la mousse du capitonnage supérieure à 3 cm à l'exclusion de la superposition par collage de plaques de mousse. La prise en charge de cette référence est assurée si le patient présente des déformations orthopédiques majeures et/ou une maigreur telle(s) que le capitonnage du corset-siège de base TR43Z01 ne suffit pas.	106 696	106 696
AT43Z18	Mentonnière.	38 181	38 181
AT43Z19	Double capitonnage amovible	25 573	25 573
AT43Z20	Supplément pour mise en place lors de la réalisation du corset-siège d'inserts d'aide à la prévention des escarres en gel de silicone ou en polyuréthane au niveau des appuis ischiatiques et/ou trochantériens et/ou sacrés. La prise en charge de cette référence est assurée si le patient présente des déformations orthopédiques majeures et/ou une maigreur telle(s) que le capitonnage du corset-siège de basé TR43Z01 ne suffit pas.	65 862	65 862

	La prise en charge de la référence AT43Z20 ne peut s'ajouter à celle de la référence AT43Z17 ni à celle de la référence AT43Z19.		
AT43Z21	Articulation d'un segment jambier avec verrouillage et quel qu'en soit le type, avec la possibilité de démontage rapide, si précisée sur la prescription médicale	91 137	91 137

Société PROTÉOR Handicap

La prise en charge est assurée, pour des patients d'un poids maximum de 40 kg, pour les pathologies nécessitant une assistance de la mobilité du tronc associé à une stabilité de la position assise :
- infirmité motrice cérébrale et d'origine cérébrale (IMC IMOC) ;
- patients cérébro-lésés et polyhandicapés ;
- pathologies évolutives à caractère vital.

Elle est assurée dans les conditions de prescription et d'utilisation suivante :
- prescription soumise à un médecin de Médecine Physique et de Réadaptation, un pédiatre ou un chirurgien orthopédiste.

La prise en charge de la référence AT43Z22 n'est assurée que conjointement à la prise en charge des trois références suivantes :
- dispositif de stabilisation (AT43Z01) ;
- maintien antérieur (AT43Z04 ou AT43Z05 ou AT43Z06) ;
- dispositif de fixation du corset-siège (AT43Z13).

Pour des raisons d'incompatibilités, la prise en charge de la référence AT43Z22 interdit la prise en charge d'une des références suivantes :
- dispositif d'inclinaison du socle (AT43Z16) ;
- supplément pour épaisseur de mousse (AT43Z17) ;
- mentonnière (AT43Z18) ;
- articulation d'un segment jambier (AT43Z21).

La prise en charge est assurée pour le produit suivant :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AT43Z22	Adjonction pour corset-siège, dossier mobile SIDO, PROTÉOR. Dossier mobile SIDO, de la société PROTÉOR, composé d'une lame en composite de carbone avec dispositif de réglage et de précontrainte, d'une sangle de limitation des mouvements d'extension et d'un kit de verrouillage temporaire.	135 157	135 157

2.7.2.4.3.4. Selle

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
TR73Z01	Selle C'est une orthèse réalisée sur le patient par le biais d'un moulage quelle qu'en soit la technique. Elle est constituée d'une coque s'arrêtant à la charnière lombo-sacrée, comprenant ou non des	274 819	274 819

	segments fémoraux dont l'abduction et la flexion sont définies par le prescripteur. Elle peut être fixée sur un support ou un châssis roulant permettant au patient de redresser son tronc en prenant appui sur le sol et éventuellement de déambuler. Elle comprend un capitonnage lavable, imperméabilisé et anallergisant Le prix de remboursement couvre le coût du moulage Cette orthèse peut comporter les adjonctions AT43Z14 et AT43Z15 des corsets-sièges, ou être livrée sur un châssis roulant inscrit au titre IV, mentionnés sur la prescription		

2.7.2.4.3.5. Appareil de maintien ou de correction en position horizontale ou en position verticale.

C'est une orthèse soit de maintien, soit de correction, en position horizontale ou verticale, réalisée sur le patient à partir d'une prise de mesures par CFAO ou d'un moulage de son tronc et de ses membres inférieurs, quelle que soit la technique utilisée pour celui-ci.
Elle est constituée d'une coque thoracopelvienne incluant les membres inférieurs. Elle comprend un capitonnage lavable, imperméabilisé et anallergisant.
Elle est conçue avec sangle(s) de maintien du bassin et des membres inférieurs.
Cette orthèse peut :
- être en position horizontale ou en position verticale ;
- être antérieure ou postérieure ;
- s'arrêter exceptionnellement à la charnière dorsolombaire lorsque cette précision de hauteur est mentionnée et justifiée sur la prescription médicale ;
- s'arrêter au niveau des malléoles ou inclure les pieds ;
- comporter des adjonctions.

Chacune des options choisies ainsi que chacune des adjonctions doivent être indiquées sur la prescription médicale.
Le prix couvre :
- le coût de la prise de mesures par CFAO ou le coût du moulage pour les orthèses de base et celui de certaines adjonctions ;
- le coût de(s) sangles) de maintien du bassin et des membres inférieurs ;
- le coût du capitonnage ;
- le coût, lorsqu'il s'agit de l'orthèse TR47Z01, d'un dispositif permettant la préhension de celle-ci pour en faciliter son transfert.

Orthèse de maintien

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
TR29Z01	Orthèse de maintien, en position horizontale en mousse expansée. La prise en charge de la référence TR29Z01 exclut celle d'adjonctions à l'exception des housses si nécessaire et celle d'une autre orthèse de maintien ou de correction référencée TR47Z01 en position horizontale.	496 356	496 356

Orthèse de maintien ou de correction

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

TR47Z01	Orthèse de maintien ou de correction, en position horizontale ou en position verticale, en matériau thermoformable haute température	425 974	425 974

Adjonctions

La prise en charge des adjonctions est assurée quels que soient la forme et le type de fixation.
Les références AT47Z02, AT47Z03, AT47Z04, AT47Z05, AT47Z18 ne sont pas prises en charge lorsque l'orthèse s'arrête à la charnière dorsolombaire. Pour l'orthèse TR29Z01, seule l'adjonction AT29Z19 est prise en charge.
Pour l'orthèse TR47Z01 en position horizontale, les seules adjonctions prises en charge sont référencées AT47Z02, AT47Z09 et AT47Z17.
La prise en charge des références AT47Z04 et AT47Z05 (quand il s'agit d'un appui sternal) n'est assurée que pour les orthèses postérieures.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
AT47Z02	Têtière amovible ou non	36 376	36 376
AT47Z03	Têtière réglable au minimum en deux plans (hauteur, antéro-postérieur, inclinaison)	81 941	81 941
AT47Z04	Appui sous-claviculaire rigide et réglable	26 002	26 002
AT47Z05	Appui sternal (orthèse postérieure) ou fessier (orthèse antérieure) rigide et réglable.	49 307	49 307
AT47Z06	Maintien thoracique ou abdomino-pelvien souple, l'unité	19 909	19 909
	La prise en charge de la référence AT47Z06 est assurée dans la limite de 2 unités maximum, lors de la livraison.		
AT47Z07	Socle (mât et système de verrouillage et de déverrouillage de l'orthèse sur le socle inclus), sans progressivité du système de verticalisation avec roulettes et freins	103 549	103 549
AT47Z08	Socle (mât et système de verrouillage et de déverrouillage de l'orthèse sur le socle inclus), avec progressivité du système de verticalisation avec roulettes et freins	121 468	121 468
AT47Z09	Module pédieux moulé, la paire	74 657	74 657
AT47Z10	Cale de rattrapage d'abduction, la paire (à l'exclusion de superposition de mousse)	59 288	59 288
AT47Z11	Tablette amovible pouvant servir d'accoudoir, avec support réglable quel que soit le matériau	67 672	67 672
AT47Z17	Supplément pour épaisseur de la mousse du capitonnage supérieur à 3 cm à l'exclusion de la superposition par collage de plaques de mousse. La prise en charge de cette référence est assurée si le patient présente des déformations orthopédiques majeures et/ou une maigreur telle(s) que le capitonnage de l'orthèse de base référencé TR47Z01 ne suffit pas.	106 696	106 696
AT47Z18	Mentonnière	38 181	38 181
AT29Z19	Housse dans la limite de quatre par an maximum	7 931	7 931

2.7.2.4.4. Texte des renvois

(1)	Le prix de cet appareil est fixé avec garnissage molleton. Une majoration de 5% est admise pour la garniture en chamois sur prescription médicale en fonction de la durée prévue de l'appareillage (supérieure à six mois).
(2)	Ces appareils peuvent être réalisés avec mentonnières amovibles. Dans ce cas, le prix est majoré de **27 174 F.CFP.**
(3)	Le moulage n'est pas indispensable, sauf sur demande expresse de la commission d'appareillage.

Nota. - Pour les corsets en tissu armé, voir Titre II, chapitre 1 : Orthèses.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

2.7.2.5. Section IV. – Réparations

Lorsqu'une opération décrite à la nomenclature dans cette rubrique est réalisée comme "adjonction" à un appareil neuf, le tarif applicable est celui de la réparation diminuée de 20%.

Les réparations de gros appareillage à l'exception de celles des prothèses de membre supérieur mues par énergie électrique sont remboursées sur simple présentation de la facture acquittée par le fournisseur jusqu'à concurrence d'un montant annuel de : **43 803 F.CFP.**

Réparations des prothèses du membre inférieur : les réparations de gros appareillage sont remboursées sur simple présentation de la facture acquittée par le fournisseur jusqu'à concurrence d'un montant annuel de : **43 803 F.CFP.**

Il est prévu exclusivement pour les prothèses avec genou muni d'un système hydraulique ou pneumatique de contrôle de la phase pendulaire un entretien préventif bisannuel dont le montant est fixé pour chaque entretien à : **23 260 F.CFP**

2.7.2.5.1. Codification

2.7.2.5.1.1. Dispositions applicables à l'ensemble des réparations, à l'exception des prothèses du membre inférieur

Les nouvelles références des réparations d'appareils de prothèse et d'orthopédie sont établies selon la codification suivante :

Deux lettres indiquant :

La première (R) qu'il s'agit de réparation ;

La deuxième représentant :

(T) Pour le tronc.

(S) Pour le membre supérieur.

(I) Pour le membre inférieur.

Un chiffre indiquant en fonction de la codification anatomique soit le niveau d'utilisation de la pièce à réparer ou à remplacer, soit le segment de l'appareil de prothèse intéressé par la réparation, le chiffre dans ce cas étant celui représentant le niveau moyen du membre pris entre les articulations.

Deux chiffres lorsque la réparation concerne un appareil d'orthopédie, ces deux chiffres indiquant :

- le premier la limite supérieure de l'appareil.
- le second sa limite inférieure.

Le chiffre 10 est utilisé pour indiquer les réparations et rechanges communs aux appareils de prothèse et d'orthopédie.

Une lettre indiquant, pour les réparations et rechanges particuliers, la matière première utilisée à la confection de l'appareil concerné, selon la codification suivante :

A. - Aciers

B. - Bois

C. - Cuirs et peaux

D. - Alliages légers (duralumin)

F. - Fibre

G. - Caoutchouc et polyisoprène

K. - Copolymère acrylonitrile méthacrylate de méthyle

L. - Acétate de cellulose

N. - Polyoléfine

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

P. - Plâtre
R. - Chlorure de polyvinyle
S. - Stratifiés de polyester
T. - Textiles (feutre, tissu)
V. -Bandes plastiques d'immobilisation en fibre de verre et acétate de cellulose
X. - Un ou des matériaux inscrits aux spécifications techniques pour la fabrication des prothèses prévues à la nomenclature
Z. - Matières diverses.
Deux chiffres donnant un numéro d'ordre aux pièces à remplacer ou réparer.
Ces dispositions sont applicables à l'ensemble des réparations, à l'exception des prothèses du membre inférieur.

2.7.2.5.1.2. Dispositions applicables aux réparations des prothèses du membre inférieur

Toute réparation doit aboutir à un état de surface ou de présentation conforme à l'aspect de finition de l'appareil.
Certains articles qui figurent à la rubrique Adjonctions ne sont pas inscrits à la section Réparations. Leur prix de remplacement est celui de l'adjonction auquel s'ajoute la facturation d'un forfait.
Si la réparation nécessite, un démontage-remontage (renvois 2 - 4 - 5) ou un démontage-remontage avec essayage et adaptation (renvois 1 et 3) un forfait de prise en charge est facturé. Le forfait (renvois 1 - 2 - 3 - 4 - 5) ne peut être appliqué qu'une seule fois par appareil quels que soient la complexité et le nombre d'opérations de réparations à réaliser dans l'ensemble de la prescription de réparation à effectuer.
Les réparations sur un appareil ne doivent être effectuées que si elles n'excèdent pas les 4/5 du prix du même appareil neuf sauf après accord des organismes de prise en charge.
Jusqu'à concurrence d'un montant annuel de **43 434 F.CFP** par appareil, les réparations de gros appareillage sont remboursées sur simple présentation de la facture acquittée par le fournisseur.
Il est prévu exclusivement pour les prothèses avec genou muni d'un système hydraulique ou pneumatique de contrôle de la phase pendulaire un entretien préventif bisannuel dont le montant est fixé pour chaque entretien à **23 062 F.CFP.**
Codification
La codification des réparations est alphanumérique à neuf caractères.
Le premier : la lettre (R) - réparation : la lettre (F) - forfait de réparation
la lettre (E) - échange standard (c'est à dire le remplacement d'un mécanisme dont l'état et l'usure autorisent la remise en état par un mécanisme identique rénové apportant les mêmes garanties qu'une pièce neuve).
Le deuxième : la lettre (I) - membre inférieur
Le troisième : le chiffre est 0 s'il s'agit d'une réparation propre aux prothèses, le chiffre est 1 s'il s'agit d'une réparation commune aux prothèses et orthèses.
Le quatrième : un chiffre situe le niveau de la réparation du forfait de réparation ou de l'échange standard par le biais de la codification anatomique. S'il s'agit d'une réparation commune aux prothèses et orthèses le chiffre est 0.
Le cinquième : une lettre indique le matériau s'il s'agit d'une prothèse exosquelettique ; la lettre est (Z) s'il s'agit d'un montage endosquelettique.
Le sixième : une lettre indique la matière première de la réparation, du forfait de la réparation ou de l'échange standard.
Le septième :
Soit une lettre indiquant le type de mécanisme de l'articulation :
A. Sans articulation

B. Articulation pièce sur pièce
C. Articulation à chape
D. Articulation monoaxiale libre
F. Articulation polycentrique à segments d'engrenage
G. Articulation polycentrique à double articulation à biellettes (longues ou courtes),
H. Articulation monoaxiale à frein stabilisateur
L. Articulation de forme anatomique
M. Articulation à mécanisme hydraulique, à accumulation d'énergie et à contrôle du mouvement du pied
N. Articulation polycentrique à double articulation à biellettes avec dispositif pneumatique de contrôle de la phase pendulaire
P. Articulation monoaxiale à mécanisme hydraulique de rappel du segment jambier
Q. Articulation monoaxiale à blocage
R. Articulation polycentrique à barre postérieure.

Soit un chiffre indiquant :

1. le type d'emboîture :
1.1. Emboîture à fermeture réglable
1.2. Emboîture rigide à suspension
1.3. Emboîture rigide à suspension avec manchon et tracteurs
5. Emboîture à adhérence musculaire
6. Emboîture de contact.

- ou le type de pied :

2. Pied rigide
3. Pied articulé
4. Pied rigide avec coin talonnier de souplesse variable (Type Sach)
6. Pied feutre caoutchouc ou matière plastique monté sur un ensemble de cheville spéciale (S.T.)
7. Pied rigide Type Sach (partie talonnière de souplesse variable) avec embase réglable permettant l'orientation du pied en équin et en rotation
8. Pied monté sur un ensemble de cheville spéciale, muni d'un réglage antéro-postérieur.

- un 0 pour une réparation autre que changement ou remise en état d'articulation,, changement ou regarmssage d'emboîture, ou changement de pied. Le huitième et le neuvième : deux chiffres correspondant aux types de réparations suivantes :

De 01 à 39. Remplacer
De 40 à 49. Réadapter
De 50 à 59. Remettre en état De 60 à 69. Regarnir
De 70 à 79. Poser.

2.7.2.5.2. Réparation et rechanges de pièces relatifs aux appareils de prothèse et d'orthopédie – Membre supérieur

2.7.2.5.2.1. Réparations et rechanges communs à différents appareils de prothèse

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Main. - RS8

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RS801	Plaquette d'assemblage d'une main (goujon fileté compris)	4 448	4 448
RS802	Ressort de pouce	1 634	1 634
RS803	Chevalet de pouce, axe compris	4 448	4 448
RS810	Main en bois à pouce articulé (sur appareil postiche)	55 522	55 522
RS811	Main en bois à pouce articulé pour appareil de travail de force	52 241	52 241
RS812	Doigt en bois rigide.	7 025	7 025
RS813	Doigt en bois articulé	29 282	29 282
RS815	Main en feutre	69 347	69 347
RS816	Doigt en feutre	10 542	10 542
RS820	Crispin pour main bois ou feutre	4 684	4 684
RS821	Tracteur en boyau avec anneau et mousqueton pour commande de pouce	4 448	4 448
RS822	Bretelle de commande de pouce	4 448	4 448
RS830	Anneau à vis, poli et nickelé avec queue filetée de prise rapide à guillotine	11 242	11 242
RS831	Anneau rond poli et nickelé avec queue de prise rapide à guillotine	7 728	7 728
RS832	Crochet poli et nickelé avec queue de prise rapide à guillotine	6 084	6 084
RS833	Tête mobile à vis, polie et nickelée	2 100	2 100

Laquer ou vernir

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RS825	Mains en bois	4 448	4 448

Avant-bras. - RS6

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RS601	Dispositif à prise rapide complet	39 549	39 549
RS602	Dispositif à prise rapide par échange standard pour remise en état	13 303	13 303
RS603	Bouton de commande de prise rapide	1 423	1 423
RS604	Ressort de guillotine de prise rapide	1 188	1 188
RS605	Tige de Trèves, seule, polie et nickelée	17 865	17 865
RS606	Tige rigide, pour bras, polie et nickelée	3 811	3 811
RS607	Un manchon en silicone de qualité médicale préfabriqué ou injecté avec tige de fixation	86 923	86 923
	Le tarif du moulage nécessaire pour manchon injecté n'est pas inclus		

2.7.2.5.2.2. Réparations particulières aux appareils en cuir et acier

Avant-bras. - RS6C

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RS6C01	Cupule d'avant-bras avec ses deux montants	26 706	26 706
RS6C02	Montant de cupule (par brasage) articulation pièce sur pièce	9 601	9 601
RS6C03	Le même, avec articulation à chape	14 990	14 990
RS6C04	Montant de cupule pour moignon d'avant-bras ankylosé	19 446	19 446
RS6C05	Noyau fileté de cupule	9 601	9 601
RS6C06	Montant d'avant-brassard postiche articulé au coude	12 815	12 815
RS6C07	Montant avec partie palmaire pour porte-outil	18 276	18 276
RS6C12	Avant-brassard en cuir pour avant-bras à cupule, garniture, courroies ou lacet compris	25 184	25 184
RS6C13	Gaine avant-brassard, brassard en cuir pour moignon d'avant-bras ankylosé (garniture et courroies comprises)	22 359	22 359
RS6C14	Avant-brassard postiche en cuir	14 290	14 290
RS6C15	Avant-brassard mitaine en cuir (garniture et lacet compris)	32 327	32 327

RS6C16	Mitaine en cuir (garniture et lacet compris)	23 891	23 891

Regarnir

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RS6C20	Avant-brassard à cupule	10 070	10 070
RS6C21	Gaine avant-brassard, brassard pour moignon d'avant-bras ankylosé, courroies comprises	15 459	15 459
RS6C22	Avant-brassard mitaine, lacet compris	12 638	12 638
RS6C23	Mitaine seule	6 790	6 790
RS6C24	Gainer partie palmaire de montant à palette (peau ou plastique)	3 276	3 276

Bras. - RS3C

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RS3C01	Montant externe ou interne de brassard articulé au coude, boulon compris	12 650	12 650
RS3C02	Montant externe de brassard articulé au coude et à l'épaule, boulon compris	17 335	17 335
RS3C04	Cercle acier de calotte.	10 070	10 070
RS3C05	Cupule de bras avec ses deux montants	26 706	26 706
RS3C10	Brassard cuir, garniture et courroies comprises	35 841	35 841
RS3C11	Brassard cuir à calotte cuir ou bois, garniture et courroies comprises (calotte de coude non comprise)	33 737	33 737
RS3C12	Brassard embauchoir d'épaule en cuir, garniture courroie ou lacet compris	46 389	46 389
RS3C13	Calotte de coude en cuir	11 242	11 242
RS3C14	Calotte de coude en bois	10 070	10 070
RS3C15	Bracelet cuir, garniture et courroies comprises	21 081	21 081

Regarnir

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RS3C20	Brassard, lacet compris	10 542	10 542

RS3C21	Brassard à calotte cuir ou bois, lacet compris	12 410	12 410
RS3C22	Brassard embauchoir d'épaule, lacet compris	16 160	16 160
RS3C23	Bracelet	5 848	5 848

Épaule. - RS1C

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RS1C01	Corselet en cuir, garniture comprise avec tour de corps et coulisseau	71 918	71 918
RS1C05	Gilet en coutil	21 576	21 576
RS1C08	Pattes élastiques d'attache de corselet au brassard (la paire)	3 042	3 042

Regarnir

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RS1C10	Corselet en cuir (seul)	17 798	17 798

Réparer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RS1C14	Ferrure de corselet.	4 684	4 684

2.7.2.5.2.3. Réparations et rechanges particuliers aux prothèses de vie sociale en chlorure de polyvinyle

Doigt. - RS9R

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Remplacer		
RS9R01	Gant type classique	12 189	12 189
RS9R02	Calotte	32 384	32 384
RS9R03	Armature médiane	27 961	27 961
RS9R04	Pièce intermédiaire dure	32 384	32 384

RS9R05	Pièce intermédiaire souple	18 501	18 501

Main. - RS8R

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Remplacer		
RS8R01	Gant type classique	30 905	30 905
RS8R02	Pièce intermédiaire paume dure	31 957	31 957
RS8R03	Pièce intermédiaire paume souple	62 022	62 022
RS8R04	Pièce intermédiaire doigts	31 957	31 957

Avant-bras. - RS6R

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Remplacer		
RS6R01	Calotte	67 390	67 390
RS6R02	Armature médiane	58 259	58 259
RS6R03	Pièce intermédiaire	31 957	31 957
RS6R04	Contention poignet	66 438	66 438
RS6R05	Gant type classique	30 905	30 905
RS6R06	Gant de succion	30 905	30 905
RS6R07	Montants d'avant-bras sur coude souple (pour prothèses des types PS4R01, PS3R01, PS2R01, PS1R01)	14 154	14 154
RS6R08	Montants d'avant-bras sur coude avec verrou (pour prothèses des types PS4R01, PS3R01, PS2R01, PS1R01)	14 189	14 189

Coude. - RS4A

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Remplacer		
RS4R01	Axe de coude souple	14 210	14 210

RS4R02	Axe de coude avec verrou.	14 210	14 210
RS4R03	Système de verrouillage de coude avec verrou	35 928	35 928
RS4R04	Câble de tirage du verrou (pour coude avec verrou)	8 180	8 180
RS4R05	Coude souple, axe compris	45 437	45 437
RS4R06	Coude avec verrou, axe compris	51 169	51 169

Bras. - RS3R

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Remplacer		
RS3R01	Emboîture en chlorure de polyvinyle (sur prothèse PS 3 R 01 ou PS 4 R 01)	128 602	128 602
RS3R02	Gant de revêtement de bras (sur prothèse PS 3 R 01 ou PS 4 R 01)	27 338	27 338

Épaule. - RS1R

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Remplacer		
RS1R01	Emboîture en chlorure de polyvinyle (sur prothèse PS2R01 ou PS1R01)	150 211	150 211
RS1R02	Gant de revêtement épaule et bras (sur prothèse PS2R01 ou PS1R01)	42 730	42 730
RS1R03	Sangle de maintien (sur prothèse PS2R01 ou PS1R01)	8 259	8 259

2.7.2.5.2.4. Réparations et rechanges particuliers à la main en matériaux légers à fermeture active et ouverture passive par ressort faisant l'objet du supplément AS9D03

Démontage et remontage du gant

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RSD01	Démontage et remontage du gant	5 877	5 877

Main. - RS8D

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

RS8D01	Échange standard de la main complète (démontage et remontage du gant non compris).	53 495	53 495
RS8D02	Remplacer un doigt souple ou rigide (démontage et remontage du gant non compris)	7 641	7 641
RS8D03	Échange standard du mécanisme seul (démontage et remontage du gant non compris)	21 007	21 007
RS8D04	Révision et nettoyage du mécanisme avec remplacement éventuel des pièces (démontage et remontage du gant non compris)	7 862	7 862
RS8D05	Remplacer les capots (démontage et remontage du gant non compris)	8 626	8 626
RS8D06	Remplacer le câble de tirage seul (démontage et remontage du gant non compris)	6 074	6 074
RS8D07	Remplacer la queue de prise rapide (démontage et remontage non compris)	8 998	8 998

2.7.2.5.2.5. Réparations et rechanges particuliers à la main D.A. pour enfant, adolescent, adulte, faisant l'objet du supplément à la référence AS9D04

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RS9D50	Révision de la main comprenant nettoyage, réglage et graissage des différents mécanismes, avec remplacement de tous les petits éléments usés.	51 724	51 724
RS9D51	Remplacement d'un doigt rigide non mobilisé (annulaire ou auriculaire).	13 651	13 651
RS9D52	Remplacement d'un doigt rigide mobilisé (index, majeur ou annulaire).	34 777	34 777
RS9D53	Remplacement d'un doigt mobilisé et ayant une articulation inter phalangienne proximale (index, majeur ou annulaire)	82 282	82 282
RS9D54	Remplacement d'un pouce rigide à 2 positions préréglables (sans sa chape d'articulation)	29 131	29 131
RS9D55	Remplacement d'une plaque de fermeture (paume ou dos)	19 713	19 713
RS9D56	Remplacement du dispositif passif de prono-supination à friction réglable et blocage instantané	23 247	23 247
RS9D57	Remplacement du dispositif passif de prono-supination à rotule à friction réglable et blocage instantané	38 514	38 514
RS9D58	Remplacement du mécanisme interne de la main	127 880	127 880
RS9D59	Échange standard du mécanisme interne de la main	74 664	74 664
RS9D60	Remplacement du variateur favorisant la force de préhension	129 027	129 027
RS9D61	Échange standard du variateur favorisant la force de préhension	97 668	97 668
RS9D62	Remplacement d'une chaînette et d'un ressort de doigt articulé	19 761	19 761
	Avant-bras. - RS6D		

RS6D01	Remplacer le prolongateur (démontage et remontage du gant non compris)	7 956	7 956

2.7.2.5.2.6. Réparations et rechanges particuliers aux prothèses de service

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	RS9		
RS9A01	Les deux doigts de recouvrement en caoutchouc ou en matière plastique (sur les branches d'un crochet-pince)	4 117	4 117
RS9A02	Ensemble de ressorts de rappel sur crochet-pince	4 379	4 379
RS9A03	Les trois doigts de recouvrement en caoutchouc ou matière plastique (sur pince tridigitale)	9 845	9 845
RS9A04	Un doigt avec son recouvrement (sur pince tridigitale)	36 675	36 675
	RS7S		
RS7S01	Remplacer l'emboîture conventionnelle, en stratifié de polyester, démontage, adaptation et remontage compris	104 521	104 521
	RS6S		
RS6S01	Remplacer l'emboîture conventionnelle, en stratifié de polyester, démontage, adaptation et remontage compris	104 521	104 521
	RS5S		
RS5S01	Remplacer l'emboîture conventionnelle, en stratifié de polyester, démontage, adaptation et remontage compris	119 896	119 896
	RS4S		
RS4S01	Remplacer l'emboîture conventionnelle, en stratifié de polyester, démontage, adaptation et remontage compris	119 198	119 198
	RS3S		
RS3S01	Remplacer l'emboîture conventionnelle, en stratifié de polyester, démontage, adaptation et remontage compris	112 522	112 522
	RS2S		
RS2S01	Remplacer l'emboîture conventionnelle, en stratifié de polyester, démontage, adaptation et remontage compris	143 747	143 747
	RS1S		

RS1S01	Remplacer le corselet de fixation en stratifié de polyester, articulation non comprise, démontage, adaptation et remontage compris	124 110	124 110

2.7.2.5.2.7. Réparations et rechanges particuliers aux prothèses tubulaires de vie sociale

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RSZ01	Démontage et remontage de la main et du revêtement seuls (ne peut être facturé qu'une seule fois pour la même prothèse)	7 172	7 172
RSZ02	Essayage, adaptation et livraison de la prothèse à l'amputé, sur avis de la commission d'appareillage (ne peut être facturé qu'une seule fois pour la même prothèse).	10 924	10 924
	Remplacer le revêtement en matière plastique cellulaire avec gaine textile de recouvrement :		
RSZ03	Pour prothèse PS4 - PS3 ou PS2	20 841	20 841
RSZ04	Pour prothèse PS1	34 268	34 268
	RS9Z		
RS9Z01	Remplacer la main souple gant non compris (RSZ01 et RSZ02 non compris)	55 001	55 001
RS9Z02	Remplacer le gant à manchette longue (RSZ01 et RSZ02 non compris)	43 807	43 807
RS9Z03	Remplacer la main souple avec gant à manchette longue (RSZ01 et RSZ02 non compris)	93 200	93 200
	RS7Z		
RS7Z01	Remplacer la queue filetée de la main souple (RSZ01 et RSZ02 non compris)	5 767	5 767
RS7Z02	Remplacer l'adaptateur pour le dispositif terminal (RSZ01 et RSZ02 non compris)	12 371	12 371
	RS6Z		
RS6Z01	Remplacer le tube d'avant-bras (RSZ01 et RSZ02 non compris)	9 770	9 770
	RS4Z		
RS4Z01	Remplacer l'articulation du coude avec verrou (RSZ01 et RSZ02 non compris) .	27 904	27 904
RS4Z02	Remplacer l'emboiture d'une prothèse PS4Z01 (adaptation comprise, RSZ01 et RSZ02 non compris)	146 256	146 256
	RS3Z		
RS3Z01	Remplacer le tube de bras (RSZ01 et RSZ02 non compris)	9 770	9 770
RS3Z02	Remplacer femboiture d'une prothèse PS3Z01 (adaptation comprise, RSZ01 et RSZ02 non compris)	117 679	117 679

	RS2Z		
RS2Z01	Remplacer femboiture d'une prothèse PS2Z01 (adaptation comprise, RSZ01 et RSZ02 non compris)	172 039	172 039
	RS1Z		
RS1Z01	Remplacer l'emboîture d'une prothèse PS1Z01 (adaptation comprise, RSZ01 et RSZ02 non compris)	180 125	180 125
RS1Z02	Remplacer la bretelle de suspension (RSZ01 et RSZ02 non compris)	19 389	19 389
RS1Z03	Remplacer l'articulation d'épaule simple à friction	56 143	56 143
RS1Z04	Remplacer l'articulation d'épaule à rotule	62 655	62 655

2.7.2.5.2.8. Réparations et rechanges communs aux appareils de prothèse et d'orthopédie du membre supérieur RS10

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RS1001	Verrou de coude complet	25 296	25 296
RS1002	Verrou seul, sans le secteur	12 650	12 650
RS1003	Tuteur de verrou	4 448	4 448
RS1004	Ressort du verrou	1 168	1 168
RS1010	Pièce d'épaule à charnière roulée, ajustée sur une pièce de bras	4 561	4 561
RS1011	Pièce de bras à charnière roulée, ajustée sur pièce d'épaule	8 196	8 196
RS1012	Partie mâle de charnière d'épaule à double articulation, ajustée sur partie femelle	12 410	12 410
RS1013	Partie femelle de charnière d'épaule à double articulation, ajustée sur partie mâle	17 563	17 563
RS1014	Goupille pour charnière	1 168	1 168
RS1015	Embrasse polie en "S"	5 848	5 848
RS1016	Embrasse polie droite pour brassard ou avant-brassard	4 914	4 914
RS1017	La même, non polie	3 748	3 748
RS1018	Boulon d'articulation n° 5 (trois pièces)	3 042	3 042
RS1019	Vis d'articulation à portée.	2 570	2 570
RS1020	Vis d'assemblage pour articulation à roulement	1 168	1 168

RS1022	Vis à métaux 4-75	462	462
RS1023	Bouton fileté en cuivre ou en acier	1 168	1 168
RS1024	Chape et poulie pour câble de tirage	1 168	1 168
RS1025	Boucle à rouleau, 14 ou 16 mm avec chape cuir	1 168	1 168
RS1040	Huit en cuir, posé	1 400	1 400
RS1041	Courroie de 14 ou 16 mm posée	1 168	1 168
RS1042	Courroie libre de maintien d'avant-brassard	4 448	4 448
RS1043	Sous-laçure de brassard ou d'avant-brassard	4 448	4 448
RS1045	Dessus d'embrasse en cuir à courroie	3 319	3 319
RS1050	Courroies d'attache d'une épaulière de suspension (deux courroies cuir, deux pattes élastiques)	8 431	8 431
RS1051	Courroie en cuir (seule) avec oeillets pour épaulière de suspension	1 400	1 400
RS1052	Courroie élastique (seule) pour épaulière de suspension	3 042	3 042
RS1053	Courroie tour de corps (sans coulisseau)	3 748	3 748
RS1054	Coulisseau pour tour de corps	1 870	1 870

Réparer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RS1030	Butée d'articulation ou point d'arrêt en larme brasé	3 748	3 748
RS1031	Joue brasée.	4 448	4 448
RS1032	Goujon brasé.	2 570	2 570

Regarnir

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RS1065	Embrasse garnie de brassard ou d'avant-brassard	5 848	5 848
RS1066	Montant de garniture d'un montant en acier	5 384	5 384
RS1067	Épaulière en cuir	5 848	5 848

Gainer

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RS1070	Montant de brassard ou d'avant-brassard	2 570	2 570
RS1071	Embrasse en "S" de brassard	2 570	2 570
RS1072	Embrasse ordinaire de brassard ou d'avant-brassard	2 100	2 100
RS1073	Tête d'articulation	1 870	1 870

Réparer cuir et garniture

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RS1076	Pièce de renfort sous un montant de brassard ou d'avant-brassard	2 570	2 570
RS1077	Recoudre, réparer ou reborder garniture de brassard ou d'avant-brassard	2 100	2 100
RS1078	Recoudre ou réparer garniture de bracelet ou d'épaulière en cuir	1 168	1 168
RS1079	Recoudre ou réparer garniture de corselet ou de gaine épaulière	3 042	3 042

Capitonner

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RS1084	Brassard ou avant-brassard	2 570	2 570
RS1085	Gaine brassard épaulière	5 848	5 848

Lacets

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RS1089	Plume (le mètre)	462	462
RS1090	Tresse (le mètre cinquante)	697	697

2.7.2.5.2.9. Réparations et rechanges particuliers aux appareils d'orthopédie

Avant-bras. - Main. - RS58

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

RS5801	Montant interne à palette fixe	12 650	12 650
RS5802	Montant externe simple	7 025	7 025
RS5803	Montant à palette palmaire à griffes (ou autre système)	13 818	13 818
RS5804	Palette palmaire amovible, gainée ou polie	12 410	12 410
RS5805	Palette palmaire brasée	8 431	8 431
RS5806	Palette palmaire à charnière, gainée ou polie	9 365	9 365
RS5807	Montant à charnière, sans la palette	4 448	4 448
RS5808	Ressort à spires pour palette articulée	2 100	2 100
RS5809	Ressort à lame d'acier, pour palette articulée	3 042	3 042
RS5810	Ressort de tension, courroie comprise	3 042	3 042
RS5811	Embrasse polie	3 276	3 276
RS5815	Avant-brassard demi-gantelet en cuir, garniture boucles et courroies ou lacets compris	31 624	31 624
RS5816	Avant-brassard pour gaine d'avant-bras, garniture boucles et courroies ou lacets compris	24 126	24 126

Regarnir

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RS5820	Avant-brassard demi-gantelet, lacet compris	12 410	12 410
RS5821	Avant-brassard de gaine d'avant-bras, lacet compris	10 070	10 070

Gainer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RS5825	Palette circulaire palmaire pour dispositif de paralysie radiale	4 684	4 684

Bras. - Avant-bras. - RS36

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RS3601	Attelle externe ou interne pour gaine rigide de coude	19 446	19 446

RS3602	Gaine rigide de coude entière, garniture courroies et boucles comprises	69 347	69 347

Regarnir

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RS3603	Gaine rigide de coude entière	21 081	21 081

Avant-bras. - Bras. - Épaule. - RS16

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RS1601	Montant externe de brassard épaulière avec ferrure d'épaule à armature circulaire et articulation de coude	20 377	20 377
RS1602	Montant externe de brassard épaulière avec ferrure d'épaule circulaire sans articulation de coude	18 040	18 040
RS1603	Montant externe de brassard épaulière, articulé au coude (sans ferrure circulaire d'épaule)	14 056	14 056
RS1604	Montant externe de brassard épaulière sans ferrure circulaire d'épaule ni articulation de coude	11 242	11 242
RS1605	Montant interne, sans articulation	7 025	7 025
RS1610	Gaine brassard épaulière en cuir, garniture lacet et courroie tour de corps compris.	46 389	46 389
RS1611	Avant-brassard en cuir, garniture et lacet compris	24 126	24 126

Regarnir

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RS1615	Gaine brassard épaulière avec avant-brassard, garniture et lacet compris.	29 282	29 282
RS1617	Gaine brassard épaulière seule (sans tour de corps), garniture et lacet compris.	16 160	16 160
RS1618	Avant-brassard à embrasses garnies	13 115	13 115
RS1619	Avant-brassard cuir entier	9 601	9 601
RS1620	Garniture réparée, recousue après réparation d'une pièce métallique d'une gaine brassard épaulière	3 748	3 748

2.7.2.5.3. Réparations des prothèses du membre inférieur

2.7.2.5.3.1. Forfaits de réparation de prothèses du membre inférieur

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
FI01XA001	Pour démonter ou remplacer une pièce de hanche ou une ceinture	13 469	13 469
FI01XC001	Pour gainer une pièce métallique fourniture comprise (5) ou (1)	5 827	5 827
FI03AC001	Pour gainer une pièce métallique fourniture comprise (1) ou (2)	7 436	7 436
FI03XX001	Pour démonter, remonter, essayer et adapter une prothèse pour amputation de cuisse ou pour désarticulation de hanche ou de genou	34 863	34 863
FI03XX002	Pour démonter et remonter une prothèse pour amputation de cuisse ou pour désarticulation de hanche ou de genou	15 613	15 613
FI03XX003	Pour remplacer un moyen de suspension fourniture comprise	24 301	24 301
FI06AC001	Pour gainer une pièce métallique fourniture comprise (3) ou (4)	7 436	7 436
FI06XX001	Pour démonter, remonter, essayer et adapter une prothèse pour amputation de jambe	30 013	30 013
FI06XX002	Pour démonter et remonter une prothèse pour amputation de jambe	16 108	16 108
FI06XX003	Pour remplacer un moyen de suspension fourniture comprise	12 217	12 217

2.7.2.5.3.2. Renvois des forfaits de réparation des prothèses du membre inférieur

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
REP003	(1) Pour démonter, remonter, essayer et adapter une prothèse pour amputation de cuisse ou pour désarticulation de hanche ou de genou ou une orthèse. (FI03XX001)	34 863	34 863
REP004	(2) pour démonter et remonter une prothèse pour amputation de cuisse ou pour désarticulation de hanche ou de genou ou une orthèse. (FI03XX002)	15 613	15 613
REP005	(3) Pour démonter, remonter, essayer et adapter une prothèse pour amputation de jambe ou une orthèse. (FI06XX001)	30 013	30 013
REP006	(4) Pour démonter et remonter une prothèse pour amputation de jambe ou une orthèse. (FI06XX002)	16 108	16 108
REP007	(5) Pour démonter ou remplacer une pièce de hanche ou une ceinture ou une orthèse. (FI01XA001)	13 469	13 469

2.7.2.5.3.3. Réparations applicables au niveau de la hanche RI01

Prothèses exosquelettiques

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI01AC101	Une coque en cuir moulé armé, avec pièce de hanche et verrou, adaptation et finition comprises de la coque (2)	416 407	416 407
RI01DD101	Une coque en alliage léger, avec pièce de hanche et verrou, adaptation et finition comprises de la coque (2)	545 991	545 991
RI01DD102	Une coque pour désarticulation, remontage de la pièce de hanche et du verrou, coussin de fond de coque, adaptation et finition comprises (ceinture en cuir non comprise) de la coque (2)	410 228	410 228
RI01SS101	Une coque en résines stratifiées, avec pièce de hanche et verrou, adaptation et finition comprises de la coque (ceinture en cuir non comprise) (2)	415 951	415 951
RI01XA001	Un verrou de hanche à chape à branche double, vis et ressort compris (5)	27 317	27 317
RI01XA002	Une pièce de hanche complète à fourche et à chape (5)	138 708	138 708

Remettre en état

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI01XA050	Un système de roulement (1) ou (2)	71 817	71 817
RI01XA051	Un verrou de hanche, vis et ressort compris (1) ou (2)	11 360	11 360

Prothèses endosquelettiques

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI01ZX001	Un revêtement esthétique en matière plastique cellulaire avec bas de recouvrement sur prothèse pour désarticulation de hanche (1) ou (2)	84 960	84 960
RI01ZS101	Une coque en résines stratifiées avec articulation déportée à. l'avant sans verrou, adaptation et finition comprises de la coque (la prothèse adaptée à cette coque d'emboiture ne doit pas comporter de verrou au genou, mais assurer la stabilité par un positionnement adéquat des centres articulaires) (2)	416 369	416 369
RI01ZS102	Une coque en résines stratifiées avec articulation à verrou déportée à l'avant, adaptation et finition comprises de la coque (2)	450 524	450 524
RI01ZZ001	Une coque pour amputation de hanche ou équivalent (sans l'articulation), moulage non compris	291 091	291 091

Prothèses exosquelettiques et endosquelettiques

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI01CC010	Une ceinture en cuir, spéciale pour coque (largeur 18 à 20 cm) garnie en peau de cheval chromée (1) ou (2)	58 580	58 580
RI01XX010	Un coussin en matière cellulaire garni en peau de cheval chromée	10 440	10 440

Regarnir

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI01XC160	Une coque, coussin compris (5)	31 281	31 281
RI01XC061	Une demi-ceinture en cuir (5)	20 235	20 235

2.7.2.5.3.4. Réparations applicables au niveau de la cuisse RI03

Prothèses exosquelettiques

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI03AA001	Un montant externe à tête d'articulation d'étrier et de hanche pour cuissard en cuir à calotte porte-genou (1) ou (2)	49 687	49 687
RI03AA002	Un montant externe ou interne pour cuissard ou emboîture (1) ou (2)	20 671	20 671
RI03BB001	Un cuissard en bois pour cupule de désarticulation de hanche (sans la calotte), adaptation et finition comprises du cuissard (2)	72 341	72 341
RI03DD001	Un fût externe seul en alliage léger, fixation, adaptation à l'emboîture et finition comprises du fut (double fut) (2)	52 849	52 849
RI03XA001	Un montant externe ou interne pour cuissard ou emboîture (1) ou (2)	24 396	24 396
RI03XA002	Un montant externe ou interne avec verrou Hoffa pour cuissard ou emboîture (1) ou (2)	43 877	43 877
RI03XD001	Un ensemble poulie latérale	20 882	20 882
RI03XD002	Un ensemble poulie centrale	20 164	20 164
RI03AC101	Une emboîture à suspension en cuir, à calotte, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)	194 799	194 799
RI03BB201	Une emboîture à suspension en bois, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)	212 018	212 018

RI03DD201	Une emboîture à suspension en alliage léger, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)	184 521	184 521
RI03SS201	Une emboîture à suspension en résines stratifiées, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)	232 155	232 155
RI03BB501	Une emboîture à adhérence musculaire en bois, avec soupape d'obturation, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)	229 986	229 986
RI03DD501	Une emboîture à adhérence musculaire en alliage léger avec soupape d'obturation, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)	214 598	214 598
RI03SS501	Une emboîture à adhérence musculaire en résines stratifiées avec soupape d'obturation, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)	217 127	217 127
RI03BB601	Une emboîture de contact en bois, avec soupape d'obturation, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)	240 715	240 715
RI03SS601	Une emboîture de contact en résines stratifiées, avec soupape d'obturation, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)	221 016	221 016
RI03SS602	Une emboîture de contact en résines stratifiées avec une ouverture interne ou externe réglable, adaptation et finition comprise de l'emboîture (2)	72 341	72 341
RI03SF601	Une emboîture flexible transparente de contact avec sa structure stratifiée, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)	72 597	72 597

Remettre en état

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI03XX050	La prothèse par un laquage complet (1) ou (2)	19 805	19 805

Prothèses endosquelettiques

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI03ZX001	Un revêtement esthétique en matière plastique cellulaire sur une prothèse fémorale, le revêtement s'arrêtant au niveau des malléoles (1) ou (2)	42 131	42 131
RI03ZX002	Un revêtement esthétique en matière plastique cellulaire sur une prothèse fémorale, le revêtement se prolongeant jusqu'à l'avant – pied (1) ou (2)	57 451	57 451
RI03ZX003	Un bas de recouvrement sur une prothèse fémorale	2 696	2 696
RI03ZC101	Une emboîture à suspension, en cuir, à calotte, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)	223 253	223 253
RI03ZB201	Une emboîture à suspension, en bois, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)	226 785	226 785

RI03ZD201	Une emboîture à suspension, en alliage léger, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)	183 364	183 364
RI03ZS201	Une emboîture à suspension, en résines stratifiées, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)	235 552	235 552
RI03ZB501	Une emboîture à adhérence musculaire, en bois, avec soupape d'obturation, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)	245 588	245 588
RI03ZD501	Une emboîture à adhérence musculaire, en alliage léger, avec soupape d'obturation, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)	219 877	219 877
RI03ZS501	Une emboîture à adhérence musculaire, en résines stratifiées, avec soupape d'obturation, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)	234 772	234 772
RI03ZB601	Une emboîture de contact en bois, avec soupape d'obturation, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)	259 588	259 588
RI03ZF601	Une emboîture flexible transparente de contact avec sa structure stratifiée, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)	290 753	290 753
RI03ZS601	Une emboîture de contact, en résines stratifiées, avec soupape d'obturation, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)	234 772	234 772
RI03ZS602	Une emboîture de contact en résines stratifiées avec une ouverture interne ou externe réglable, adaptation et finition comprise de l'emboîture (2)	288 350	288 350
RI03ZP601	Une emboîture en plâtre sur une prothèse d'entrainement ou d'étude, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)	73 937	73 937
RI03ZX601	Une emboîture dans un des matériaux inscrits aux spécifications techniques autre que le plâtre sur une prothèse d'entraînement ou d'étude, adaptation et finition comprises de l'emboîture (2)	170 260	170 260

Prothèses exosquelettiques et endosquelettiques

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI03BX010	Un frettage sur une emboîture en bois parchemmage en couronne compris, finition comprise de l'emboîture (1) ou (2)	24 324	24 324
RI03DD010	Une bordure d'ouvertures (en alliage léger) (1) ou (2)	4 024	4 024
RI03XA010	Un cercle en acier pour consolider une emboîture (1) ou (2)	10 432	10 432
RI03XC010	Un fourreau en cuir dans une emboîture de l'épaisseur d'un ou de deux bas couvre-moignon (1) ou (2)	19 663	19 663
RI03XX010	Une masselote (1) ou (2).	2 960	2 960
RI03XX011	Une soupape d'obturation	5 135	5 135
RI03XX012	Un siège de valve (1) ou (2)	19 858	19 858

RI03XX013	L'emboîture flexible seule de l'emboîture test servant d'approche et d'étude pour l'emboîture définitive	65 762	65 762
RI03XX014	Un anneau flexible d'étanchéité pour emboîture test servant d'approche et d'étude pour l'emboîture définitive	71 348	71 348
RI03XX015	Un manchon en silicone ou copolymère préfabriqué ou injecté et tramé de qualité médicale (tarif du moulage nécessaire non inclus pour manchon injecté)	92 229	92 229
RI03XX016	Un manchon polyuréthane	280 701	280 701

Réadapter

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI03BB040	Une emboîture en bois par retouches, finition comprise de l'emboîture (1) .	13 676	13 676
RI03DD040	Une emboîture en alliage léger par retouches, finition comprise de l'emboîture (1)	20 602	20 602
RI03DD041	Un fût externe par retouches après réadaptation ou remplacement de l'emboîture, finition comprise du fut (1)	27 694	27 694
RI03DD042	Une emboîture en alliage léger par ajustement et fixation sur le genou, finition comprise de l'emboîture	23 439	23 439
RI03SS040	Une emboîture en résines stratifiées par retouches, finition comprise de l'emboîture (1)	13 420	13 420

Remettre en état

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI03BB050	Une emboîture en bois par reparcheminage, finition comprise de l'emboîture (1) ou (2)	23 216	23 216
RI03BB051	Une emboîture en bois, par reparcheminage en couronne, finition comprise de l'emboîture (1) ou (2)	15 662	15 662
RI03BB052	Une emboîture en bois par laquage (1) ou (2)	8 744	8 744
RI03BB053	Une emboîture en bois par vernissage intérieur (1) ou (2)	11 881	11 881
RI03DD050	Une emboîture en alliage léger par débosselage, relaquage ou polissage compris de l'emboîture (1) ou (2)	12 209	12 209
RI03DD051	Une emboîture en alliage léger avec double fût par débosselage, finition comprise de l'emboîture (1) ou (2)	22 444	22 444
RI03DD052	Une emboîture ou un cuissard postiche en alliage léger par finitions intérieures et extérieures de l'emboîture (1) ou (2)	26 860	26 860
RI03SS050	Une emboîture par stratification de finition (1) ou (2)	24 339	24 339

Regarnir

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI03AC160	Une emboiture à calotte en cuir dans son ensemble (1) ou (2)	24 311	24 311

Poser

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI03BB070	Un flipot pour fêlure d'emboiture (1) ou (2)	5 412	5 412
RI03BB071	Une clé (1) ou (2)	3 268	3 268
RI03DD070	Une pièce soudée à une emboiture ou un cuissard, finition comprise de l'emboîture ou du cuissard (1) ou (2)	20 602	20 602

2.7.2.5.3.5. Réparations applicables au niveau du genou RI04

Prothèses exosquelettiques

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI04AA001	Une embrasse à enveloppement pour appui de genou (1) ou (2)	34 309	34 309
RI04AA002	Une embrasse droite pour appui de genou (1) ou (2)	21 938	21 938
RI04AA003	Un étrier complet pour appareils à appui de genou au point d'appui sous-ischiatique (douille, bagues et bossage, vis de quillon compris) (1) ou (2)	93 336	93 336
RI04AC001	Une calotte de genou en cuir (1) ou (2)	32 729	32 729
RI04BA001	Un verrou de genou complet et sa butée, démontage et réglage compris (prothèse PI03 en bois) (1) ou (2)	36 885	36 885
RI04BC001	Les deux courroies de fixation de l'articulation du genou de forme anatomique (1)	19 636	19 636
RI04BT001	Un tendeur de bâtonnet	16 342	16 342
RI04BT002	Les rappels élastiques d'extension pour jambe en bois à marcher sur le genou (la paire)	11 129	11 129
RI04DD001	Un étrier en alliage léger avec son verrou (sans le quillon) démontage et réglage compris (1) ou (2)	27 215	27 215
RI04XA001	Une fenêtre en acier inoxydable pour poulie centrale (1) ou (2)	5 086	5 086
RI04XA002	Un cercle en acier pour calotte en cuir (1) ou (2)	18 309	18 309

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

RI04XA003	Un câble de verrou	16 739	16 739
RI04XA004	Un cadran de verrou	18 878	18 878
RI04XA005	Un verrou de genou complet et sa butée, démontage et réglage compris (prothèse PI03 en alliage léger et en résines stratifiées) (1) ou (2)	36 885	36 885
RI04XA006	Un verrou de genou- complet et sa butée, démontage et réglage compris (prothèse PI04 en alliage léger ou en résines stratifiées) (1) ou (2)	26 045	26 045
RI04XC001	Un soufflet de jarret	16 614	16 614
RI04XC002	Un tendeur arrière en cuir chromé	17 498	17 498
RI04XC003	Une courroie de jarret garnie	20 461	20 461
RI04XT001	Une fronde de rappel du segment jambier pour le genou de forme anatomique	20 245	20 245
RI04XT002	Les deux tendeurs arrières du genou de forme anatomique (1)	16 921	16 921
RI04XT003	Une fronde élastique de rappel du segment jambier	20 520	20 520
RI04XT004	Un sandow (1) ou (2)	7 398	7 398
RI04XX001	Une potence pour jambe à cordes	20 112	20 112
RI04XX002	Un coussin pour calotte d’appui de genou	17 952	17 952
RI04XX003	Une tirette pour verrou	16 216	16 216
RI04XX004	Une butée feutre ou caoutchouc pour bâtonnet ou verrou	8 442	8 442
RI04XX005	Un genou à articulation monoaxiale libre (prothèse en bois)	43 803	43 803
RI04BBD01	Un genou à articulation monoaxiale libre (prothèse en bois)	64 238	64 238
RI04BBH01	Un genou à articulation monoaxiale à frein stabilisateur (prothèse en bois) y compris le tendeur, finition comprise du genou (1) ou (2)	129 892	129 892
RI04BBL01	Un genou à articulation anatomique (prothèse en bois) (1) ou (2)	191 165	191 165
RI04BBL02	La partie supérieure du genou de forme anatomique, finition comprise du segment fémoral (1) ou (2)	91 632	91 632
RI04BBL03	La partie inférieure du genou de forme anatomique, finition comprise du segment jambier (1) ou (2)	103 323	103 323
RI04BBQ01	Un genou à articulation monoaxiale à blocage (prothèse en bois) (1) ou (2)	135 727	135 727
RI04DDD01	Un genou à articulation monoaxiale libre (prothèse en alliage léger) (1) ou (2)	63 810	63 810
RI04SSD01	Un genou à articulation monoaxiale libre (prothèse en résines stratifiées) (1) ou (2)	83 227	83 227
RI04SSG01	Un genou à double articulation à biellettes (prothèse en résines stratifiées) (1) ou (2)	76 935	76 935

Remettre en état

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI04XAO50	Un verrou de genou complet et sa butée (1) ou (2)	25 184	25 184
RI04BBD50	Un genou à articulation monoaxiale libre avec son mécanisme (prothèse en bois) (1) ou (2)	50 749	50 749
RI04BBH50	Un genou monoaxial à frein stabilisateur avec son mécanisme (prothèse en bois) (1) ou (2)	20 625	20 625
RI04BBQ50	Un genou monoaxial à blocage avec son mécanisme (prothèse en bois) (1) ou (2)	29 339	29 339
RI04DDD50	Un genou à articulation monoaxiale libre avec son mécanisme (prothèse en alliage léger) (1) ou (2)	19 307	19 307
RI04DDG50	Un genou à double articulation à biellettes avec son mécanisme (prothèse en alliage léger) (1) ou (2)	28 117	28 117
RI04SSD50	Un genou à articulation monoaxiale libre avec son mécanisme (prothèse en résines stratifiées) (1) ou (2)	12 374	12 374
RI04SSG50	Un genou à double articulation à biellettes avec son mécanisme (prothèse en résines stratifiées) (1) ou (2)	21 184	21 184
RI04XAM50	Les articulations du genou pour prothèse hydraulique à accumulation d'énergie et à contrôle du mouvement du pied : remplacer les deux bagues et les axes	62 999	62 999

Prothèses endosquelettiques

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI04ZA001	Un câble de verrou.	16 739	16 739
RI04ZT001	Un rappel d’extension.	20 928	20 928
RI04ZDR01	Un genou à articulation polycentrique à barres (moignon long) (1).	497 254	497 254
RI04ZXD01	Un genou à articulation monoaxiale libre (1) ou (2)	57 900	57 900
RI04ZXG01	Un genou à double articulation polycentrique à biellettes courtes (1).	88 865	88 865
RI04ZXG02	Un genou à double articulation polycentrique à biellettes longues (1).	166 541	166 541
RI04ZXH01	Un genou à double articulation à frein stabilisateur (1)	64 143	64 143
RI04ZXP01	Un genou à articulation monoaxiale avec rappel hydraulique (1)	291 435	291 435
RI04ZX001	Une calotte de genou.	48 481	48 481

Échange standard pour les prothèses endosquelettiques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

EI04ZDR01	D'un genou à articulation polycentrique à barres (moignon long) (1)	353 952	353 952
EI04ZXD01	D'un genou à articulation monoaxiale libre (1) ou (2)	46 519	46 519
EI04ZXG01	D'un genou à double articulation polycentrique à biellettes courtes (1)	71 292	71 292
EI04ZXG02	D'un genou à double articulation polycentrique à biellettes longues (1)	133 821	133 821
EI04ZXH01	D'un genou à double articulation à frein stabilisateur (1)	51 513	51 513
EI04ZXP01	D'un genou à articulation monoaxiale rappel hydraulique (1)	233 674	233 674

2.7.2.5.3.6. Réparations applicables au niveau de la jambe RI06

Prothèses exosquelettiques

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI06AA001	Un étrier complet pour pilon à emboîture jambière en cuir (3) ou (4).	93 336	93 336
RI06AA002	Un montant pour botte de Roux	40 014	40 014
RI06AA003	Une ferrure complète pour appareil à col de cygne, en cuir (3) ou (4).	80 126	80 126
RI06AA004	Un montant avant ou arrière pour appareil en cuir (3) ou (4)	36 821	36 821
RI06AA005	Un montant forgé, butée forte pour appareil à cupule et ferrures latérales (3) ou (4) .	37 152	37 152
RI06AA006	Une cupule en acier (3) ou (4)	48 397	48 397
RI06AA007	Une embrasse circulaire (3) ou (4)	22 267	22 267
RI06AA008	Un cercle en acier pour malléole en bois, pour emboîture jambière en cuir (3) ou (4) .	20 253	20 253
RI06AB001	Une malléole en bois pour emboîture jambière en cuir, fixation sur les montants en acier, remontage sur le pied, finition comprise de la malléole (3) ou (4)	38 600	38 600
RI06AC001	Une calotte et fronde en cuir, garniture comprise (3) ou (4)	43 302	43 302
RI06AC002	Une calotte en cuir sans la fronde, garniture comprise (3) ou (4)	33 887	33 887
RI06AC003	Une fronde de renforcement en cuir (3) ou (4)	13 454	13 454
RI06BA001	Un petit montant simple pour mollet postiche d'appareil en bois à marcher sur le genou, butée forte, vis d'articulation, parcheminage et finition comprise du mollet postiche (1) ou (2)	29 667	29 667
RI06BA002	Un petit montant à chape pour mollet postiche d'appareil en bois à marcher sur le genou, butée forte, vis d'articulation, parcheminage et finition comprise du mollet postiche (1) ou (2)	40 586	40 586

RI06BA003	Un petit montant pour mollet postiche d'appareil en bois à emboîture ou cuissard postiche (1) ou (2)	28 669	28 669
RI06BB001	Une malléole en bois, parcheminage et finition comprise du segment jambier (3) ou (4) .	28 741	28 741
RI06BB002	Un mollet postiche pour appareil en bois à marcher sur le genou (3) ou (4) .	55 455	55 455
RI06BB003	Un mollet et une malléole postiches en bois (1) ou (2)	90 970	90 970
RI06DA001	La paire de ferrures d'articulation complète pour appareil en alliage léger, montants de cuisse et montants d'emboîture à fourche avec roulements à billes, renforts, finition comprise du segment jambier (3) ou (4)	138 140	138 140
RI06DA002	Un montant à fourche et à chape pour emboîture de jambe en alliage léger, nickelage, renforts, finition comprise du segment jambier (3) ou (4) .	41 712	41 712
RI06DA003	Un montant à chape pour emboîture de jambe en alliage léger demi-circulaire fermée, nickelage des ferrures, finition comprise du segment jambier (3) ou (4)	34 628	34 628
RI06DA004	Un montant à fourche et à chape avec son roulement à billes pour mollet postiche d'appareil en alliage léger à marcher sur le genou, nickelage et réglage de l'articulation compris (3) ou (4)	45 147	45 147
RI06DD001	Un mollet et une malléole en alliage léger avec réemploi de la ferrure circulaire rivée, finition comprise du segment jambier (3) ou (4)	112 937	112 937
RI06DD002	Un mollet en alliage léger jusqu'au niveau de la malléole, finition comprise du segment jambier (3) ou (4)	130 635	130 635
RI06DD003	Un bout d'emboîture seul, finitions comprises (3) ou (4)	29 674	29 674
RI06DD004	Un mollet postiche complet en alliage léger, y compris sa ferrure circulaire soudée à la malléole, l'axe de la cheville finition comprise du segment jambier (1) ou (2)	96 660	96 660
RI06DD005	Un mollet postiche en alliage léger avec réemploi de la ferrure circulaire et de la malléole soudées, finition comprise du segment jambier (1) ou (2) .	83 213	83 213
RI06DD006	Un bout de mollet postiche en alliage léger, finition comprise du segment jambier (1) ou (2)	29 674	29 674
RI06DD007	Une circulaire en alliage léger du mollet postiche, finition comprise du segment jambier (1) ou (2)	28 776	28 776
RI06DD008	Une malléole soudée en alliage léger, finition comprise du segment jambier (3) ou (4)	27 735	27 735
RI06DD009	Un support de pont et une potence pour emboîture de jambe à cordes (1) ou (2)	10 150	10 150
RI06DD010	Une bordure d'ouverture en alliage léger (3) ou (4)	4 024	4 024
RI06DD011	Un quillon de cultivateur en alliage léger	21 007	21 007
RI06DD012	Un quillon en alliage léger avec embout et sabot caoutchouc	10 145	10 145
RI06DD013	Un embout de quillon en alliage léger à collerette	4 228	4 228
RI06DD014	Un embout de quillon ordinaire en alliage léger	4 228	4 228
RI06DD015	Un quillon en alliage léger sans embout	5 987	5 987

RI06XA001	La paire de ferrures d'articulation complète, montants de cuisse et ferrure d'emboîture circulaire à chape avec roulements à billes, nickelage de ferrures, finitions comprises (3) ou (4)	72 590	72 590
RI06XA002	Un montant avec tête d'articulation de genou à chape (3) ou (4)	43 028	43 028
RI06XA003	Une embrasse spéciale en "V" pour mollet postiche avec son système d'attache du cheik, finition comprise du segment jambier (3) ou (4)	44 883	44 883
RI06XA004	Une vis transversale pour malléole (3) ou (4)	6 090	6 090
RI06XAD01	Un jeu de deux montants simples avec axe de genou, parcheminage, finition comprise du segment jambier (1) ou (2)	44 364	44 364
RI06XB001	Un quillon de cultivateur en frêne, rond ou ovale (dit bateau)	31 634	31 634
RI06XC004	Un manchon en cuir moulé avec tracteurs et garnissage pour emboîture de jambe (3)	63 574	63 574
RI06XT001	Les tracteurs élastiques seuls (la paire)	16 647	16 647
RI06XT002	Une grande corde pour appareil à emboîture de cuisse (1) ou (2)	9 665	9 665
RI06XT003	Une petite corde pour appareil à emboîture de cuisse ou de jambe (1) ou (2) .	7 805	7 805
RI06XT004	Un ressort avec corde en boyau pour appareil à emboîture de cuisse (1) ou (2)	6 574	6 574
RI06AC101	Une emboîture en cuir, la calotte et la fronde en cuir pour appareil à cupule et à ferrures latérales, adaptation et finition comprises de l'emboîture (4)	165 142	165 142
RI06AC102	Une emboîture en cuir pour appareil à col de cygne, adaptation et finition comprises de l'emboîture (4)	165 142	165 142
RI06AC103	Une emboîture jambière en cuir à appui sous-rotulien, adaptation et finition comprise de l'emboîture (4)	155 608	155 608
RI06DD201	Une emboîture en alliage léger sans changer le mollet (3)	69 514	69 514
RI06SS201	Une emboîture en résines stratifiées, à suspension (3)	87 685	87 685
RI06SS202	Un mollet en résines stratifiées jusqu'au niveau de la malléole avec le manchon cuir, adaptation et finition comprises du mollet et du manchon (4)	265 924	265 924
RI06SS601	Une emboîture de contact en résines stratifiées sans manchon (adaptation et finitions comprises), destinée à recevoir le manchon court (4)	225 371	225 371

Réadapter

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI06XC040	Un manchon en cuir d'emboîture de jambe par agrandissement ou rétrécissement d'un centimètre au maximum (3)	11 553	11 553
RI06XT040	Les cordes sur prothèse de cuisse, par réglage (1)	3 958	3 958

Remettre en état

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI06BB050	Un mollet postiche en bois par allongement ou raccourcissement, finition comprise du segment jambier (1)	29 475	29 475
RI06BB052	Un mollet postiche en bois, par frettage, finition comprise du segment jambier (1) ou (2)	19 713	19 713
RI06BX050	Par reparcheminage en couronne, finition comprise du segment jambier (3) ou (4) .	19 809	19 809
RI06BX051	Un mollet postiche en bois, avec malléole par reparchemmage, finition comprise du segment jambier (3) ou (4)	27 551	27 551
RI06BX052	Un mollet de jambe en bois avec malléole, par laquage (3) ou (4)	6 105	6 105
RI06DD050	Une emboîture en alliage léger par agrandissement ou rétrécissement de 3 ou 4 centimètres, finition comprise du segment jambier (3)	31 421	31 421
RI06DD051	Une emboîture jambière ou un mollet postiche en alliage léger, par allongement ou raccourcissement, finition comprise du segment jambier (3)	34 228	34 228
RI06DD052	Une emboîture jambière ou un mollet postiche en alliage léger par pose d'une pièce et remise en forme (3) ou (4)	30 103	30 103
RI06DD053	Une emboîture jambière ou un mollet postiche en alliage léger par pose d'une pièce soudée, finition comprise du segment jambier (3) ou (4)	29 441	29 441
RI06DD054	Une emboîture jambière ou un mollet postiche en alliage léger par débosselage sans démontage de la jambe, finition comprise du segment jambier (3) ou (4).	20 959	20 959
RI06DD055	Une emboîture jambière, finition comprise de l'emboiture (3) ou (4).	20 959	20 959
RI06DD056	Une emboîture jambière ou mollet postiche en alliage léger pour appareil à marcher sur le genou, par rivetage d'une circulaire (3) ou (4)	13 368	13 368
RI06DX050	Une emboîture jambière ou un mollet postiche en alliage léger par finitions intérieures et extérieures du segment jambier (3) ou (4)	5 610	5 610

Regarnir

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI06AC060	Le manchon de jambe en cuir, y compris le bourrelet et le réparer s'il y a lieu.	25 039	25 039
RI06AC061	Le bourrelet du manchon de jambe en cuir ou le réparer	17 665	17 665
RI06AC062	Une calotte en cuir, coussin en matière cellulaire compris	20 320	20 320
RI06AC063	Un appui-sous-rotulien	20 074	20 074
RI06AC160	Une emboîture jambière et un cuissard en cuir à point d'appui sous-ischiatique (3) ou (4)	45 242	45 242

RI06AC161	Une emboîture jambière et un cuissard en cuir sans point d'appui sous-ischiatique (3) ou (4)	32 652	32 652
RI06AC162	Une emboîture en cuir à calotte complète, coussin en matière cellulaire et fermeture compris	30 777	30 777
RI06AC163	Une emboîture en cuir pour botte de Roux, coussin et fermeture compris	30 777	30 777
RI06AC164	Une emboîture en cuir pour appareil col de cygne	27 043	27 043
RI06AC165	Une emboîture jambière en cuir avec appui sous-rotulien, fermeture comprise (3) ou (4) .	22 788	22 788

Prothèses endosquelettiques

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI06ZD001	Un tube en alliage léger pour prothèse de jambe (3) ou (4)	5 748	5 748
RI06ZX001	Un revêtement en matière plastique cellulaire du segment jambier (3) ou (4).	24 883	24 883
RI06ZX002	Un bas de recouvrement du segment jambier	14 916	14 916
RI06ZAM01	Un bloc hydraulique pour prothèse hydraulique à accumulation d'énergie et à contrôle du mouvement du pied (1)	424 641	424 641
RI06ZAM02	Un châssis pour prothèse hydraulique à accumulation d'énergie et à contrôle du mouvement du pied (1)	56 269	56 269
RI06ZDP01	Un bloc hydraulique pour prothèse à genou à mécanisme hydraulique sans contrôle du mouvement du pied (1)	215 691	215 691
RI06ZP601	Une emboîture en plâtre sur une prothèse d'entraînement ou d'étude, adaptation et finition comprises (4)	66 174	66 174
RI06ZS601	Une emboîture de contact en résines stratifées sans manchon (adaptation et finitions comprises) destinée à recevoir le manchon court (4) .	239 912	239 912
RI06ZX601	Une emboîture dans un des matériaux inscrits aux spécifications techniques autre que le plâtre sur une prothèse d'entraînement ou d'étude, adaptation et finition comprises (4)	175 551	175 551

Remettre en état

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI06ZAM50	Un bloc hydraulique pour prothèse hydraulique à accumulation d'énergie et à contrôle du mouvement du pied (1)	115 472	115 472
RI06ZDP50	Un système de contrôle de la phase pendulaire d'un genou muni d'un tel système qu'il soit hydraulique ou pneumatique (1)	57 471	57 471

Échange standard

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
EI06ZAM01	D'un bloc hydraulique pour prothèse hydraulique à accumulation d'énergie et à contrôle du mouvement du pied (1)	340 504	340 504
EI06ZDP01	D'un bloc hydraulique pour prothèse munie d'un système hydraulique de contrôle de la phase pendulaire ou d'un genou muni d'un système de contrôle pneumatique de la phase pendulaire	173 346	173 346

Prothèses exosquelettiques et endosquelettiques

Remplacer

RI06 - Manchon tibial avec moulage du moignon pour la confection du manchon pour les prothèses PI06SSA63 - PI06FFA64 - PI06ZSA63

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI06XJ001	Manchon court ne dépassant pas les condyles fémoraux, en caoutchouc (3) (tarif du moulage non inclus)	45 911	45 911
RI06XN001	Manchon court ne dépassant pas les condyles fémoraux, en mousse de polyéthylène (3) (tarif du moulage non inclus)	33 927	33 927
RI06XX001	Manchon court ne dépassant pas les condyles fémoraux, en silicone de qualité médicale (3) (tarif du moulage non inclus)	91 822	91 822
RI06XJ002	Manchon haut à accrochage distal, dépassant les condyles fémoraux, en caoutchouc (3) (tarif du moulage non inclus)	150 125	150 125
RI06XX002	Manchon haut à accrochage distal, dépassant les condyles fémoraux, en silicone de qualité médicale (3) (tarif du moulage non inclus)	157 806	157 806
RI06XX003	Manchon haut à accrochage distal, dépassant les condyles fémoraux, préfabriqué et standardisé, en silicone de qualité médicale (3) (tarif du moulage non inclus)	126 360	126 360
RI06XX004	Un manchon en gel de silicone préfabriqué de qualité médicale (pose et adaptation comprises)	150 790	150 790
RI06XX005	Les manchons en gel copolymère préfabriqué	109 067	109 067
RI06XX006	Les manchons en gel polyuréthane	241 967	241 967
RI06XX010	Dispositif de liaison permettant l'accrochage distal destiné aux manchons hauts (4) non cumulable avec la référence RI06XX011	69 219	69 219
RI06XX011	Emboîture de contact en résines stratifiées sans manchon (y compris le dispositif de liaison et de travail d'application, de fabrication et de finition) destinée à recevoir un manchon haut à accrochage distal, en silicone de qualité médicale	422 258	422 258

2.7.2.5.3.7. Réparations applicables au niveau de la cheville RI07

Prothèses exosquelettiques et endosquelettiques

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI07XA001	Une articulation de pied (1) ou (3)	22 431	22 431
RI07XX001	Un amortisseur pour cheville multiflexion.	13 677	13 677

2.7.2.5.3.8. Réparations applicables au niveau du pied RI08

Prothèses exosquelettiques

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI08AA001	Un éther à empattement formant demi-semelle pour appareil à cupule et ferrure latérale (3) ou (4)	13 677	13 677
RI08XA001	Un axe d'articulation pour appareil à col de cygne ou ferrures latérales	37 362	37 362
RI08AB201	Un pied en bois pour appareil à cupule et ferrures latérales	19 963	19 963
RI08XB202	Un pied rigide	94 046	94 046
RI08XB301	Un pied articulé en bois (ressort de bout de pied, coussinet, garniture, laquage, pose compris) (3)	63 476	63 476
RI08XJ301	Un pied articulé moulé (3)	66 190	66 190
RI08XJ401	Un pied rigide avec coin talonnier de souplesse variable (Sach)	11 776	11 776

Prothèses endosquelettiques

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI08ZB301	Un pied pour prothèse hydraulique à accumulation d'énergie et à contrôle du mouvement du pied (1) ou (2)	44 795	44 795
RI08ZB302	Un pied articulé en bois (ressort de bout de pied, coussinet, garniture, laquage, pose compris) (3)	66 190	66 190

RI08ZD001	Une embase réglable permettant l'orientation du pied en équin et en rotation, pose et réglage compris (3) ou (4)	14 693	14 693
RI08ZJ301	Un pied articulé moulé (3)	11 776	11 776
RI08ZJ401	Un pied rigide (Sach) avec coin talonnier de souplesse variable	26 442	26 442
RI08ZJ701	Un pied rigide (Sach) (partie talonnière de souplesse variable) avec embase réglable permettant l'orientation du pied en équin et en rotation	41 138	41 138
RI08ZJ801	Un pied monté sur un ensemble de cheville spécial, muni d'un réglage antéro-postérieur, pose et réglage compris (3)	59 285	59 285
RI08ZJ850	Un pied monté sur un ensemble spécial de cheville, muni d'un réglage antéro-postérieur (3)	47 822	47 822

Prothèses exosquelettiques et endosquelettiques

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI08XJ302	Les butées de pied articulé (1) ou (3)	2 396	2 396

Regarnir

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI08XC060	Un pied (2) ou (4)	10 273	10 273

2.7.2.5.3.9. Réparations et rechanges communs aux prothèses et orthèses du membre inférieur RI10

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI10AA001	Une embrasse sous-ischiatique (1) ou (2)	35 274	35 274
RI10AA002	Une embrasse de cuisse en "S"	31 550	31 550
RI10AA003	Une embrasse sous-rotulienne	27 655	27 655
RI10AA004	Une embrasse droite	31 516	31 516
RI10XA001	Un verrou "Hoffa" ressort et vis à portée compris	33 558	33 558
RI10XA002	Un ressort en acier pour verrou "Hoffa"	12 781	12 781
RI10XA003	Une demi-ceinture en acier pour large ceinture en cuir (5)	49 648	49 648

RI10XA004	Une pièce de ceinture (boulon compris) (5)	6 710	6 710
RI10XA005	Un montant de pièce de hanche (5)	16 054	16 054
RI10XA006	Un roulement à billes	16 654	16 654
RI10XA007	Une vis d'assemblage pour articulation à roulements	12 989	12 989
RI10XA008	Une vis à portée d'articulation	13 282	13 282
RI10XA010	Une boucle à rouleau avec chape en cuir	11 840	11 840
RI10XA011	Une boucle à talon	10 406	10 406
RI10XA012	Un ou des oeillets ou un ou des crochets de laçage	8 262	8 262
RI10XAB01	Un montant avec tête d'articulation pièce sur pièce (vis à portée comprise) (1) ou (2)	26 661	26 661
RI10XAC01	Un montant avec tête d'articulation à chape (vis d'articulation comprise) (1) ou (2)	37 162	37 162
RI10XC001	Une bande d'oeillets pour cuissard ou jambière (1) ou (2)	9 647	9 647
RI10XC002	Une courroie de 22 mm	11 283	11 283
RI10XC003	Une courroie de 14 mm ou 16 mm	10 480	10 480
RI10XC004	Une large ceinture en cuir moulé sur crêtes iliaques pour pièce de hanche, garniture et fermeture comprises (5)	76 324	76 324
RI10XC005	Une ceinture en cuir, en forme, non garnie (hauteur 15 cm) (5)	25 219	25 219
RI10XC006	Une ceinture en cuir, en forme, non garnie (hauteur 12 cm) (5)	29 213	29 213
RI10XC007	Une ceinture en cuir, en forme, non garnie (hauteur 10 cm) (5)	26 412	26 412
RI10XC008	Une ceinture en cuir, droite (hauteur 10 cm) (5)	22 054	22 054
RI10XC009	Une ceinture en cuir à engainement pour plaque pelvienne, garniture de laçage compris (hauteur 45 mm) (5)	34 520	34 520
RI10XC010	Une ceinture en cuir non garnie (hauteur 45 mm) (5)	11 199	11 199
RI10XC011	Une ceinture en cuir non garnie (hauteur 35 mm) (5)	10 770	10 770
RI10XC012	Une pièce de hanche en cuir	5 433	5 433
RI10XC013	Une sous-laçure de ceinture moulée (5)	11 514	11 514
RI10XC014	Une sous-laçure de cuissard (1) ou (2)	13 615	13 615
RI10XC015	Une sous-laçure de jambière (1) ou (2)	13 079	13 079
RI10XC016	Un bavolet fessier en cuir (1) ou (2)	9 216	9 216

RI10XC017	Un écusson cheik (3) ou (4)	4 902	4 902
RI10XC018	Un cheik tendeur en cuir chromé (lacet)	9 332	9 332
RI10XC019	Une courroie de suspension sur poulie centrale	11 506	11 506
RI10XC020	Une courroie de suspension sur poulie latérale	11 345	11 345
RI10XC021	Une fourche de rappel	12 107	12 107
RI10XC022	Un lacet en cuir chromé de 1,50 mètre de long	9 000	9 000
RI10XC101	Un cuissard en cuir avec point d'appui sous-ischiatique, garniture et fermeture comprises (3) ou (4)	65 448	65 448
RI10XC102	Un cuissard en cuir sans point d'appui sous-ischiatique, garniture et fermeture comprises (3) ou (4)	47 235	47 235
RI10XT001	Une fermeture Velcro de 25 mm (3) ou (4)	3 793	3 793
RI10XT002	Une fermeture Velcro de 30 mm (3) ou (4)	4 584	4 584
RI10XT003	Une ceinture en tissu de 10 cm de hauteur (garnissage compris) (5)	32 832	32 832
RI10XT004	Un cheik tendeur en tissu rigide (3) ou (4)	2 683	2 683
RI10XT005	Une patte élastique de fourche de rappel	10 319	10 319
RI10XT006	Un rappel à deux branches en tissu élastique de 35 mm de large, avec deux pattes	18 293	18 293
RI10XT007	Un rappel à une branche en tissu élastique de 35 mm de large, avec pattes	14 077	14 077
RI10XT008	Un rappel en tissu élastique pour verrou "Hoffa"	11 001	11 001
RI10XT009	Un rappel élastique en tissu damier de 12 cm de large	16 911	16 911
RI10XT010	Un lacet tressé de 1,50 mètre de long	8 718	8 718
RI10XX001	Un cache-boucle	8 996	8 996

Remettre en état

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI10AA050	Un bout de montant par brasage ou soudure (1) ou (2)	12 707	12 707
RI10AA051	Un point d'arrêt en lame pour butée d'articulation, par brasage et soudure (1) ou (2)	12 540	12 540
RI10AAC50	Une chape d'articulation, par resserrage et ajustage (1) ou (2)	5 938	5 938
RI10AA053	Un verrou "Hoffa" (1) ou (2)	10 396	10 396

RI10XC050	Recoudre et réparer une garniture avec réparation d'une pièce métallique sur une ceinture, un cuissard ou une jambière (1) ou (2)	18 165	18 165
RI10XD050	Une emboiture présentant une fente, par soudure (1) ou (2)	19 637	19 637

Regarnir

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI10XC160	Un cuissard avec appui sous-ischiatique, dessus d'embrasse non compris, en peau de cheval chromée (1) ou (2)	28 269	28 269
RI10XC161	Un cuissard avec appui sous-ischiatique, dessus d'embrasse non compris, en basane (1) ou (2)	26 056	26 056
RI10XC162	Un cuissard sans point d'appui sous-ischiatique, en peau de cheval chromée (1) ou (2).	18 925	18 925
RI10XC163	Un cuissard sans point d'appui sous-ischiatique, en basane (1) ou (2).	16 885	16 885
RI10XC064	Un point d'appui sous-ischiatique seul (1) ou (2)	14 800	14 800
RI10XC065	Reborder un bout de cuissard ou de jambière (1) ou (2)	6 356	6 356
RI10XC066	Une ceinture en cuir de 12 à 15 cm (5)	16 873	16 873
RI10XC067	Une ceinture en cuir de 45 mm (5)	9 324	9 324
RI10XC068	Une pièce de ceinture (5)	5 104	5 104

2.7.2.5.3.10. Réparations et rechanges des appareils d'orthopédie du membre inférieur RI10

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI1001	Montant externe ou interne de cuissard à point d'appui sous-schiatique.	20 377	20 377
RI1002	Montant externe ou interne de cuissard sans point d'appui sous-ischiatique	16 395	16 395
RI1004	Embrasse de cuisse en "S" polie	8 196	8 196
RI1008	Poulie de sous-cuisse seule.	1 168	1 168
RI1009	Chape et poulie de sous-cuisse	3 276	3 276
RI1024	Boulon trois pièces n° 2 ou en "T"	3 509	3 509
RI1025	Boulon rivet à tête goutte de suif	2 570	2 570
RI1026	Vis à métaux 4/75	462	462

RI1027	Goupille pour charnière	1 168	1 168
RI1028	Boulon fileté en cuivre ou en acier	1 168	1 168

Regarnir

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Cuissard cuir avec appui sous-ischiatique, dessus d'embrasse non compris		
RI1091	Large ceinture cuir moulé sur les crêtes iliaques	20 377	20 377
RI1092	Ceinture en forme de 12 à 15 cm de hauteur	14 290	14 290
RI1093	Demi-garnissage de la ceinture ci-dessus	6 084	6 084
RI1094	Ceinture à engainement (en cheval chromé, feutre ou caoutchouc mousse compris)	9 601	9 601
RI1095	Demi-garnissage d'une ceinture cuir en 45 mm de large	3 042	3 042
RI1097	Montant de garniture pour pièce de hanche en acier	3 042	3 042

Capitonner

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI1098	Cuissard cuir	5 533	5 533
RI1099	Molletière cuir	4 448	4 448
RI10100	Large ceinture en cuir moulé	7 025	7 025

Gainer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI10101	Gainage en vachette d'une embrasse sous-ischiatique de cuisse en "S"	6 084	6 084
RI10102	Gainage en vachette d'une embrasse de cuisse, de jambe ou sous-rotulienne.	3 748	3 748
RI10103	Gainage en vachette d'un montant de cuisse tête d'articulation comprise	4 684	4 684
RI10104	Gainage en vachette d'une tête d'articulation	1 400	1 400
RI10105	Gainage en vachette d'un montant de mollet	3 748	3 748
RI10106	Gainage en vachette d'un bas de montant d'un bout d'attelle ou d'un bout de ceinture	2 100	2 100

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Réadapter

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI10111	Réadaptation d'un cuissard et de ses ferrures nécessitée par engraissement ou amaigrissement (essayage compris)	11 476	11 476
RI10112	Réadaptation avec essayage d'une gaine ou d'une emboîture fémorale ou jambière	10 070	10 070

Reborder, recoudre

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI10115	Reborder un cuissard de jambière ou d'emboîture et de regarnir le point d'appui sous- ischiatique souple	4 914	4 914
RI10116	Reborder simplement un haut cuissard ou de jambière	2 342	2 342
RI10117	Recoudre et réparer garniture après réparation d'une pièce métallique sur une ceinture, un cuissard ou une jambière	3 042	3 042

Accessoires divers (Remplacer)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI10125	Courroie sous-cuisse en cuir chromé	1 168	1 168
RI10126	Fourchette de rappel tout cuir pour jambe	3 042	3 042
RI10127	Fourchette de rappel en cuir avec patte élastique pour jambe	3 042	3 042
RI10135	Lacet plume (le mètre)	462	462

2.7.2.5.3.11. Réparations et rechanges particuliers des appareils d'orthopédie du membre inférieur

Jambe. - RI59C

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI59C01	Montant à empattement pour botte rigide (rivé sur la semelle)	14 754	14 754
RI59C02	Attelle d'étai sur botte rigide	7 025	7 025
RI59C03	Semelle d'acier rivée sur les montants, polie	12 410	12 410

RI59C04	Semelle d'acier brasée sur les montants, polie	21 549	21 549
RI59C05	Montant forgé à tourillon et son contre-écrou	23 423	23 423
RI59C06	Montant avec tête d'articulation pour étrier ou tourillon	15 462	15 462
RI59C12	Cuir entier de botte rigide, garniture et lacet compris	68 639	68 639
RI59C13	Chaussette en cuir (seule) de botte rigide, garniture comprise	19 678	19 678
RI59C14	Mollet seul sur botte articulée, garniture et lacet compris	43 807	43 807
RI59C15	Mollet cuir avec appui sous-rotulien, courroies ou lacet compris	45 918	45 918
RI59C28	Montant de garniture d'un montant en acier sur appareil OI59 à embrasses garnies	5 384	5 384

Regarnir

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI59C20	Botte rigide ou articulée, chaussette cuir comprise avec lacets	27 408	27 408
RI59C21	Mollet seul sur botte articulée, lacet compris	14 754	14 754
RI59C22	Chaussette cuir seule sur botte rigide, lacet compris	9 601	9 601
RI59C23	Appareil OI59 à embrasses garnies sans dessus vachette, y compris garniture des montants	14 290	14 290

Cuisse. - Jambe. - Pied. - RI39C

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI39C01	Montant latéral externe ou interne de cuissard jambière rigide avec tête d'articulation pour étrier ou tourillon	27 515	27 515
RI39C02	Montant entier externe ou interne de cuissard jambière rigide pour ankylose de genou en flexion	32 093	32 093
RI39C03	Étrier à rallonges pour cuissard jambière rigide pour ankylose de genou en flexion	28 112	28 112
RI39C04	Bout de montant par brasure sur cuissard jambière pour ankylose de genou en flexion	20 849	20 849
RI39C10	Cuir entier de cuissard jambière rigide (garniture et courroies comprises)	96 993	96 993
RI39C11	Volet de cuissard jambière rigide	18 276	18 276
RI39C12	Sous-laçure de cuissard jambière rigide	10 542	10 542

Regarnir

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI39C20	Cuir entier de cuissard jambière rigide (lacet compris)	34 327	34 327
RI39C21	Cuir entier de cuissard jambière rigide pour ankylose du genou (lacet compris).	41 230	41 230

Réparation garniture

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI39C25	Recoudre garniture après réparation du montant brasé pour ankylose du genou	4 684	4 684

Cuisse. - Jambe. - Pied. RI29C

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI29C01	Montant latéral externe rigide avec tête d'articulation à la hanche et tête d'articulation pour étrier ou tourillon	35 143	35 143
RI29C02	Montant latéral interne rigide avec tête d'articulation pour étrier ou tourillon	28 577	28 577
RI29C10	Cuir entier de cuissard jambière à point d'appui sous-ischiatique, garniture et courroies comprises	117 141	117 141

Regarnir

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI29C20	Cuir entier de cuissard jambière à point d'appui sous-ischiatique	40 524	40 524

Genouillère. - RI36C

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI36C01	Montant de cuisse ou de jambière pour genouillère articulée, boulon ou point d'arrêt compris	16 395	16 395
RI36C02	Attelle pour genouillère rigide	13 115	13 115

Regarnir

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

RI36C05	Genouillère rigide complète, lacet compris	29 049	29 049

Gainer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI36C06	Attelle rigide entière	5 848	5 848

Ceinture. - Cuissard. - Jambière. - RI96C

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI96C01	Montant latéral externe à fourche pour ceinture cuissard jambière rigide. :	31 391	31 391
RI96C02	Montant latéral interne pour ceinture cuissard jambière rigide	29 049	29 049
RI96C05	Cuissard cuir pour ceinture cuissard jambière articulée, garniture et lacet compris.	56 459	56 459
RI96C06	Ceinture cuir entière, garniture et courroies comprises	65 831	65 831
RI96C07	Volet de ceinture en cuir moulé, boucles ou courroies comprises	12 650	12 650
RI96C08	Volet de cuissard jambière rigide	18 276	18 276
RI96C09	Sous-laçure de cuissard jambière rigide	10 542	10 542

Regarnir

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI96C15	Ceinture cuissard, jambière articulée complète, lacet compris	52 477	52 477
RI96C16	Ceinture cuissard jambière rigide, lacet compris	52 942	52 942
RI96C17	Cuissard seul, lacet compris	21 081	21 081

Ceinture. - Cuissard. - RI93C

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI93C01	Montant latéral de ceinture cuissard articulée	19 446	19 446

RI93C02	Montant latéral externe à fourche pour ceinture cuissard rigide	16 101	16 101
RI93C03	Montant interne de ceinture cuissard rigide ou articulée	12 410	12 410
RI93C08	Cuissard cuir de ceinture cuissard articulée, garniture, courroies ou lacet compris.	56 459	56 459
RI93C09	Ceinture cuir, garniture courroies ou lacet compris	65 831	65 831
RI93C10	Volet de cuissard, boucles ou courroies comprises	14 290	14 290

Regarnir

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI93C15	Ceinture cuissard articulée entière, lacet compris	42 648	4 2648
RI93C16	Ceinture cuissard rigide, lacet compris	37 950	37 950
RI93C17	Cuissard seul, lacet compris	20 849	20 849

2.7.2.5.3.12. Réparations et rechanges communs aux appareils d'orthopédie du membre inférieur

Pied. - RI89

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI8901	Semelle acier entière, montée sur chaussure	6 790	6 790
RI8902	Semelle acier entière, rivée sur étrier, polie	11 476	11 476
RI8903	Semelle acier avec griffes ou oreilles	10 542	10 542
RI8904	Semelle acier avec tube tourillon	10 542	10 542
RI8905	Demi-semelle acier, montée sur chaussure	5 384	5 384
RI8906	Demi-semelle acier, rivée sur étrier, polie	10 070	10 070
RI8907	Demi-semelle étrier d'une seule pièce, polie	20 849	20 849
RI8912	Étrier à empattement pour chaussure ou pour chaussette (semelle, boulon ou vis non compris)	16 395	16 395
RI8913	Étrier forgé à chape, pour chaussure ou chaussette	24 126	24 126
RI8914	Embrasse pour étrier	3 748	3 748
RI8916	Clavette pour étrier démontable, polie, vis à portée comprise	4 684	4 684

RI8917	Boulon d'articulation à gorge pour clavette	3 042	3 042
RI8918	Boulon tourillon entier avec contre-écrou brasé	4 684	4 684
RI8919	Boulon tourillon amovible avec contre-écrou	3 276	3 276
RI8920	Goujon tourillon de 4 cm brasé	3 042	3 042
RI8930	Supports de ressort pour releveur de pied, fixés sur étrier (la paire)	4 914	4 914
RI8931	Ressort pour releveur de pied	1 870	1 870

Remonter

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI8934	Étrier ou semelle à tourillon sur chaussure	3 509	3 509

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI8940	Chaussette en cuir, garniture et lacet compris	16 395	16 395
RI8941	Chaussette en coutil complète, garniture, gainage et lacet complet.	17 563	17 563
RI8942	Dessous de semelle en vachette	3 748	3 748

Regarnir

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI8945	Chaussette cuir seule, lacet compris	9 601	9 601

Gainer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI8948	Semelle acier complète (pour appareils de marche sans chaussette cuir).	7 025	7 025

Jambe. - RI58

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

RI5801	Montant de jambière avec tête d'articulation pièce sur pièce au genou et à l'étrier ou au tourillon	21 549	21 549
RI5802	Embrasse droite non polie	4 448	4 448
RI5810	Jambière en cuir sans point d'appui sous-rotulien	43 105	43 105
RI5811	Dessus d'embrasse garnie en cuir à courroie	3 276	3 276
RI5812	Montant de garniture d'un montant acier de jambière	4 914	4 914
RI5813	Volet de jambière en cuir (crochet compris)	8 431	8 431
RI5814	Montant carbone	33 583	33 583

Regarnir

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI5820	Jambière en cuir sans point d'appui sous-rotulien (lacet compris)	14 290	14 290
RI5821	Plaque condylienne	1 400	1 400
RI5822	Embrasse de mollet à embrasses garnies (seule, sans dessus vachette).	7 025	7 025

Cuisse. - RI35

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI3501	Montant de cuisse avec tête d'articulation à la hanche et au genou	21 549	21 549
RI3502	Embrasse non polie	4 448	4 448
RI3505	Montant de garniture d'un montant de cuissard	4 914	4 914
RI3506	Dessus d'embrasse en cuir à courroie	3 276	3 276
RI3507	Volet de cuissard en cuir	12 887	12 887

Regarnir

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RI3512	Embrasse garnie de cuissard à embrasses garnies (seule, sans dessus vachette) .	7 025	7 025

2.7.2.5.4. Réparation et rechanges - Orthopédie du tronc

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

2.7.2.5.4.1. Réparations et rechanges particuliers à un type d'appareil

RT79

Regarnir

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RT79C01	Ceinture cuir entière, lacet compris	25 529	25 529

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RT79K01	Une valve antérieure en copolymère acrylonitrile-méthacrylate de méthyle (moulage non compris).	23 111	23 111
RT79K02	Une valve postérieure en copolymère acrylonitrile-méthacrylate de méthyle (moulage non compris).	33 099	33 099

RT59

Regarnir

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RT59C01	Ceinture cuir entière, lacet compris	38 419	38 419

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RT59Z01	Une fermeture (sangle cuir ou textile)	2 203	2 203
RT59T01	Un devant en coutil avec lacet	14 690	14 690
RT59N01	Une sous-patte en polyoléfine	4 741	4 741
RT59N02	Une poche lombaire gonflable en polyuréthane	29 003	29 003
RT59K01	Une valve antérieure en copolymère acrylonitrile-méthacrylate de méthyle (moulage non compris)	30 013	30 013
RT59K02	Une valve postérieure en copolymère acrylonitrile-méthacrylate de méthyle (moulage non compris)	47 065	47 065
RT59A01	Une barre sternale.	13 777	13 777
RT59A02	Une articulation latérale de réglage pour barre sternale	9 871	9 871

RT59A03	Un appui sternale garni avec charnière	15 993	15 993

RT49

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RT49C01	Fermeture berkoise	13 115	13 115
RT49C02	Tuteur dorsal.	13 818	13 818
RT49C03	Tuteur latéral.	16 395	16 395
RT49C04	Tuteur transversal, partiellement	11 242	11 242

Regarnir

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RT49C10	Corset cuirasse entier, lacet compris	47 086	47 086

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RT49Z01	Une fermeture (sangle cuir ou textile)	2 203	2 203
RT49T01	Un devant coutil	19 640	19 640
RT49N01	Une sous - patte en polyoléfine	5 441	5 441
RT49K01	Une valve antérieure en copolymère acrylonitrile-méthacrylate de méthyle (moulage non compris)	37 078	37 078
RT49K02	Une valve postérieure en copolymère acrylonitrile-méthacrylate de méthyle (moulage non compris)	57 384	57 384
RT49A01	Une barre sternale	13 777	13 777
RT49A02	Une articulation latérale de réglage pour barre sternale	9 871	9 871
RT49A03	Un appui sternal garni avec charnière	15 993	15 993

RT39

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RT39Z01	Une fermeture (sangle cuir ou textile)	2 203	2 203
RT39T01	Un devant coutil avec lacet	24 521	24 521
RT39N01	Une sous -patte en polyoléfine	6 141	6 141

RT29

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RT29C01	Ferrure de mentonnière, partie avant ou partie arrière (garniture comprise)	21 549	21 549
RT29C02	Pièce centrale du transversal	10 070	10 070
RT29C03	Support à fourche de collier	16 395	16 395
RT29C04	Valve avant ou amère du collier minerve, garniture comprise	19 678	19 678
RT29C08	Ceinture cuir, garniture et lacet compris	63 722	63 722
RT29Z01	Une fermeture (sangle cuir ou textile)	2 203	2 203
RT29T01	Un devant coutil.	24 521	24 521
RT29N01	Une sous - patte en polyoléfine	6 774	6 774

Regarnir

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RT29C12	Corset cuirasse entier avec minerve bivalve, lacet compris	52 244	52 244
RT29C13	Mentonnière entière seule -	8 196	8 196
RT29C14	Ceinture cuir seule, lacet compris	2 570	2 570

RT25

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RT25C01	Ferrure par pièce rivée	Sur devis	

RT25C02	Cuir moulé	Sur devis	
RT25C10	Une valve antérieure ou postérieure en cuir moulé (moulage non compris) avec fermeture	45 572	45 572
RT25K01	Une valve antérieure ou postérieure en copolymère acrylonitrile-méthacrylate de méthyle (moulage non compris) sans fermeture	41 122	41 122
RT25N01	Une valve antérieure ou postérieure en polyoléfine (moulage non compris) sans fermeture	24 434	24 434
RT25S01	Une valve antérieure ou postérieure en stratifié de polyester (moulage non compris) avec fermeture	40 802	40 802
RT25A01	Une fermeture métallique.	14 243	14 243
RT25Z01	Une fermeture (sangle cuir ou textile)	2 203	2 203

Regarnir

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RT25C03	Minerve entière, lacet compris	56 928	56 928

RT24

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RT24C10	Une valve antérieure ou postérieure en cuir moulé (moulage non compris).	38 606	38 606
RT24K01	Une valve antérieure ou postérieure en copolymère acrylonitrile-méthacrylate de méthyle (moulage non compris)	34 989	34 989
RT24N01	Une valve antérieure ou postérieure en polyoléfine (moulage non compris)	21 934	21 934
RT24G01	Une valve antérieure ou postérieure en polyisoprène (moulage non compris)	29 475	29 475
RT24S01	Une valve antérieure ou postérieure en stratifié de polyester (moulage non compris)	38 822	38 822
RT24A01	Une fermeture métallique	14 243	14 243
RT24Z01	Une fermeture (sangle cuir ou textile)	2 203	2 203

2.7.2.5.4.2. Réparations particulières aux appareils de maintien ou de correction en position horizontale ou en position verticale TR47Z01

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

FT47XX001	Forfait pour réfection de l'enduit	77 225	77 225
	La prise en charge de cette référence s'applique à la référence AT47Z 17		
FT47XX002	Forfait démonter, remonter, adapter	23 716	23 716
	La prise en charge de la référence FT47XX002 est assurée pour les adjonctions réutilisables AT47Z02, AT47Z03, AT47Z07, AT17Z08, AT47Z11. La récupération des adjonctions précitées et leur réutilisation sur un corset siège neuf, n'est pas systématique, elle est fonction de leur degré d'usure et de salissure		

2.7.2.5.4.3. Réparations particulières aux corsets-sièges TR43

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
FT43XX001	Réfection de l'enduit	77 225	77 225
	La prise en charge de cette référence s'applique à la référence AT43Z17		
FT43XX002	Forfait "démonter, remonter, adapter "	23 716	23 716
	La prise en charge de la référence FT43XX002 est assurée pour les adjonctions réutilisables AT43Z02, AT43Z03, AT43Z10, AT43Z11, AT43Z12, AT43Z15. La récupération des adjonctions précitées et leur réutilisation sur un corset siège neuf, n'est pas systématique, elle est fonction de leur degré d'usure et de salissure.		

2.7.2.5.4.4. Réparations et rechanges particuliers à l'orthèse TR49K54

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RT49D10	Un mât antérieur ou postérieur	8 670	8 670
RT49A10	Une barrette de liaison simple sans charnière	4 504	4 504
RT49A11	Une barrette de liaison simple avec charnière	6 756	6 756
RT49A12	Une barrette de liaison double sans charnière	7 025	7 025
RT49A13	Une barrette de liaison double avec charnière	9 365	9 365
RT49K10	Une plaque manubriale	22 872	22 872
RT49K11	Une valve demi-pelvienne (moulage non compris)	36 369	36 369
RT49K12	Une main-d'appui ou plaque sous-axillaire	19 389	19 389

RT49T10	Un capitonnage d'un appui	5 433	5 433
RT49A14	Une vis de fixation	808	808

Réadapter

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RT49K13	Une orthèse avec réglage des plaques d'appui	12 448	12 448

2.7.2.5.4.5. Réparations et rechanges communs aux orthèses TR29C11, TR29K27, TR29G27 et TR29N36

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RT29D10	Un demi-mât postérieur	10 809	10 809
RT29D11	Un demi-mât antérieur	9 711	9 711
RT29A10	Une demi-têtière sans les appuis	13 069	13 069
RT29G09	Les appuis occipitaux capitonnés	11 334	11 334
RT29G11	L'appui mentonnier	5 805	5 805
RT29G12	Le capitonnage des appuis occipitaux	6 622	6 622
RT29C11	Une main de compression ou plaque d'appui capitonnée	9 334	9 334
RT29Z10	Une fermeture (sangle cuir ou textile)	2 203	2 203
RT29A11	Une barre en T de maintien d'une main de compression	5 500	5 500
RT29Z11	La garniture d'un mât antérieur ou postérieur	4 019	4 019

Réadapter

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RT29Z12	Une orthèse avec réglage	12 448	12 448

2.7.2.5.4.6. Réparations particulières à l'orthèse TR29C11

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RT29C10	La ceinture pelvienne en cuir, fermeture comprise (moulage non compris) [1]	51 641	51 641
RT29A12	L'armature métallique de la ceinture pelvienne (sans charnière)	30 239	30 239

2.7.2.5.4.7. Réparations particulières à l'orthèse TR29K27

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RT29K10	La ceinture pelvienne en copolymère acrylonitrile-méthacrylate de méthyle, fermeture comprise (moulage non compris) [1]	55 758	55 758
RT29A13	Une barrette de liaison double avec charnière	9 301	9 301

2.7.2.5.4.8. Réparations particulières à l'orthèse TR29G27

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RT29G10	Remplacer la ceinture pelvienne en polyisoprène, fermeture comprise (moulage non compris) [1]	59 141	59 141

2.7.2.5.4.9. Réparations particulières à l'orthèse TR29N36

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RT29N10	Remplacer la ceinture pelvienne en polyoléfine, fermeture comprise (moulage non compris) [1]	33 681	33 681

[1] Lorsque la morphologie du patient ou l'évolution du cas nécessitent, en plus du changement de la ceinture pelvienne, une réadaptation de l'orthèse, la référence RT29Z12 est à ajouter

2.7.2.5.4.10. Réparations et rechanges communs à plusieurs appareils

Remplacer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RT1001	Ceinture acier pour corselet, ceinture ou ceinture cuissard rigide ou articulée	22 021	22 021
RT1002	Ceinture acier pour corset cuirasse	24 363	24 363
RT1003	Ferrure de balancement (garnissage non compris)	10 542	10 542

RT1004	Tuteur dorsal	13 818	13 818
RT1005	Tuteur latéral	16 395	16 395
RT1006	Transversal entier (garniture comprise)	30 219	30 219
RT1007	Pièce de côté transversal	6 084	6 084
RT1008	Béquillon, garniture comprise	9 601	9 601
RT1009	Porte-béquillon	10 070	10 070
RT1010	Tourillon de porte-béquillon (brasé)	3 509	3 509
RT1020	Volet cuir de ceinture, sans regamissage	15 459	15 459
RT1021	Volet cuir de ceinture, avec regarnissage de la ceinture seule, courroies, boucles ou laçage compris	37 952	37 952
RT1022	Bretelle de béquillon	3 042	3 042
RT1023	Plastron élastique, courroies comprises	14 056	14 056
RT1024	Montant de garniture pour tuteur dorsal ou pour tuteur latéral	4 448	4 448

Regarnir, réparer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RT1030	Béquillon, sans bretelle	3 042	3 042
RT1031	Béquillon, avec bretelle	4 684	4 684
RT1032	Transversal entier	8 196	8 196
RT1033	Garniture réparée et recousue d'un tuteur dorsal ou latéral	1 400	1 400
RT1034	Garniture réparée et recousue après réparation d'une pièce métallique	2 570	2 570
RT1035	Garniture réparée et recousue d'une demi-ceinture	3 042	3 042

Gainer

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
RT1040	Ceinture pelvienne en acier	11 183	11 183
RT1041	Ferrures complètes d'un corset cuirasse ou d'une ceinture cuissard rigide ou articulée	25 535	25 535

2.7.2.6. Moulages sur nature

2.7.2.6.1. Membre supérieur

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
S58P01	Avant-bras, main (du coude aux métacarpiens inclus)	11 186	11 186
S57P01	Avant-bras (du coude au poignet)	10 821	10 821
S28P01	Bras, avant-bras, main (de l'acromion aux métacarpiens inclus)	14 982	14 982
S27P01	Bras, avant-bras (de l'acromion au poignet)	11 235	11 235
S24P01	Bras seul (de l'acromion au coude)	9 359	9 359
S17P01	Épaule, bras, avant-bras (des scapulum-clavicule au poignet)	16 442	16 442
S14P01	Épaule, bras (des scapulum-clavicule au coude)	12 697	12 697
S1P01	Demi-corselet (hémithorax, de la base du cou aux fausses côtes)	16 647	16 647

2.7.2.6.2. Membre inférieur

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
I79P01	Pied (des malléoles aux orteils)	7 905	7 905
I59P01	Jambe avec pied (du genou aux orteils)	13 943	13 943
I58P01	Jambe sans pied (du genou au talon)	11 235	11 235
I19P01	Membre inférieur avec pied (du trochanter aux orteils)	16 852	16 852
I18P01	Membre inférieur sans pied (du trochanter au talon)	14 982	14 982
I96P01	Bassin, cuisse, jambe (des fausses côtes aux malléoles)	27 699	27 699
I94P01	Bassin, cuisse (des fausses côtes au genou)	23 518	23 518
I14P01	Cuisse (du trochanter au genou)	11 650	11 650

2.7.2.6.3. Tronc

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
T79P01	Bassin (des fausses côtes aux trochanters)	18 106	18 106
T39P01	Torse (de la base du cou aux trochanters)	28 512	28 512

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

T29P01	Torse minerve (de la base du crâne - menton et occiput - aux trochanters)	35 797	35 797
T26P01	Minerve (de la base du crâne - menton et occiput - aux fausses côtes)	19 979	19 979
	Majoration pour déplâtrage, nettoyage, changement de garnitures internes et remise en plâtre : 15 %		

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

3. Titre III. - Dispositifs médicaux implantables, implants issus de dérivés d'origine humaine ou en comportant et greffons tissulaires d'origine humaine

3.1. Conditions générales

Les spécifications techniques auxquelles doivent satisfaire les produits sont celles décrites ci-dessous ou des spécifications techniques assurant un niveau de qualité, de sécurité et d'efficacité au moins équivalent.

3.1.1. Champ d'application

Parmi les dispositifs médicaux implantables, actifs ou non, définis à l'article LP 2 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée, parmi les implants issus de dérivés d'origine humaine ou en comportant et parmi les greffons tissulaires d'origine humaine, relèvent et peuvent être inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables ceux qui répondent aux quatre critères suivants :
1°- d'implantation : ceux qui sont destinés à être implantés en totalité dans le corps humain ; ce qui exclut, notamment, les appareils constitués d'une partie implantable solidaire d'un élément externe (ex. : fixateurs externes pour ostéosynthèse...).
2°- de pose : ceux qui ne peuvent être implantés que par un médecin ce qui exclut, notamment, les dispositifs médicaux inscrits au titre 1er de la liste des produits et prestations remboursables (ex. : sondes urinaires...).
3°- de durée : ceux dont la durée de l'implantation ou de présence dans l'organisme est supérieure à 30 jours ; ce qui exclut tous les instruments médico-chirurgicaux utilisés à l'occasion d'un acte thérapeutique et ceux non destinés à rester en place après l'intervention ou ceux destinés à être retirés ultérieurement (ex. : sonde de dilatation vasculaire, fil de suture, sonde double j lors de l'élimination de calcul...).
4°- d'objectif : ceux dont l'implantation constituent l'objet principal de l'intervention chirurgicale, ce qui exclut les produits utilisés comme accessoires lors des interventions (par exemple dans un but hémostatique ou de suture...).
Cependant, certains dispositifs médicaux implantables dont l'objet présente un intérêt important de santé publique (par exemple, les gels viscoélastiques, les implants osseux pour perte de substance...) bien que n'étant pas l'objet principal de l'intervention, peuvent être pris en charge dans les conditions du présent titre, s'ils font l'objet d'une inscription spécifique sur la liste des produits et prestations remboursables.

3.1.2. Conditions de prise en charge

Pour être pris en charge par les organismes d'assurance maladie, les dispositifs médicaux implantables, les implants issus de dérivés d'origine humaine et les greffons tissulaires d'origine humaine doivent :
1 °- être inscrits à la nomenclature de la liste des produits et prestations remboursables.
2°- avoir fait l'objet d'une prescription médicale. Leur prise en charge n'est assurée que dans la limite des indications prévues par la liste des produits et prestations remboursables;
3°- répondre aux conditions particulières prévues dans chacun des chapitres ci-après.
Pour les dispositifs médicaux implantables, les implants issus de dérivés d'origine humaine ou en comportant et les greffons tissulaires d'origine humaine faisant l'objet d'une nomenclature détaillée et d'une tarification, seuls sont remboursables les éléments d'un de ces dispositifs listés et codés dans la liste des produits et prestations remboursables: aucun autre élément constitutif dudit dispositif ne peut être facturé en plus, notamment sous un autre code.

Pour les dispositifs médicaux implantables, les implants et les greffons, inscrits au présent titre III, la TVA est incluse dans le tarif de responsabilité fixé par la liste des produits et prestations remboursables.
Lorsque la nomenclature conditionne la prise en charge à une entente préalable, celle-ci répond aux dispositions de l'article LP 33 de la Loi du Pays 2013-1 susvisée.
Le titre III de la liste des produits et prestations remboursables se décompose en 4 chapitres :
Chapitre I : Dispositifs médicaux implantables ne comportant aucun dérivé ou tissu d'origine biologique ou n'étant pas issus de tels dérivés.
Chapitre II : Dispositifs médicaux implantables issus de dérivés, de tissus d'origine animale non viables ou en comportant.
Chapitre III : Implants issus de dérivés d'origine humaine ou en comportant et greffons tissulaires d'origine humaine.
Chapitre IV: Dispositifs médicaux implantables actifs.

3.2. Chapitre I. - Dispositifs médicaux implantables ne comportant aucun dérivé ou tissu d'origine biologique ou n'étant pas issus de tels dérivés (Nomenclature et tarifs)

Seuls sont pris en charge les dispositifs médicaux implantables ne comportant aucun dérivé ou tissu d'origine biologique ou n'étant pas issus de tels dérivés, répondant aux "Conditions générales" du présent titre et aux critères suivants :
1°- Ils doivent figurer sur la liste des produits et prestations remboursables.
2°- Ils doivent être livrés sous conditionnement stérile à l'exception de certains matériels d'ostéosynthèse et du rachis, (vis notamment) livrés en vrac et stérilisés directement par l'établissement de santé.
Le prix de vente au public doit être conforme à la réglementation en vigueur.

3.2.1. Section 1. - Implant cardiaque et vasculaire

3.2.1.1. Sous-section 1: Implant cardiaque

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3158440	Valve cardiaque conduit valvé	434 325	434 325
3106437	Anneau valvulaire cardiaque souple, sans armature	117 623	117 623
3136823	Anneau valvulaire cardiaque rigide ou semi-rigide, avec armature	135 266	135 266
3171200	Anneau valvulaire cardiaque incomplet, semi-rigide avec armature. Cet implant est dénommé « réducteur linéaire ».	43 905	43 905

3.2.1.2. Sous-section 2: Implants vasculaires

3.2.1.2.1. Paragraphe 1: Filtre vasculaire

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

3127400	Implant vasculaire, filtre vasculaire temporaire ou définitif.	98 019	98 019

3.2.1.2.2. Paragraphe 2: Endoprothèse carotidienne auto-expansible ou stent carotidien

La prise en charge est assurée pour :
- le traitement des sténoses athéroscléreuses symptomatiques (>50 %) : si le chirurgien juge la chirurgie contre-indiquée pour des raisons techniques ou anatomiques ou si les conditions médico-chirurgicales sont jugées à risque après discussion pluridisciplinaire avec notamment avis du chirurgien vasculaire et consultation neurologique ;
- le traitement des sténoses athéroscléreuses asymptomatiques (≥ 60 %) : les endoprothèses carotidiennes sont exceptionnellement indiquées si une revascularisation est jugée nécessaire au terme d'une discussion pluridisciplinaire au cours de laquelle le chirurgien juge l'intervention contre-indiquée. Cette décision devrait prendre en compte le risque naturel d'évolution de la maladie sous traitement médical optimal ;
- le traitement des sténoses radiques et post-chirurgicales.

L'utilisation des endoprothèses carotidiennes est réservée :
- à un opérateur ayant une expérience d'au moins 25 angioplasties avec stent de la carotide ;
- à des centres disposant des compétences pour pouvoir prendre en charge un accident vasculaire aigu ou disposant d'un accès à une unité spécialisée neurovasculaire. La salle interventionnelle doit disposer d'une angiographie numérisée avec capacités de soustraction, d'une table mobile et d'un arceau commandé par l'opérateur ainsi que du matériel d'anesthésie-réanimation. La présence d'un anesthésiste est recommandée ;
- aux centres participant au suivi exhaustif.

Il est souhaitable que les sociétés savantes mettent en place une formation sur les techniques d'angioplastie carotidienne.
La prise en charge est assurée pour les endoprothèses carotidiennes suivantes :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3175533	**Endoprothèse carotidienne, Abbott, RX ACCULINK.** Endoprothèse carotidienne auto-expansible RX ACCULINK de la société ABBOTT France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Version droite ou tubulaire : Longueur 20 mm : 1010126-20 (diam. 5 mm), 1010127-20 (diam. 6 mm), 1010128-20 (diam. 7 mm), 1010129-20 (diam. 8 mm), 1010130-20 (diam. 9 mm), 1010131-20 (diam. 10 mm). Longueur 30 mm : 1010126-30 (diam. 5 mm), 1010127-30 (diam. 6 mm), 1010128-30 (diam. 7 mm), 1010129-30 (diam. 8 mm), 1010130-30 (diam. 9 mm), 1010131-30 (diam. 10 mm). Longueur 40 mm : 1010126-40 (diam. 5 mm), 1010127-40 (diam. 6 mm), 1010128-40 (diam. 7 mm), 1010129-40 (diam. 8 mm), 1010130-40 (diam. 9 mm), 1010131-40 (diam. 10 mm). Version conique : Longueur 30 mm : 1010132-30 (diam. 6-8 mm), 1010133-30 (diam. 7-10 mm). Longueur 40 mm : 1010132-40 (diam. 6-8 mm), 1010133-40 (diam. 7-10 mm).	113 858	113 858
3161689	**Endoprothèse carotidienne, ABBOTT, XACT.**	113 858	113 858

	Endoprothèse carotidienne autoexpansible XACT de la société ABBOTT France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Version droite : Longueur : 20 mm : XRX 020 07S (diam. 7 mm), XRX 020 08S (diam. 8 mm), XRX 020 09S (diam. 9 mm), XRX 020 10S (diam. 10 mm). Longueur : 30 mm : XRX 030 07S (diam. 7 mm), XRX 030 08S (diam. 8 mm), XRX 030 09S (diam. 9 mm), XRX 030 10S (diam. 10 mm). Version conique : Longueur : 30 mm : XRX 030 08T (diam. 6-8 mm), XRX 030 09T (diam. 7-9 mm), XRX 030 10T (diam. 8-10 mm). Longueur 40 mm : XRX 040 08T (diam. 6-8 mm), XRX 040 09T (diam. 7-9 mm), XRX 040 10T (diam. 8-10 mm).		
3127445	**Endoprothèse carotidienne, Boston, CAROTID WALLSTENT MONORAIL.** Endoprothèse carotidienne auto-expansible CAROTID WALLSTENT MONORAIL de la société Boston Scientific SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H96SCH-647010 (diam. 6,0, L 22,0), H96SCH-647070 (diam. 8,0, L 21,0), H96SCH-647080 (diam. 8,0, L 29,0), H96SCH-647090 (diam. 8,0, L 36,0), H96SCH-647120 (diam. 10,0, L 24,0), H96SCH-647130 (diam. 10,0, L 31,0), H96SCH-647140 (diam. 10,0, L 37,0).	113 858	113 858
3172463	**Endoprothèse carotidienne, Cordis, PRECISE PRO RX.** Endoprothèse carotidienne auto-expansible PRECISE PRO RX de la société Cordis SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Longueur 20 mm : PC0520XCE (diam. 5 mm), PC0620XCE (diam. 6 mm), PC0720XCE (diam. 7 mm), PC0820XCE (diam. 8 mm), PC0920XCE (diam. 9 mm), PC1020XCE (diam. 10 mm). Longueur 30 mm : PC0530XCE (diam. 5 mm), PC0630XCE (diam. 6 mm), PC0730XCE (diam. 7 mm), PC0830XCE (diam. 8 mm), PC0930XCE (diam. 9 mm), PC1030XCE (diam. 10 mm). Longueur 40 mm : PC0540XCE (diam. 5 mm), PC0640XCE (diam. 6 mm), PC0740XCE (diam. 7 mm), PC0840XCE (diam. 8 mm), PC0940XCE (diam. 9 mm), PC1040XCE (diam. 10 mm).	113 858	113 858
3126724	**Endoprothèse carotidienne, EV3, PROTÉGÉ RX.** Endoprothèse carotidienne auto-expansible PROTÉGÉ RX de la société EV3 SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Endoprothèse droite : Longueur 20 mm : SEPX-6-20-135 (diam. 6 mm), SEPX-7-20-135 (diam. 7 mm), SEPX-8-20-135 (diam. 8 mm), SEPX-9-20-135 (diam. 9 mm), SEPX-10-20-135 (diam. 10 mm). Longueur 30 mm : SEPX-6-30-135 (diam. 6 mm), SEPX-7-30-135 (diam. 7 mm), SEPX-8-30-135 (diam. 8 mm), SEPX-9-30-135 (diam. 9 mm), SEPX-10-30-135 (diam. 10 mm). Longueur 40 mm : SEPX-6-40-135 (diam. 6 mm), SEPX-7-40-135 (diam. 7 mm), SEPX-8-40-135 (diam. 8 mm), SEPX-9-40-135 (diam. 9 mm), SEPX-10-40-135 (diam. 10 mm).	113 858	113 858

	Longueur 60 mm : SEPX-6-60-135 (diam. 6 mm), SEPX-7-60-135 (diam. 7 mm), SEPX-8-60-135 (diam. 8 mm), SEPX-9-60-135 (diam. 9 mm), SEPX-10-60-135 (diam. 10 mm). Endoprothèse anatomique : SEPX-8-6-30-135 (diam. 8-6 mm, L 30 mm), SEPX-8-6-40-135 (diam. 8-6 mm, L 40 mm), SEPX-10-7-30-135 (diam. 10-7 mm, L 30 mm), SEPX-10-7-40-135 (diam. 10-7 mm, L 40 mm).		

3.2.1.2.3. Paragraphe 3: Endoprothèses coronaires dites "stents"

3.2.1.2.3.1. Génériques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3142930	**Endoprothèse coronaire dite stent métallique nu non résorbable.** La prise en charge est assurée, dans la limite d'une unité par lésion et d'un maximum de deux unités par artère, système de pose compris. La prise en charge est assurée dans les indications suivantes: - sténoses courtes (< 20 mm) des vaisseaux coronaires, quel qu'en soit le diamètre; - sténoses longues (de 20 à 40 mm) sur des vaisseaux de diamètre supérieur ou égal à 3 mm; - sténoses de greffons veineux; - occlusions coronaires totales; - accidents aigus de l'angioplastie: dissections, occlusions. Dans le cas de dissection occlusive aiguë d'une artère, trois unités au maximum, par artère, peuvent être prises en charge.	73 673	73 673
3177696	**Endoprothèse coronaire dite stent couvert de PTFE.** Endoprothèse coronaire dite stent couvert d'une membrane de polytétrafluoréthylène (PTFE). La prise en charge est assurée dans les indications suivantes: - perforation et rupture d'une artère coronaire native; - rupture de pontage coronaire. La prise en charge est assurée dans la limite d'une unité par lésion et d'un maximum de deux unités par artère, système de pose compris.	107 160	107 160

3.2.1.2.3.2. Endoprothèse coronaire dite «stent» enrobé d'un produit sans action pharmacologique

La prise en charge est assurée dans la limite d'une unité par lésion et d'un maximum de deux unités par artère, système de pose compris.
La prise en charge de ce stent est indiquée en cas de:
- sténoses courtes (< 20 mm) des vaisseaux coronaires, quel qu'en soit le diamètre;
- sténoses longues (de 20 à 40 mm) sur des vaisseaux de diamètre supérieur ou égal à 3 mm;
- sténoses de greffons veineux;
- occlusions coronaires totales;

- accidents aigus de l'angioplastie : dissections, occlusions.
Dans le cas de dissection occlusive aiguë d'une artère, trois unités au maximum par artère peuvent être prises en charge.
La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3191621	**Endoprothèse coronaire dite «stent», inactif, Biotronik, PRO-KINETIC.** La prise en charge est assurée pour les références suivantes: 352348, 352355, 352362, 352371, 352380, 352389, 352349, 352356, 352363, 352372, 352381, 352390, 352350, 352357, 352364, 352373, 352382, 352391, 352398, 352351, 352358, 352365, 352374, 352383, 352392, 352399, 352352, 352359, 352366, 352375, 352384, 352393, 352400, 352403, 352353, 352360, 352367, 352376, 352385, 352394, 352401, 352404, 352354, 352361, 352368, 352377, 352386, 352395, 352402, 352405, 352369, 352378, 352387, 352396, 352406, 352408, 352370, 352379, 352388, 352397, 352407, 352409.	73 673	73 673
3189340	**Endoprothèse coronaire dite stent, inactif, Biotronik, PRO-KINETIC ENERGY.** Endoprothèse coronaire (stent) enrobée de carbure de silicium (produit sans action pharmacologique). La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 360490, 360491, 360492, 360493, 360494, 360495, 360496, 360497, 360498, 360499, 360500, 360501, 360502, 360503, 360504, 360505, 360506, 360507, 360508, 360509, 360510, 360511, 360512, 360513, 360514, 360515, 360516, 360517, 360518, 360519, 360520, 360521, 360522, 360523, 360524, 360525, 360526, 360527, 360528, 360529, 360530, 360531, 360532, 360533, 360534, 360535, 360536, 360537, 360538, 360539, 360540, 360541, 360542, 360543, 360544, 360545, 360546, 360547, 360548, 360549, 360550, 360551, 360552, 360553, 360554 et 360555.	73 673	73 673
3104496	**Endoprothèse coronaire dite stent, inactif, CID, CARBOSTENT CHRONO.** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ICV8710, ICV8715, ICV8720, ICV8725, ICV8731, ICV8737, ICV8711, ICV8716, ICV8721, ICV8726, ICV8732, ICV8738, ICV8712, ICV8717, ICV8722, ICV8727, ICV8733, ICV8739, ICV8713, ICV8718, ICV8723, ICV8728, ICV8734, ICV8740, ICV8714, ICV8719, ICV8724, ICV8729, ICV8735, ICV8741, ICV8730, ICV8736, ICV8742, ICV8743, ICV8744, ICV8745, ICV8746, ICV8747.	73 673	73 673
3177472	**Endoprothèse coronaire dite stent, inactif, CID, AVANTGARDE CHRONO CARBOSTENT.** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ICV9601, ICV9602, ICV9603, ICV9604, ICV9605, ICV9606, ICV9607, ICV9608, ICV9609, ICV9610, ICV9611, ICV9612, ICV9613, ICV9614, ICV9615, ICV9616, ICV9617, ICV9618, ICV9619, ICV9620, ICV9621, ICV9622, ICV9623, ICV9624, ICV9625, ICV9626, ICV9627, ICV9628, ICV9629, ICV9630, ICV9631, ICV9632, ICV9633, ICV9634, ICV9635, ICV9636, ICV9637, ICV9638.	73 673	73 673
3180468	**Endoprothèse coronaire dite " stent ", Hexacath, HELISTENT TITAN 2.**	113 858	113 858

	Endoprothèse coronaire dite " stent ", enrobée d'oxynitrure de titane sans action pharmacologique, HELISTENT TITAN 2, de la société Hexacath France. La prise en charge est assurée en cas de : - sténoses courtes (< 20 mm) des vaisseaux coronaires, quel qu'en soit le diamètre ; - sténoses longues (de 20 à 40 mm) sur des vaisseaux de diamètre supérieur ou égal à 3 mm ; - sténoses de greffons veineux ; - occlusions coronaires totales ; - accidents aigus de l'angioplastie : dissections, occlusions. La prise en charge est assurée : - dans la limite d'une unité par lésion et d'un maximum de deux unités par artère, système de pose compris. - dans le cas de dissection occlusive aigüe d'une artère, trois unités au maximum par artère peuvent être prises en charge. La prise en charge est assurée pour les modèles suivants : LICM 2.0-7 STI2, LICM 2.0-10 STI2, LICM 2.0-13 STI2, LICM 2.25-7 STI2, LICM 2.25-10 STI2, LICM 2.25-13 STI2, LICM 2.5-7 STI2, LICM 2.5-10 STI2, LICM 2.5-13 STI2, LICM 2.5-16 STI2, LICM 2.5-19 STI2, LICM 2.5-22 STI2, LICM 2.5-28 STI2, LICM 2.75-STI2, LICM 2.75-10 STI2, LICM 2.75-13 STI2, LICM 2.75-16 STI2, LICM 2.75-19 STI2, LICM 2.75-22 STI2, LICM 2.75-28 STI2, LICM 3.0-7 STI2, LICM 3.0-10 STI2, LICM 3.0-13 STI2, LICM 3.0-16 STI2, LICM 3.0-19 STI2, LICM 3.0-22 STI2, LICM 3.0-28 STI2, LICM 3.0-38 STI2, LICM 3.5-7 STI2, LICM 3.5-10 STI2, LICM 3.5-13 STI2, LICM 3.5-16 STI2, LICM 3.5- 19 STI2, LICM 3.5-22 STI2, LICM 3.5-28 STI2, LICM 3.5-38 STI2, LICM 4.0-10 STI2, LICM 4.0-13 STI2, LICM 4.0-16 STI2, LICM 4.0-19 STI2, LICM 4.0-22 STI2, LICM 4.0-28 STI2, LICM 4.0-38 STI2, LICM 4.5-13 STI2, LICM 4.5-16 STI2, LICM 4.5-19 STI2, LICM 5.0-13 STI2, LICM 5.0-16 STI2, LICM 5.0-19 STI2.		

3.2.1.2.3.3. Endoprothèse coronaire dite "stent" à libération (lib.) contrôlée (LC) de principe actif

BIOMATRIX, BIOMATRIX FLEX, ENDEAVOR, ENDEAVOR SPRINT, ENDEAVOR RESOLUTE et NOBORI

La prise en charge des stents à libération de principe actif BIOMATRIX, BIOMATRIX FLEX, ENDEAVOR, ENDEAVOR SPRINT, ENDEAVOR RESOLUTE et NOBORI est assurée dans les conditions décrites ci-dessous.
La prise en charge est assurée dans le traitement de l'insuffisance coronaire imputable à des lésions de novo des artères coronaires natives chez certains sous-groupes de patients à haut risque de resténose (lésions > 15 mm, diamètre du vaisseau atteint < 3 mm ou chez les patients diabétiques).
Elle est également assurée, après concertation pluridisciplinaire impliquant une équipe médico-chirurgicale des alternatives de revascularisation en tenant compte des facteurs de risque évalués (Euroscore et score SYNTAX), pour le traitement de certaines lésions pluritronculaires de novo des artères coronaires natives (lésions > 15 mm, diamètre du vaisseau atteint < 3 mm ou chez les patients diabétiques) accessibles à l'angioplastie et lorsque le risque chirurgical est élevé.
Sont exclus les patients ayant un infarctus du myocarde datant de moins de 72 heures, une fraction d'éjection ventriculaire gauche < 30 %, une intolérance au traitement antiagrégant plaquettaire, à l'héparine, au métal composant la plate-forme du stent ou au produit de contraste angiographique et les femmes enceintes.
Sont également exclues les sténoses du tronc commun gauche non protégé, les lésions présentant des calcifications ne pouvant être prédilatées par ballon ou athérectomie rotationnelle.

En l'absence de validation clinique, les lésions de bifurcation et les sténoses de l'interventriculaire antérieure proximale ne constituent pas à elles seules des situations où une endoprothèse coronaire à libération de principe actif puisse être indiquée. La sténose de greffons veineux n'est pas une indication à l'emploi des endoprothèses à libération de principe actif.
Le nombre maximal d'unités prises en charge est de 1 stent par patient sauf en cas de dissection occlusive aiguë (3 unités par patient peuvent être prises en charge, au maximum). Dans les lésions pluritronculaires, la prise en charge est au maximum de 3 stents par patient.
La durée minimale de la bithérapie antiplaquettaire recommandée est de douze mois. En raison de la nécessité de la bithérapie antiplaquettaire, l'intérêt thérapeutique des stents actifs est reconnu sous réserve que les conditions suivantes soient respectées :
- information au préalable des patients sur la nécessité de poursuivre la bithérapie antiplaquettaire pendant un an (observance au traitement antiagrégant plaquettaire) et sur la difficulté de bénéficier des conditions chirurgicales (absence de chirurgie programmée dans les douze mois) ;
- attribution systématique d'une carte au patient précisant le nom, la date de pose du stent et du traitement antiagrégant plaquettaire à suivre (avec sa durée souhaitée) ;
- en cas d'actes chirurgicaux survenant dans l'année suivant la pose d'un stent, concertation pluridisciplinaire entre opérateur, anesthésiste et cardiologue sur la conduite à tenir avec bilan préopératoire et modalités de prise en charge (avec information au patient).

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3127630	**Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX, DIAM 2,25 mm.** Stent à libération de biolimus BIOMATRIX de diamètre 2,25 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMXT-2208, BMXT-2211, BMXT-2214, BMXT-2218, BMXT-2224, BMXT-2228.	147 345	147 345
3186778	**Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX, DIAM 2,50 mm.** Stent à libération de biolimus BIOMATRIX de diamètre 2,5 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMXT-2508, BMXT-2511, BMXT-2514, BMXT-2518, BMXT-2524, BMXT-2528.	147 345	147 345
3173439	**Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX, DIAM 2,75 mm.** Stent à libération de biolimus BIOMATRIX de diamètre 2,75 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMXT-2708, BMXT-2711, BMXT-2714, BMXT-2718, BMXT-2724, BMXT-2728.	147 345	147 345
3168036	**Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX, DIAM 3,00 mm.** Stent à libération de biolimus BIOMATRIX de diamètre 3 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMXT-3008, BMXT-3011, BMXT-3014, BMXT-3018, BMXT-3024, BMXT-3028.	147 345	147 345

3133523	**Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX, DIAM 3,25 mm.** Stent à libération de biolimus BIOMATRIX de diamètre 3,25 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMXT-3208, BMXT-3211, BMXT-3214, BMXT-3218, BMXT-3224, BMXT-3228.	147 345	147 345
3112811	**Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX, DIAM 3,50 mm.** Stent à libération de biolimus BIOMATRIX de diamètre 3,5 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMXT-3508, BMXT-3511, BMXT-3514, BMXT-3518, BMXT-3523, BMXT-3528.	147 345	147 345
3143846	**Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX, DIAM 4,00 mm.** Stent à libération de biolimus BIOMATRIX de diamètre 4 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMXT-4008, BMXT-4011, BMXT-4014, BMXT-4018, BMXT-4023, BMXT-4028.	147 345	147 345
3104941	**Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX FLEX, 2,25 mm.** Stent à libération de biolimus BIOMATRIX FLEX de diamètre 2,25 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMX-2208, BMX-2211, BMX-2214, BMX- 2218, BMX-2224, BMX-2228.	123 904	123 904
3165026	**Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX FLEX, 2,50 mm.** Stent à libération de biolimus BIOMATRIX FLEX de diamètre 2,50 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMX-2508, BMX-2511, BMX-2514, BMX- 2518, BMX-2524, BMX-2528, BMX-2533, BMX-2536.	123 904	123 904
3128841	**Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX FLEX, 2,75 mm.** Stent à libération de biolimus BIOMATRIX FLEX de diamètre 2,75mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMX-2708, BMX-2711, BMX-2714, BMX- 2718, BMX-2724, BMX-2728, BMX-2733, BMX-2736.	123 904	123 904
3170783	**Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX FLEX, 3,00 mm.** Stent à libération de biolimus BIOMATRIX FLEX de diamètre 3,00 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMX-3008, BMX-3011, BMX-3014, BMX- 3018, BMX-3024, BMX-3028, BMX-3033, BMX-3036.	123 904	123 904
3118475	**Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX FLEX, 3,50 mm.**	123 904	123 904

	Stent à libération de biolimus BIOMATRIX FLEX de diamètre 3,50 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMX-3508, BMX-3511, BMX-3514, BMX- 3518, BMX-3524, BMX-3528, BMX-3533, BMX-3536.		
3165799	**Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX FLEX, 4,00 mm.** Stent à libération de biolimus BIOMATRIX FLEX de diamètre 4,00 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMX-4008, BMX-4011, BMX-4014, BMX- 4018, BMX-4024, BMX-4028.	123 904	123 904
3192856	**Endoprothèse coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR, DIAM 2,25 mm.** Stend à libération de zotarolimus ENDEAVOR de diamètre nominal de 2,25 mm. Seules sont prises en charge les références : EN22508X, EN22512X, EN22514X, EN22518X, EN22524X et EN22530X.	163 419	163 419
3138851	**Endoprothèse coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR, DIAM 2,5 mm.** Stend à libération de zotarolimus ENDEAVOR de diamètre nominal de 2,5 mm. Seules sont prises en charge les références : EN25008X, EN25012X, EN25014X, EN25018X, EN25024X et EN25030X.	163 419	163 419
3161519	**Endoprothèse coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR, DIAM 2,75 mm.** Stend à libération de zotarolimus ENDEAVOR de diamètre nominal de 2,75 mm. Seules sont prises en charge les références : EN27508X, EN27512X, EN27514X, EN27518X, EN27524X et EN27530X.	163 419	163 419
3104160	**Endoprothèse coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR, DIAM 3,0 mm.** Stend à libération de zotarolimus ENDEAVOR de diamètre nominal de 3,0 mm. Seules sont prises en charge les références : EN30009X, EN30012X, EN30015X, EN30018X, EN30024X et EN30030X.	163 419	163 419
3199574	**Endoprothèse coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR, DIAM 3,5 mm.** Stend à libération de zotarolimus ENDEAVOR de diamètre nominal de 3,5 mm. Seules sont prises en charge les références : EN35009X, EN35012X, EN35015X, EN35018X, EN35024X et EN35030X.	163 419	163 419
3196601	**Endoprothèse coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR, DIAM 4,0 mm.** Stend à libération de zotarolimus ENDEAVOR de diamètre nominal de 4,0 mm. Seules sont prises en charge les références : EN40009X, EN40012X, EN40015X, EN40018X, EN40024X et EN40030X.	163 419	163 419
3162973	**Endoprot coro, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR Sprint RX, DIAM 2,25 mm.** Endoprothèse coronaire, Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR Sprint RX de diamètre nominale de 2,25 mm.	163 419	163 419

	La prise en charge est assurée pour les références suivantes : NSP225008X, ENSP22512X, ENSP22514X, ENSP22518X, ENSP22524X, ENSP22530X.		
3196759	**Endoprot coro, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR Sprint RX, DIAM 2,5 mm.** Endoprothèse coronaire, Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR Sprint RX de diamètre nominale de 2,5 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ENSP25008X, ENSP25012X, ENSP25014X, ENSP25018X, ENSP25024X, ENSP25030X.	163 419	163 419
3191986	**Endoprot coro, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR Sprint RX, DIAM 2,75 mm.** Endoprothèse coronaire, Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR Sprint RX de diamètre nominale de 2,75 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ENSP27508X, ENSP27512X, ENSP27514X, ENSP27518X, ENSP27524X, ENSP27530X.	163 419	163 419
3181278	**Endoprot coro, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR Sprint RX, diam. 3,0 mm.** Endoprothèse coronaire, Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR Sprint RX de diamètre nominale de 3,0 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ENSP30009X, ENSP30012X, ENSP30015X, ENSP30018X, ENSP30024X, ENSP30030X.	163 419	163 419
3149978	**Endoprot coro, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR Sprint RX, diam. 3,5 mm.** Endoprothèse coronaire, Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR Sprint RX de diamètre nominale de 3,5 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ENSP35009X, ENSP35012X, ENSP35015X, ENSP35018X, ENSP35024X, ENSP35030X.	163 419	163 419
3160589	**Endoprot coro, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR Sprint RX, DIAM 4,0 mm.** Endoprothèse coronaire, Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR Sprint RX de diamètre nominale de 4,0 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ENSP40009X, ENSP40012X, ENSP40015X, ENSP40018X, ENSP40024X, ENSP40030X.	163 419	163 419
3103976	**Endoprot coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR RESOLUTE, 2,25 mm.** Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR RESOLUTE de diamètre nominal de 2,25 mm. Seules sont prises en charge les références : ERES22508X, ERES22512X, ERES22514X, ERES22518X, ERES22524X, ERES22530X.	123 904	123 904
3108927	**Endoprot coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR RESOLUTE, 2,5 mm.** Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR RESOLUTE de diamètre nominal de 2,5 mm. Seules sont prises en charge les références : ERES25008X, ERES25012X, ERES25014X, ERES25018X, ERES25024X, ERES25030X.	123 904	123 904
3132593	**Endoprot coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR RESOLUTE, 2,75 mm.**	123 904	123 904

	Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR RESOLUTE de diamètre nominal de 2,75 mm. Seules sont prises en charge les références : ERES27508X, ERES27512X, ERES27514X, ERES27518X, ERES27524X, ERES27530X.		
3126405	**Endoprot coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR RESOLUTE, 3,0 mm.** Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR RESOLUTE de diamètre nominal de 3,0 mm. Seules sont prises en charge les références : ERES30009X, ERES30012X, ERES30015X, ERES30018X, ERES30024X, ERES30030X, ERES30038X	123 904	123 904
3113360	**Endoprot coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR RESOLUTE, 3,5 mm.** Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR RESOLUTE de diamètre nominal de 3,5 mm. Seules sont prises en charge les références : ERES35009X, ERES35012X, ERES35015X, ERES35018X, ERES35024X, ERES35030X, ERES35038X	123 904	123 904
3126730	**Endoprot coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR RESOLUTE, 4,0 mm.** Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR RESOLUTE de diamètre nominal de 4,0 mm. Seules sont prises en charge les références : ERES40009X, ERES40012X, ERES40015X, ERES40018X, ERES40024X, ERES40030X, ERES40038X.	123 904	123 904
3169188	**Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, TERUMO, NOBORI, DIAM 2,25 mm.** Stent à libération de biolimus NOBORI de diamètre 2,25 mm, de la société TERUMO France SA. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : DE-RA2208SM, DE-RA2214SM, DE-RA2218SM, DE-RA2224SM et DE-RA2228SM.	147 345	147 345
3158109	**Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, TERUMO, NOBORI, DIAM 2,50 mm.** Stent à libération de biolimus NOBORI de diamètre 2,5 mm, de la société TERUMO France SA. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : DE-RA2508SM, DE-RA2514SM, DE-RA2518SM, DE-RA2524SM et DE-RA2528SM.	147 345	147 345
3136177	**Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, TERUMO, NOBORI, DIAM 2,75 mm.** Stent à libération de biolimus NOBORI de diamètre 2,75 mm, de la société TERUMO France SA. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : DE-RA2708SM, DE-RA2714SM, DE-RA2718SM, DE-RA2724SM et DE-RA2728SM.	147 345	147 345
3196096	**Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, TERUMO, NOBORI, DIAM 3,00 mm.** Stent à libération de biolimus NOBORI de diamètre 3 mm, de la société TERUMO France SA. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : DE-RA3008SM, DE-RA3014SM, DE-RA3018SM, DE-RA3024SM et DE-RA3028SM.	147 345	147 345
3166014	**Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, TERUMO, NOBORI, DIAM 3,50 mm.** Stent à libération de biolimus NOBORI de diamètre 3,5 mm, de la société TERUMO France SA. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : DE-RA3508LM, DE-RA3514LM, DE-RA3518LM, DE-RA3524LM, DE-RA3528LM.	123 904	123 904
3138443	**Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, TERUMO, NOBORI, diamètre 4,00 mm.**	123 904	123 904

	Stent à libération de biolimus NOBORI de diamètre 4,00 mm, de la société TERUMO France SA La prise en charge est assurée pour les références suivantes : DE-RA4008LM, DE-RA4014LM, DE-RA4018LM, DE-RA4024LM et DE-RA4028LM.		

PROMUS, PROMUS ELEMENT et PROMUS ELEMENT LONG

La prise en charge des stents à libération contrôlée de principe actif PROMUS, PROMUS ELEMENT, PROMUS ELEMENT LONG, PROMUS ELEMENT PLUS et PROMUS PREMIER est assurée dans les conditions décrites ci-dessous.
La prise en charge est assurée dans le traitement de l'insuffisance coronaire imputable à des lésions de novo des artères coronaires natives chez certains sous-groupes de patients à haut risque de resténose (lésions > 15 mm, diamètre du vaisseau atteint < 3 mm ou chez les patients diabétiques).
Elle est également assurée, après concertation pluridisciplinaire des alternatives de revascularisation en tenant compte des facteurs de risque évalués (Euroscore et score SYNTAX), pour le traitement de certaines lésions pluritronculaires de novo des artères coronaires natives (lésions > 15 mm, diamètre du vaisseau atteint < 3 mm ou chez les patients diabétiques) accessibles à l'angioplastie et lorsque le risque chirurgical est élevé.
Sont exclus une fraction d'éjection ventriculaire gauche < 30 %, une intolérance au traitement antiagrégant plaquettaire, à l'héparine, au métal composant la plate-forme du stent ou au produit de contraste angiographique et les femmes enceintes.
Sont également exclues les sténoses du tronc commun gauche non protégé, les lésions présentant des calcifications ne pouvant être prédilatées par ballon ou athérectomie rotationnelle.
En l'absence de validation clinique, les lésions de bifurcation et les sténoses de l'interventriculaire antérieure proximale ne constituent pas à elles seules des situations où une endoprothèse coronaire à libération de principe actif puisse être indiquée. La sténose de greffons veineux n'est pas une indication à l'emploi des endoprothèses à libération de principe actif.
Le nombre maximal d'unités prises en charge est de 1 stent par patient sauf en cas de dissection occlusive aiguë (3 unités par patient peuvent être prises en charge, au maximum). Dans les lésions pluritronculaires, la prise en charge est au maximum de 3 stents par patient.
La durée minimale de la bithérapie antiplaquettaire recommandée est de douze mois. En raison de la nécessité de la bithérapie antiplaquettaire, l'intérêt thérapeutique des stents actifs est reconnu sous réserve que les conditions suivantes soient respectées :
- information au préalable des patients sur la nécessité de poursuivre la bithérapie antiplaquettaire pendant un an (observance au traitement antiagrégant plaquettaire) et sur la difficulté de bénéficier des conditions chirurgicales (absence de chirurgie programmée dans les douze mois) ;
- attribution systématique d'une carte au patient précisant le nom, la date de pose du stent et du traitement antiagrégant plaquettaire à suivre (avec sa durée souhaitée) ;
- concertation pluridisciplinaire incluant l'anesthésiste, le chirurgien et le cardiologue pour valider toutes décisions d'arrêt ou de maintien des agents antiagrégants plaquettaires notamment en cas d'intervention chirurgicale (le risque thrombotique est majeur par effet rebond en cas d'arrêt du traitement). L'arrêt temporaire des antiagrégants plaquettaires expose à un risque accru d'événement vasculaire et doit faire l'objet d'une réflexion sur le bénéfice/risque et la date de reprise du traitement.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3176047	**Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, BOSTON, PROMUS, DIAM 2,25 mm.** Stent à libération d'everolimus PROMUS de diamètre nominal de 2,25 mm.	123 904	123 904

	Seules sont prises en charge les références suivantes : H749100953208B0, H749100953212B0, H749100953215B0, H749100953218B0, H749100953223B0 et H749100953228B0.		
3186809	**Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, BOSTON, PROMUS, DIAM 2,5 mm.** Stent à libération d'everolimus PROMUS de diamètre nominal de 2,5 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H749100952708B0, H749100952712B0, H749100952715B0, H749100952718B0, H749100952723B0, H749100952728B0.	123 904	123 904
3179991	**Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, BOSTON, PROMUS, DIAM 2,75 mm.** Stent à libération d'everolimus PROMUS de diamètre nominal de 2,75 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H749100952808B0, H749100952812B0, H749100952815B0, H749100952818B0, H749100952823B0, H749100952828B0.	123 904	123 904
3110999	**Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, BOSTON, PROMUS, DIAM 3,0 mm.** Stent à libération d'everolimus PROMUS de diamètre nominal de 3,0 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H749100952908B0, H749100952912B0, H749100952915B0, H749100952918B0, H749100952923B0, H749100952928B0.	123 904	123 904
3118021	**Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, BOSTON, PROMUS, DIAM 3,5 mm.** Stent à libération d'everolimus PROMUS de diamètre nominal de 3,5 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H749100953008B0, H749100953012B0, H749100953015B0, H749100953018B0, H749100953023B0, H749100953028B0.	163 419	163 419
3147809	**Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, BOSTON, PROMUS, DIAM 4,0 mm.** Stent à libération d'everolimus PROMUS de diamètre nominal de 4,0 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H749100953108B0, H749100953112B0, H749100953115B0, H749100953118B0, H749100953123B0, H749100953128B0.	163 419	163 419
3134988	**Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT, DIAM 2,25 mm.** Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT de diamètre nominal de 2,25 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493911308220, H7493911312220, H7493911316220, H7493911320220, H7493911324220, H7493911328220 et H7493911332220.	163 419	163 419
3107081	**Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT, DIAM 2,50 mm.** Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT de diamètre nominal de 2,50 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493911308250, H7493911312250, H7493911316250, H7493911320250, H7493911324250, H7493911328250 et H7493911332250.	163 419	163 419
3119747	**Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT, DIAM 2,75 mm.** Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT de diamètre nominal de 2,75 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493911308270, H7493911312270, H7493911316270, H7493911320270, H7493911324270 et H7493911328270 et H7493911332270.	163419	163419
3131961	**Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT, DIAM 3,00 mm.** Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT de diamètre nominal de 3,00 mm.	163 419	163 419

	Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493911308300, H7493911312300, H7493911316300, H7493911320300, H7493911324300, H7493911328300 et H7493911332300.		
3199634	**Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT, DIAM 3,50 mm.** Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT de diamètre nominal de 3,50 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493911308350, H7493911312350, H7493911316350, H7493911320350, H7493911324350, H7493911328350 et H7493911332350.	163 419	163 419
3115643	**Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT, DIAM 4,00 mm.** Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT de diamètre nominal de 4,00 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493911308400, H7493911312400, H7493911316400, H7493911320400, H7493911324400, H7493911328400 et H7493911332400.	123 904	123 904
3123654	**Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT LONG, DIAM 2,50 mm.** Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT LONG de diamètre nominal de 2,50 mm. Seule est prise en charge la référence suivante : H7493911338250.	123 904	123 904
3134712	**Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT LONG, DIAM 2,75 mm.** Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT LONG de diamètre nominal de 2,75 mm. Seule est prise en charge la référence suivante : H7493911338270.	123 904	123 904
3150763	**Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT LONG, DIAM 3,00 mm** Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT LONG de diamètre nominal de 3,00 mm. Seule est prise en charge la référence suivante : H7493911338300.	123 904	123 904
3190165	**Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT LONG, DIAM 3,50 mm** Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT LONG de diamètre nominal de 3,50 mm. Seule est prise en charge la référence suivante : H7493911338350.	123 904	123 904
3118883	**Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT LONG, DIAM 4,00 mm.** Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT LONG de diamètre nominal de 4,00 mm. Seule est prise en charge la référence suivante : H7493911338400.	123 904	123 904

TAXUS LIBERTE, TAXUS LIBERTE LONG et RESOLUTE INTEGRITY

La prise en charge des stents à libération contrôlée de principe actif TAXUS LIBERTE, TAXUS LIBERTE LONG et RESOLUTE INTEGRITY est assurée dans les conditions décrites ci-dessous.
La prise en charge est assurée dans le traitement de l'insuffisance coronaire imputable à des lésions de novo des artères coronaires natives chez certains sous-groupes de patients à haut risque de resténose (lésions > 15 mm, diamètre du vaisseau atteint < 3 mm ou chez les patients diabétiques).
Elle est également assurée dans certains cas d'insuffisance coronaire nécessitant une concertation pluridisciplinaire impliquant une équipe médico-chirurgicale pour le traitement de :
- l'occlusion coronaire totale (au-delà de 72 heures) dans la situation où il y a preuve de l'ischémie et lorsque la lésion apparaît franchissable avec un taux de succès raisonnable ;
- la première resténose intrastent clinique de stent nu (c'est-à-dire réapparition des symptômes ischémiques conduisant à une nouvelle revascularisation de l'artère) ;

- certaines lésions pluritronculaires de novo des artères coronaires natives (lésions > 15 mm, diamètre du vaisseau atteint < 3 mm ou chez les patients diabétiques) accessibles à l'angioplastie et lorsque le risque chirurgical est élevé après discussion médico-chirurgicale des alternatives de revascularisation en tenant compte des facteurs de risque évalués (Euroscore et score SYNTAX).
Sont exclus les patients présentant une fraction d'éjection ventriculaire gauche < 30 %, une intolérance au traitement antiagrégant plaquettaire, à l'héparine, au métal composant la plate-forme du stent ou au produit de contraste angiographique et les femmes enceintes.
Sont exclues les sténoses du tronc commun gauche non protégé ; les lésions présentant des calcifications ne pouvant être prédilatées par ballon ou athérectomie rotationnelle.
En l'absence de validation clinique, les lésions de bifurcation et les sténoses de l'interventriculaire antérieure proximale ne constituent pas à elles seules des situations où une endoprothèse coronaire à libération de principe actif puisse être indiquée.
La sténose de greffons veineux n'est pas une indication à l'emploi des endoprothèses coronaires à libération de principe actif.
Le nombre maximal d'unités prises en charge est d'1 stent par patient sauf en cas de dissection occlusive aiguë (3 unités par patient peuvent être prises en charge, au maximum). Dans les lésions pluritronculaires, la prise en charge est au maximum de 3 stents par patient.
La durée recommandée de la bithérapie antiplaquettaire après pose d'un stent actif est comprise entre 6 et 12 mois.
En raison de la nécessité de la bithérapie antiplaquettaire, l'intérêt thérapeutique des stents actifs est reconnu sous réserve que les conditions suivantes soient respectées :
- information au préalable des patients sur la nécessité de poursuivre la bithérapie antiplaquettaire entre 6 et 12 mois (observance au traitement antiagrégant plaquettaire) et sur la difficulté de bénéficier des conditions chirurgicales ;
- attribution systématique d'une carte au patient précisant le nom, la date de pose du stent et du traitement antiagrégant plaquettaire à suivre (avec sa durée souhaitée) ;
- concertation pluridisciplinaire incluant l'anesthésiste, le chirurgien et le cardiologue pour valider toutes décisions d'arrêt ou de maintien des agents antiagrégants plaquettaires, notamment en cas d'intervention chirurgicale (le risque thrombotique est majeur par effet rebond en cas d'arrêt du traitement). L'arrêt temporaire des antiagrégants plaquettaires expose à un risque accru d'événement vasculaire et doit faire l'objet d'une réflexion sur le bénéfice/risque et la date de reprise du traitement.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3164618	**Endoprothèse coronaire, stent à lib. de paclitaxel, Boston, TAXUS LIB, DIAM 2,25 mm.** Endoprothèse coronaire, stent à libération de paclitaxel TAXUS LIBERTÉ diamètre 2,25 mm. Seules sont prises en charge les références H749389408220, H7493894012220, H7493894016220, H7493894020220, H7493894024220, H7493894028220, H7493894032220.	163 419	163 419
3147790	**Endoprothèse coronaire, stent à lib. de paclitaxel, Boston, TAXUS LIB, DIAM 2,5 mm.** Stent à libération de paclitaxel TAXUS LIBERTÉ. Seules sont prises en charge les références H749389408250, H7493894012250, H7493894016250, H7493894020250, H7493894024250, H7493894028250, H7493894032250.	163 419	163 419
3134669	**Endoprothèse coronaire, stent à lib. de paclitaxel, Boston, TAXUS LIB, DIAM 2,75 mm.** Stent à libération de paclitaxel TAXUS LIBERTÉ.	163 419	163 419

	Seules sont prises en charge les références H749389408270, H7493894012270, H7493894016270, H7493894020270, H7493894024270, H7493894028270, H7493894032270.		
3147867	**Endoprothèse coronaire, stent à lib. de paclitaxel, Boston, TAXUS LIB, DIAM 3,0 mm.** Stent à libération de paclitaxel TAXUS LIBERTÉ. Seules sont prises en charge les références H749389408300, H7493894012300, H7493894016300, H7493894020300, H7493894024300, H7493894028300, H7493894032300.	163 419	163 419
3168190	**Endoprothèse coronaire, stent à lib. de paclitaxel, Boston, TAXUS LIB, DIAM 3,5 mm.** Stent à libération de paclitaxel TAXUS LIBERTÉ. Seules sont prises en charge les références H749389408350, H7493894012350, H7493894016350, H7493894020350, H7493894024350, H7493894028350, H7493894032350.	163 419	163 419
3130192	**Endoprothèse coronaire, stent à lib. de paclitaxel, Boston, TAXUS LIB, DIAM 4,0 mm.** Endoprothèse coronaire, stent à libération de paclitaxel TAXUS LIBERTÉ diamètre 4,00 mm. Seules sont prises en charge les références H749389408400, H7493894012400, H7493894016400, H7493894020400, H7493894024400, H7493894028400, H7493894032400.	163 419	163 419
3133486	**Endoprothèse coronaire, stent lib. paclitaxel, Boston, TAXUS LIB.LONG, DIAM 2,75 mm.** Stent à libération de paclitaxel TAXUS LIBERTÉ LONG. Seule est prise en charge la référence H7493894038270.	163 419	163 419
3108293	**Endoprothèse coronaire, stent lib. paclitaxel, Boston, TAXUS LIB.LONG, DIAM 3,00 mm.** Stent à libération de paclitaxel TAXUS LIBERTÉ LONG. Seule est prise en charge la référence H7493894038300.	163 419	163 419
3181284	**Endoprothèse coronaire, stent lib. paclitaxel, Boston, TAXUS LIB.LONG, DIAM 3,50 mm.** Stent à libération de paclitaxel TAXUS LIBERTÉ LONG. Seule est prise en charge la référence H7493894038350.	163 419	163 419
3164529	**Endoprothèse coronaire, stent lib. paclitaxel, Boston, TAXUS LIB.LONG, DIAM 4,00 mm.** Stent à libération de paclitaxel TAXUS LIBERTÉ LONG. Seule est prise en charge la référence H7493894038400.	163 419	163 419
3175148	**Endoprothèse coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, RESOLUTE INTEGRITY, 2,25 mm.** Stent à libération de zotarolimus RESOLUTE INTEGRITY de diamètre nominal de 2,25 mm. Seules sont prises en charge les références : RSINT22508X, RSINT22512X, RSINT22514X, RSINT22518X, RSINT22522X, RSINT22526X et RSINT22530X.	123 904	123 904
3102072	**Endoprothèse coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, RESOLUTE INTEGRITY, 2,5 mm.** Stent à libération de zotarolimus RESOLUTE INTEGRITY de diamètre nominal de 2,50 mm. Seules sont prises en charge les références : RSINT25008X, RSINT25012X, RSINT25014X, RSINT25018X, RSINT25022X, RSINT25026X et RSINT25030X.	123 904	123 904

3138822	**Endoprothèse coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, RESOLUTE INTEGRITY, 2,75 mm.** Stent à libération de zotarolimus RESOLUTE INTEGRITY de diamètre nominal de 2,75 mm. Seules sont prises en charge les références : RSINT27508X, RSINT27512X, RSINT27514X, RSINT27518X, RSINT27522X, RSINT27526X et RSINT27530X	123 904	123 904
3124352	**Endoprothèse coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, RESOLUTE INTEGRITY, 3,5 mm.** Stent à libération de zotarolimus RESOLUTE INTEGRITY de diamètre nominal de 3,50 mm. Seules sont prises en charge les références : RSINT35009X, RSINT35012X, RSINT35015X, RSINT35018X, RSINT35022X, RSINT35026X, RSINT35030X, RSINT35034X et RSINT35038X	123 904	123 904
3125943	**Endoprothèse coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, RESOLUTE INTEGRITY, 4 mm.** Stent à libération de zotarolimus RESOLUTE INTEGRITY de diamètre nominal de 4,00 mm. Seules sont prises en charge les références : RSINT40009X, RSINT40012X, RSINT40015X, RSINT40018X, RSINT40022X, RSINT40026X, RSINT40030X, RSINT40034X et RSINT40038X	123 904	123 904

CYPHER SELECT PLUS et TAXUS ELEMENT

La prise en charge des stents à libération contrôlée de principe actif CYPHER SELECT PLUS et TAXUS ELEMENT est assurée dans les conditions décrites ci-dessous.

Indications prises en charge :

Traitement de l'insuffisance coronaire imputable à des lésions de novo des artères coronaires natives chez certains sous-groupes de patients à haut risque de resténose (lésions > 15 mm, diamètre du vaisseau atteint < 3 mm ou chez les patients diabétiques).

Certains cas d'insuffisance coronaire nécessitant une concertation pluridisciplinaire impliquant une équipe médico-chirurgicale pour le traitement de :

- l'occlusion coronaire totale (au-delà de 72 heures) dans la situation où il y a preuve de l'ischémie et lorsque la lésion apparaît franchissable avec un taux de succès raisonnable ;
- la première resténose intrastent clinique de stent nu (c'est-à-dire réapparition des symptômes ischémiques conduisant à une nouvelle revascularisation de l'artère) ;
- certaines lésions pluritronculaires de novo des artères coronaires natives (lésions > 15 mm, diamètre du vaisseau atteint < 3 mm ou chez les patients diabétiques) accessibles à l'angioplastie et lorsque le risque chirurgical est très élevé après discussion médico-chirurgicale des alternatives de revascularisation en tenant compte des facteurs de risque évalués (Euroscore et score SYNTAX);
- la sténose du tronc commun gauche non protégé dans certains cas où l'angioplastie pourra être envisagée après discussion médico-chirurgicale.

Sont exclus les patients ayant une fraction d'éjection ventriculaire gauche < 30 %, une intolérance au traitement antiagrégant plaquettaire, à l'héparine, au métal composant la plate-forme du stent ou au produit de contraste angiographique et les femmes enceintes.

Sont également exclues les lésions présentant des calcifications ne pouvant être prédilatées par ballon ou athérectomie rotationnelle.

En l'absence de validation clinique, les lésions de bifurcation et les sténoses de l'interventriculaire antérieure proximale ne constituent pas à elles seules des situations où une endoprothèse coronaire à libération de principe actif puisse être indiquée. La sténose de greffons veineux n'est pas une indication à l'emploi des endoprothèses coronaires à libération de principe actif.

Conditions de prescription et d'utilisation :
Le nombre maximal d'unités prises en charge est de 1 stent par patient sauf en cas de dissection occlusive aiguë (3 unités par patient peuvent être prises en charge, au maximum). Dans les lésions pluritronculaires, la prise en charge est au maximum de 3 stents par patient.
La durée minimale de la bithérapie antiplaquettaire recommandée est de 12 mois. En raison de la nécessité de la bithérapie antiplaquettaire, l'intérêt thérapeutique des stents actifs est reconnu sous réserve que les conditions suivantes soient respectées :
- information au préalable des patients sur la nécessité de poursuivre la bithérapie antiplaquettaire pendant un an (observance au traitement antiagrégant plaquettaire) et sur la difficulté de bénéficier des conditions chirurgicales (absence de chirurgie programmée dans les 12 mois) ;
- attribution systématique d'une carte au patient précisant le nom, la date de pose du stent et du traitement antiagrégant plaquettaire à suivre (avec sa durée souhaitée).
En cas d'actes chirurgicaux survenant dans l'année suivant la pose d'un stent, concertation pluridisciplinaire entre opérateur, anesthésiste et cardiologue sur la conduite à tenir avec bilan préopératoire et modalités de prise en charge (avec information au patient).

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3111705	**Endoprothèse coronaire, stent à libération paclitaxel, Boston, TAXUS ELEM, DIAM 2,25 mm.** Endoprothèse coronaire, stent à libération de paclitaxel TAXUS ELEMENT diamètre 2,25 mm de la société Boston Scientific SAS. Seules sont prises en charge les références : H7493902508220, H7493902512220, H7493902516220, H7493902520220, H7493902524220, H7493902528220, H7493902532220.	123 904	123 904
3116424	**Endoprothèse coronaire, stent lib. paclitaxel, Boston, TAXUS ELEM, DIAM 2,50 mm.** Endoprothèse coronaire, stent à libération de paclitaxel TAXUS ELEMENT diamètre 2,50 mm de la société Boston Scientific SAS. Seules sont prises en charge les références : H7493902508250, H7493902512250, H7493902516250, H7493902520250, H7493902524250, H7493902528250, H7493902532250, H7493902538250.	123 904	123 904
3146187	**Endoprothèse coronaire, stent lib. paclitaxel, Boston TAXUS ELEM, DIAM 2,75 mm.** Endoprothèse coronaire, stent à libération de paclitaxel TAXUS ELEMENT diamètre 2,75 mm de la société Boston Scientific SAS. Seules sont prises en charge les références : H7493902508270, H7493902512270, H7493902516270, H7493902520270, H7493902524270, H7493902528270, H7493902532270, H7493902538270.	123 904	123 904
3166764	**Endoprothèse coronaire, stent lib. paclitaxel, Boston, TAXUS ELEM, DIAM 3,00 mm.** Endoprothèse coronaire, stent à libération de paclitaxel TAXUS ELEMENT diamètre 3,00 mm de la société Boston Scientific SAS. Seules sont prises en charge les références : H7493902508300, H7493902512300, H7493902516300, H7493902520300, H7493902524300, H7493902528300, H7493902532300, H7493902538300.	123 904	123 904
3153098	**Endoprothèse coronaire, stent lib. paclitaxel, Boston, TAXUS ELEM, DIAM 3,50 mm.** Endoprothèse coronaire, stent à libération de paclitaxel TAXUS ELEMENT diamètre 3,50 mm de la société Boston Scientific SAS.	123 904	123 904

	Seules sont prises en charge les références : H7493902508350, H7493902512350, H7493902516350, H7493902520350, H7493902524350, H7493902528350, H7493902532350, H7493902538350.		
3108695	**Endoprothèse coronaire, stent lib. paclitaxel, Boston, TAXUS ELEM, DIAM 4,00 mm.** Endoprothèse coronaire, stent à libération de paclitaxel TAXUS ELEMENT diamètre 4,00 mm de la société Boston Scientific SAS. Seules sont prises en charge les références : H7493902508400, H7493902512400, H7493902516400, H7493902520400, H7493902524400, H7493902528400, H7493902532400, H7493902538400	123 904	123 904
3167700	**Endoprothèse coronaire, stent à libération paclitaxel, Boston, TAXUS ELEM, DIAM 4,5 mm.** Endoprothèse coronaire, stent à libération de paclitaxel TAXUS ELEMENT diamètre 4,5 mm de la société Boston Scientific SAS. Seules sont prises en charge les références : H7493902512450, H7493902516450, H7493902520450, H7493902524450, H7493902528450, H7493902532450.	123 904	123 904
3126055	**Endoprothèse coronaire, stent à libération paclitaxel, Boston, TAXUS ELEM, DIAM 5,00 mm.** Endoprothèse coronaire, stent à libération de paclitaxel TAXUS ELEMENT diamètre 5,00 mm de la société Boston Scientific SAS. Seules sont prises en charge les références : H7493902512500, H7493902516500, H7493902520500, H7493902524500, H7493902528500, H7493902532500.	123 904	123 904

XIENCE V, XIENCE PRIME, XIENCE XPEDITION, PROMUS ELEMENT et PROMUS PREMIER

La prise en charge des stents à libération contrôlée de principe actif XIENCE V, XIENCE PRIME, XIENCE XPEDITION est assurée dans les conditions décrites ci-dessous :

Indications :

- traitement de l'insuffisance coronaire imputable à des lésions *de novo* des artères coronaires natives chez certains sous-groupes de patients à haut risque de resténose (lésions >15 mm, diamètre du vaisseau atteint < 3 mm ou chez les patients diabétiques);
- certains cas d'insuffisance coronaire nécessitant une concertation pluridisciplinaire impliquant une équipe médico-chirurgicale :
- traitement de certaines lésions pluritronculaires *de novo* des artères coronaires natives (lésions>15 mm, diamètre du vaisseau atteint <3 mm ou chez les patients diabétiques) accessibles à l'angioplastie et lorsque le risque chirurgical est élevé après discussion médicochirurgicale des alternatives de revascularisation en tenant compte des facteurs de risque évalués (Euroscore et score SYNTAX);
- traitement de la sténose du tronc commun gauche non protégé dans certains cas où l'angioplastie pourra être envisagée après discussion médico-chirurgicale;
- traitement de l'occlusion coronaire totale (au-delà de 72 heures) dans la situation où il y a preuve de l'ischémie et lorsque la lésion apparaît franchissable avec un taux de succès raisonnable;
- traitement de la première resténose intrastent clinique de stent nu (c'est-à-dire réapparition des symptômes ischémiques conduisant à une nouvelle revascularisation de l'artère);
- traitement de la première resténose intrastent clinique de stent actif concernant des lésions de plus de 10 mm de longueur (c'est-à- dire réapparition des symptômes ischémiques conduisant à une nouvelle revascularisation de l'artère);
- sont exclues les patients ayant une fraction d'éjection ventriculaire gauche < 30 %, une intolérance au traitement antiagrégant plaquettaire, à l'héparine, au métal composant la plate-forme du stent ou au produit de contraste angiographique et les femmes enceintes;

- sont également exclues les lésions présentant des calcifications ne pouvant être prédilatées par ballon ou athérectomie rotationnelle;
- en l'absence de validation clinique, les lésions de bifurcation, et les sténoses de l'interventriculaire antérieure proximale ne constituent pas à elles seules des situations où une endoprothèse coronaire à libération de principe actif puisse être indiquée. La sténose de greffons veineux n'est pas une indication à l'emploi des endoprothèses à libération de principe actif.

Modalités de prescription et d'utilisation :

La durée recommandée de la bithérapie antiplaquettaire après pose d'un stent actif est comprise entre six et douze mois.

En raison de la nécessité de la bithérapie antiplaquettaire, l'intérêt thérapeutique des stents actifs est reconnu sous réserve que les conditions suivantes soient respectées :

- information au préalable des patients sur la nécessité de poursuivre la bithérapie antiplaquettaire entre six et douze mois (observance au traitement antiagrégant plaquettaire) et sur la difficulté de bénéficier des conditions chirurgicales;
- attribution systématique d'une carte au patient précisant le nom, la date de pose du stent et du traitement antiagrégant plaquettaire à suivre (avec sa durée souhaitée);
- concertation pluridisciplinaire incluant l'anesthésiste, le chirurgien et le cardiologue pour valider toutes décisions d'arrêt ou de maintien des agents antiagrégants plaquettaires notamment en cas d'intervention chirurgicale (le risque thrombotique est majeur par effet rebond en cas d'arrêt du traitement). L'arrêt temporaire des antiagrégants plaquettaires expose à un risque accru d'évènement vasculaire et doit faire l'objet d'une réflexion sur le bénéfice/risque et la date de reprise du traitement.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3124955	**Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, ABBOTT, XIENCE V, DIAM 2,25 mm.** Stent à libération d'everolimus XIENCE V de diamètre nominal de 2,25 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1009532-08, 1009532-12, 1009532-15, 1009532-18, 1009532-23, 1009532-28.	123 904	123 904
3121260	**Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, ABBOTT, XIENCE V, DIAM 2,5 mm.** Stent à libération d'everolimus XIENCE V de diamètre nominal de 2,5 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1009527-08, 1009527-12, 1009527-15, 1009527-18, 1009527-23, 1009527-28.	123 904	123 904
3133931	**Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, ABBOTT, XIENCE V, DIAM 2,75 mm.** Stent à libération d'everolimus XIENCE V de diamètre nominal de 2,75 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1009528-08, 1009528-12, 1009528-15, 1009528-18, 1009528-23, 1009528-28.	123 904	123 904
3147784	**Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, ABBOTT, XIENCE V, DIAM 3,0 mm.** Stent à libération d'everolimus XIENCE V de diamètre nominal de 3,0 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1009529-08, 1009529-12, 1009529-15, 1009529-18, 1009529-23, 1009529-28.	123 904	123 904
3154761	**Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, ABBOTT, XIENCE V, DIAM 3,5 mm.** Stent à libération d'everolimus XIENCE V de diamètre nominal de 3,5 mm.	123 904	123 904

	Seules sont prises en charge les références suivantes : 1009530-08, 1009530-12, 1009530-15, 1009530-18, 1009530-23, 1009530-28.		
3145816	**Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, ABBOTT, XIENCE V, DIAM 4,0 m.** Stent à libération d'everolimus XIENCE V de diamètre nominal de 4,0 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1009531-08, 1009531-12, 1009531-15, 1009531-18, 1009531-23, 1009531-28.	123 904	123 904
3197730	**Endoprothèse coronaire, stent lib. everolimus, ABBOTT, XIENCE PRIME, DIAM 2,25 mm.** Stent à libération d'everolimus XIENCE PRIME de diamètre nominal de 2,25 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1011706-08, 1011706-12, 1011706-15, 1011706-18, 1011706-23, 1011706-28.	123 904	123 904
3150510	**Endoprothèse coronaire, stent lib. everolimus, ABBOTT, XIENCE PRIME, DIAM 2,50 mm.** Stent à libération d'everolimus XIENCE PRIME de diamètre nominal de 2,5 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1011707-08, 1011707-12, 1011707-15, 1011707-18, 1011707-23, 1011707-28, 1011707-33, 1011707-38.	123 904	123 904
3186666	**Endoprothèse coronaire, stent lib. everolimus, ABBOTT, XIENCE PRIME, DIAM 2,75 mm.** Stent à libération d'everolimus XIENCE PRIME de diamètre nominal de 2,75 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1011708-08, 1011708-12, 1011708-15, 1011708-18, 1011708-23, 1011708-28, 1011708-33 et 1011708-38.	123 904	123 904
3113288	**Endoprothèse coronaire, stent lib. everolimus, ABBOTT, XIENCE PRIME, DIAM 3,00 mm.** Stend à libération d'everolimus XIENCE PRIME de diamètre nominal de 3 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1011709-08, 1011709-12, 1011709-15, 1011709-18, 1011709-23, 1011709-28, 1011709-33, 1011709-38.	123 904	123 904
3119581	**Endoprothèse coronaire, stent lib. everolimus, ABBOTT, XIENCE PRIME, DIAM 3,50 mm.** Stend à libération d'everolimus XIENCE PRIME de diamètre nominal de 3,5 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1011710-08, 1011710-12, 1011710-15, 1011710-18, 1011710-23, 1011710-28, 1011710-33, 1011710-38.	123 904	123 904
3165670	**Endoprothèse coronaire, stent lib. everolimus, ABBOTT, XIENCE PRIME, DIAM 4,00 mm.** Stend à libération d'everolimus XIENCE PRIME de diamètre nominal de 4 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1011711-08, 1011711-12, 1011711-15, 1011711-18, 1011711-23, 1011711-28, 1011711-33, 1011711-38.	123 904	123 904
3186844	**Endopot coronaire, stent lib d'everolimus, ABBOTT, XIENCE XPEDITION, DIAM 2,25 mm.** Stent à libération d'everolimus XIENCE XPEDITION de diamètre nominal de 2,25 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1070225-08, 1070225-12, 1070225-15, 1070225-18, 1070225-23 et 1070225-28	123 904	123 904
3164624	**Endoprot coronaire, stent lib d'everolimus, ABBOTT, XIENCE XPEDITION, DIAM 2,5 mm.** Stent à libération d'everolimus XIENCE XPEDITION de diamètre nominal de 2,5 mm.	123 904	123 904

	Seules sont prises en charge les références suivantes : 1070250-08, 1070250-12, 1070250-15, 1070250-18, 1070250-23, 1070250-28, 1070250-33 et 1070250-38		
3115175	**Endoprot coronaire, stent lib d'everolimus, ABBOTT, XIENCE XPEDITION, DIAM 2,75 mm.** Stent à libération d'everolimus XIENCE XPEDITION de diamètre nominal de 2,75 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1070275-08, 1070275-12, 1070275-15, 1070275-18, 1070275-23, 1070275-28, 1070275-33 et 1070275-38	123 904	123 904
3180600	**Endoprot coronaire, stent lib d'everolimus, ABBOTT, XIENCE XPEDITION, DIAM 3,0 mm.** Stent à libération d'everolimus XIENCE XPEDITION de diamètre nominal de 3,0 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1070300-08, 1070300-12, 1070300-15, 1070300-18, 1070300-23, 1070300-28, 1070300-33 et 1070300-38	123 904	123 904
3104881	**Endoprot coronaire, stent lib d'everolimus, ABBOTT, XIENCE XPEDITION, DIAM 3,25 mm.** Stent à libération d'everolimus XIENCE XPEDITION de diamètre nominal de 3,25 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1070325-08, 1070325-12, 1070325-15, 1070325-18, 1070325-23, 1070325-28, 1070325-33 et 1070325-38	123 904	123 904
3152779	**Endoprot coronaire, stent lib d'everolimus, ABBOTT, XIENCE XPEDITION, DIAM 3,5 mm.** Stent à libération d'everolimus XIENCE XPEDITION de diamètre nominal de 3,5 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1070350-08, 1070350-12, 1070350-15, 1070350-18, 1070350-23, 1070350-28, 1070350-33 et 1070350-38	123 904	123 904
3165173	**Endoprot coronaire, stent lib everolimus, ABBOTT, XIENCE XPEDITION, DIAM 4,0 mm.** Stent à libération d'everolimus XIENCE XPEDITION de diamètre nominal de 4,0 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1070400-08, 1070400-12, 1070400-15, 1070400-18, 1070400-23, 1070400-28, 1070400-33 et 1070400-38	123 904	123 904
3103864	**Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT PLUS, DIAM 2,25 mm.** Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT PLUS de diamètre nominal de 2,25 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493918408220, H7493918412220, H7493918416220, H7493918420220, H7493918424220, H7493918428220 et H7493918432220.	123 904	123 904
3150421	**Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT PLUS, DIAM 2,50 mm.** Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT PLUS de diamètre nominal de 2,50 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493918408250, H7493918412250, H7493918416250, H7493918420250, H7493918424250, H7493918428250, H7493918432250 et H7493918438250.	123 904	123 904
3135960	**Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT PLUS, DIAM 2,75 mm.** Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT PLUS de diamètre nominal de 2,75 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493918408270, H7493918412270, H7493918416270, H7493918420270, H7493918424270, H7493918428270, H7493918432270 et H7493918438270.	123 904	123 904

3192164	**Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT PLUS, DIAM 3,00 mm** Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT PLUS de diamètre nominal de 3,00 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493918408300, H7493918412300, H7493918416300, H7493918420300, H7493918424300, H7493918428300, H7493918432300 et H7493918438300.	123 904	123 904
3145294	**Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT PLUS, DIAM 3,50 mm** Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT PLUS de diamètre nominal de 3,50 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493918408350, H7493918412350, H7493918416350, H7493918420350, H7493918424350, H7493918428350, H7493918432350 et H7493918438350.	123 904	123 904
3164392	**Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT PLUS, DIAM 4,00 mm** Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT PLUS de diamètre nominal de 4,00 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493918408400, H7493918412400, H7493918416400, H7493918420400, H7493918424400, H7493918428400, H7493918432400 et H7493918438400.	123 904	123 904

ORSIRO

La prise en charge des stents à libération de principe actif Orsiro est assurée dans les conditions décrites ci-dessous.
La prise en charge est assurée pour le traitement de l'insuffisance coronaire imputable à des lésions *de novo* des artères coronaires natives chez certains sous-groupes de patients à haut risque de resténose (lésions > 15 mm, diamètre du vaisseau atteint < 3 mm ou chez les patients diabétiques).
Sont exclus les patients ayant un infarctus du myocarde datant de moins de 72 heures, une fraction d'éjection ventriculaire gauche < 30%, une intolérance au traitement antiagrégant plaquettaire, à l'héparine, au métal composant la plate-forme du stent ou au produit de contraste angiographique et les femmes enceintes.
Sont également exclues les sténoses du tronc commun gauche non protégé, les lésions pluritronculaires ou celles présentant des calcifications ne pouvant être prédilatées par ballon ou athérectomie rotationnelle.
En l'absence de validation clinique, les lésions de bifurcation et les sténoses de l'interventriculaire antérieure proximale ne constituent pas à elles seules des situations où une endoprothèse coronaire à libération de principe actif puisse être indiquée. La sténose de greffons veineux n'est pas une indication à l'emploi des endoprothèses à libération de principe actif.
Le nombre maximal d'unités prises en charge est de 1 stent par patient sauf en cas de dissection occlusive aiguë (3 unités par patient peuvent être prises en charge, au maximum).
La durée minimale de la bithérapie antiplaquettaire recommandée est de douze mois. En raison de la nécessité de la bithérapie antiplaquettaire, l'intérêt thérapeutique des stents actifs est reconnu sous réserve que les conditions suivantes soient respectées :
- information au préalable des patients sur la nécessité de poursuivre la bithérapie antiplaquettaire pendant un an (observance au traitement antiagrégant plaquettaire) et sur la difficulté de bénéficier des conditions chirurgicales (absence de chirurgie programmée dans les douze mois);
- attribution systématique d'une carte au patient précisant le nom, la date de pose du stent et du traitement antiagrégant plaquettaire à suivre (avec sa durée souhaitée);
- concertation pluridisciplinaire incluant l'anesthésiste, le chirurgien et le cardiologue pour valider toutes décisions d'arrêt ou de maintien des agents antiagrégants plaquettaires notamment en cas d'intervention chirurgicale (le risque thrombotique est majeur par effet rebond en cas d'arrêt du traitement). L'arrêt temporaire des

antiagrégants plaquettaires expose à un risque accru d'événement vasculaire et doit faire l'objet d'une réflexion sur le bénéfice/risque et la date de reprise du traitement.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3195843	**Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, Biotronik, Orsiro, diam. 2,25mm.** Stent à libération de sirolimus Orsiro de diamètre 2,25 mm, de la société Biotronik France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes: 364469, 364475, 364481, 364487, 364499, 364505, 364511, 391234 et 391238.	117 206	117 206
3139655	**Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, Biotronik, Orsiro, diam. 2,50mm.** Stent à libération de sirolimus Orsiro de diamètre 2,50 mm, de la société Biotronik France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes: 364470, 364476, 364482, 364488, 364500, 364506, 364512, 391235 et 391239.	117 206	117 206
3116507	**Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, Biotronik, Orsiro, diam. 2,75 mm.** Stent à libération de sirolimus Orsiro de diamètre 2,75 mm, de la société Biotronik France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 364471, 364477, 364483, 364489, 364501, 364507, 364513, 391236 et 391240.	117 206	117 206
3168384	**Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, Biotronik, Orsiro, diam. 3,00 mm.** Stent à libération de sirolimus Orsiro de diamètre 3,00 mm, de la société Biotronik France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 364472, 364478, 364484, 364490, 364502, 364508, 364514, 391237 et 391241.	117 206	117 206
3148588	**Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, Biotronik, Orsiro, diam. 3,50 mm.** Stent à libération de sirolimus Orsiro de diamètre 3,50 mm, de la société Biotronik France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 364473, 364479, 364485, 364491, 364503, 364509, 364515, 391018 et 391020.	117 206	117 206
3164825	**Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, Biotronik, Orsiro, diam. 4,00 mm.** Stent à libération de sirolimus Orsiro de diamètre 4,00 mm, de la société Biotronik France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 364474, 364480, 364486, 364492, 364504, 364510, 364516, 391019 et 391021.	117 206	117 206

COROFLEX ISAR, COROFLEX ISAR NEO

La prise en charge des stents à libération contrôlée de principe actif COROFLEX ISAR et COROFLEX ISAR NEO est assurée dans les conditions décrites ci-dessous :

INDICATIONS PRISES EN CHARGE

- Insuffisance coronaire imputable à une ou des lésion (s) de novo d'une artère coronaire native ≥ 2,25 mm de diamètre dans toutes les situations de la maladie coronaire (maladie stable, SCA).
- Dans les situations particulières suivantes, après discussion médico-chirurgicale (au minimum un cardiologue interventionnel, un chirurgien cardiaque et, au

mieux, le cardiologue référent et un anesthésiste) des alternatives de revascularisation :
- Lésions pluritronculaires de novo d'artères coronaires natives ≥ 2,25 mm de diamètre lorsque la revascularisation complète par angioplastie est possible : score de complexité anatomique (SYNTAX) faible ou risque chirurgical élevé (évalué selon les co-morbidités associées) ;
- Occlusion coronaire totale de plus de 72h
MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION
- Le nombre d'unités implanté doit se faire dans le respect des conditions de protection liées à la procédure d'angioplastie (contre les rayonnements ionisants et la néphrotoxicité).
- La prise en charge doit être assurée avec un code LPP pour chaque diamètre et longueur de stent. La durée de la bithérapie antiagrégante plaquettaire est d'au minimum 6 mois. Elle peut être adaptée notamment en cas de risque hémorragique élevé après prise en compte du risque ischémique.
- La prise en charge est recommandée sous réserve des conditions suivantes :
- Information au préalable des patients sur la nécessité de poursuivre la bithérapie antiplaquettaire (observance au traitement antiagrégant plaquettaire) ;
- Attribution systématique d'une carte au patient précisant le nom, la date de pose du stent et du traitement antiagrégant plaquettaire à suivre (avec sa durée souhaitée) ;
- Concertation pluridisciplinaire incluant l'anesthésiste, le chirurgien et le cardiologue pour valider toutes décisions d'arrêt ou de maintien des agents antiagrégants plaquettaires notamment en cas d'intervention chirurgicale (le risque thrombotique est majeur par effet rebond en cas d'arrêt du traitement).
- L'arrêt temporaire des antiagrégants plaquettaires expose à un risque accru d'évènement vasculaire et doit faire l'objet d'une réflexion sur le bénéfice/risque et la date de reprise du traitement.

Code	**Nomenclature**	**Tarif en F.CFP**	**PLV en F.CFP TTC**
3153081	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, B BRAUN, COROFLEX ISAR NEO, DIAM 2,25 Stent à libération de sirolimus COROFLEX ISAR NEO, de diamètre 2,25 mm, de la société B. BRAUN MEDICAL SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 5028911 ; 5028918 ; 5028925 ; 5028932 ; 5028939 ; 5028946 ; 5028953 ; 5028960.	84 389	84 389
3192796	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, B BRAUN, COROFLEX ISAR NEO, DIAM 2,50 Stent à libération de sirolimus COROFLEX ISAR NEO, de diamètre 2,50 mm, de la société B. BRAUN MEDICAL SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 5028912 ; 5028919 ; 5028926 ; 5028933 ; 5028940 ; 5028947 ; 5028954 ; 5028961.	84 389	84 389
3161844	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, B BRAUN, COROFLEX ISAR NEO, DIAM 2,75 Stent à libération de sirolimus COROFLEX ISAR NEO, de diamètre 2,75 mm, de la société B. BRAUN MEDICAL SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 5028913 ; 5028920 ; 5028927 ; 5028934 ; 5028941 ; 5028948 ; 5028955 ; 5028962.	84 389	84 389
3182289	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, B BRAUN, COROFLEX ISAR NEO, DIAM 3,00	84 389	84 389

	Stent à libération de sirolimus COROFLEX ISAR NEO, de diamètre 3,00 mm, de la société B. BRAUN MEDICAL SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 5028914 ; 5028921 ; 5028928 ; 5028935 ; 5028942 ; 5028949 ; 5028956 ; 5028963.		
3185320	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, B BRAUN, COROFLEX ISAR NEO, DIAM 3,50 Stent à libération de sirolimus COROFLEX ISAR NEO, de diamètre 3,50 mm, de la société B. BRAUN MEDICAL SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 5028915 ; 5028922 ; 5028929 ; 5028936 ; 5028943 ; 5028950 ; 5028957 ; 5028964.	84 389	84 389
3141853	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, B BRAUN, COROFLEX ISAR NEO, DIAM 4,00 Stent à libération de sirolimus COROFLEX ISAR NEO, de diamètre 4,00 mm, de la société B. BRAUN MEDICAL SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 5028916 ; 5028923 ; 5028930 ; 5028937 ; 5028944 ; 5028951 ; 5028958 ; 5028965.	84 389	84 389
3102942	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, B BRAUN, COROFLEX ISAR, DIAM 2,25 Stent à libération de sirolimus COROFLEX ISAR de diamètre 2,25 mm, de la société B. BRAUN MEDICAL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 5028701, 5028711, 5028721, 5028731, 5028741, 5028750, 5028766.	84 389	84 389
3131174	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, B BRAUN, COROFLEX ISAR, DIAM 2,50 Stent à libération de sirolimus COROFLEX ISAR de diamètre 2,50 mm, de la société B. BRAUN MEDICAL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 5028702, 5028712, 5028722, 5028732, 5028742, 5028751, 5028760.	84 389	84 389
3137159	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, B BRAUN, COROFLEX ISAR, DIAM 2,75 Stent à libération de sirolimus COROFLEX ISAR, de diamètre 2,75 mm, de la société B. BRAUN MEDICAL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 5028703, 5028713, 5028723, 5028733, 5028743, 5028767, 5028768.	84 389	84 389
3149085	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, B BRAUN, COROFLEX ISAR, DIAM 3,00 Stent à libération de sirolimus COROFLEX ISAR de diamètre 3,00 mm, de la société B. BRAUN MEDICAL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 5028704, 5028714, 5028724, 5028734, 5028744, 5028752, 5028761.	84 389	84 389
3102110	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, B BRAUN, COROFLEX ISAR, DIAM 3,50 Stent à libération de sirolimus COROFLEX ISAR de diamètre 3,50 mm, de la société B. BRAUN MEDICAL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 5028705, 5028715, 5028725, 5028735, 5028745, 5028753, 5028762.	84 389	84 389
3115933	Endoprothèse coronaire lib. sirolimus, B BRAUN, COROFLEX ISAR, DIAM 4,00 Stent à libération de sirolimus COROFLEX ISAR de diamètre 4,00 mm, de la société B. BRAUN MEDICAL.	84 389	84 389

	La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 5028706, 5028716, 5028726, 5028736, 5028746, 5028754, 5028763.		

PROMUS ELITE, PROMUS PREMIER, SYNERGY

La prise en charge des stents à libération contrôlée de principe actif PROMUS ELITE, PROMUS PREMIER, SYNERGY est assurée dans les conditions décrites ci-dessous :
INDICATIONS
- Insuffisance coronaire imputable à une ou des lésion (s) de novo d'une artère coronaire native de plus de 2,25 mm de diamètre dans toutes les situations de la maladie coronaire (maladie stable, SCA).
Dans les situations particulières suivantes après discussion médico-chirurgicale (au minimum un cardiologue interventionnel, un chirurgien cardiaque et, au mieux, le cardiologue référent et un anesthésiste) des alternatives de revascularisation :
- Lésions pluritronculaires de novo d'artères coronaires natives de plus de 2,25 mm de diamètre lorsque la revascularisation complète par angioplastie est possible : score de complexité anatomique (SYNTAX) faible ou risque chirurgical élevé (évalué selon les co-morbidités associées) ;
- Sténose du tronc commun non protégé dans certains cas où l'angioplastie pourra être envisagée notamment si score de complexité anatomique (SYNTAX) faible ou risque chirurgical élevé (en fonction des co-morbidités associées) ;
- Sténose de greffons veineux lorsque l'anatomie permet de réaliser une angioplastie ;
- Occlusion coronaire totale de plus de 72h ;
- Resténose intrastent clinique (réapparition des symptômes ischémiques conduisant à une nouvelle revascularisation de l'artère) pour un 1er stent implanté au niveau du site lésionnel
MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION
- Le nombre d'unités implanté doit se faire dans le respect des conditions de protection liées à la procédure d'angioplastie (contre les rayonnements ionisants et la néphrotoxicité).
- La prise en charge doit être assurée avec un code LPP pour chaque diamètre et longueur de stent. La durée de la bithérapie antiagrégante plaquettaire est d'au minimum 6 mois. Elle peut être adaptée notamment en cas de risque hémorragique élevé après prise en compte du risque ischémique
- La prise en charge est recommandée sous réserve des conditions suivantes :
- Information au préalable des patients sur la nécessité de poursuivre la bithérapie antiplaquettaire (observance au traitement antiagrégant plaquettaire) ;
- Attribution systématique d'une carte au patient précisant le nom, la date de pose du stent et du traitement antiagrégant plaquettaire à suivre (avec sa durée souhaitée) ;
- Concertation pluridisciplinaire incluant l'anesthésiste, le chirurgien et le cardiologue pour valider toutes décisions d'arrêt ou de maintien des agents antiagrégants plaquettaires notamment en cas d'intervention chirurgicale (le risque thrombotique est majeur par effet rebond en cas d'arrêt du traitement).
- L'arrêt temporaire des antiagrégants plaquettaires expose à un risque accru d'évènement vasculaire et doit faire l'objet d'une réflexion sur le bénéfice/risque et la date de reprise du traitement.

Code	**Nomenclature**	**Tarif en F.CFP**	**PLV en F.CFP TTC**
3171392	**Endoprothèse coronaire, stent lib. Everolimus, BOSTON, PROMUS ELITE, diam 2,25mm** Stent à libération d'everolimus PROMUS ELITE de diamètre 2,25 mm de la société Boston Scientific.	84 389	84 389

	La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493941308220 ; H7493941312220 ; H7493941316220 ; H7493941320220 ; H7493941324220 ; H7493941328220 ; H7493941332220.		
3181210	**Endoprothèse coronaire, stent lib. Everolimus, BOSTON, PROMUS ELITE, diam 2,50mm** Stent à libération d'everolimus PROMUS ELITE de diamètre 2,50 mm de la société Boston Scientific. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493941308250 ; H7493941312250 ; H7493941316250 ; H7493941320250 ; H7493941324250 ; H7493941328250 ; H7493941332250 ; H7493941338250.	84 389	84 389
3183350	**Endoprothèse coronaire, stent lib. Everolimus, BOSTON, PROMUS ELITE, diam 2,75mm** Stent à libération d'everolimus PROMUS ELITE de diamètre 2,75 mm de la société Boston Scientific. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493941308270 ; H7493941312270 ; H7493941316270 ; H7493941320270 ; H7493941324270 ; H7493941328270 ; H7493941332270 ; H7493941338270.	84 389	84 389
3153135	**Endoprothèse coronaire, stent lib. Everolimus, BOSTON, PROMUS ELITE, diam 3,00mm** Stent à libération d'everolimus PROMUS ELITE de diamètre 3,00 mm de la société Boston Scientific. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493941308300 ; H7493941312300 ; H7493941316300 ; H7493941320300 ; H7493941324300 ; H7493941328300 ; H7493941332300 ; H7493941338300.	84 389	84 389
3135255	**Endoprothèse coronaire, stent lib. Everolimus, BOSTON, PROMUS ELITE, diam 3,50mm** Stent à libération d'everolimus PROMUS ELITE de diamètre 3,50 mm de la société Boston Scientific. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493941308350 ; H7493941312350 ; H7493941316350 ; H7493941320350 ; H7493941324350 ; H7493941328350 ; H7493941332350 ; H7493941338350.	84 389	84 389
3134379	**Endoprothèse coronaire, stent lib. Everolimus, BOSTON, PROMUS ELITE, diam 4,00mm** Stent à libération d'everolimus PROMUS ELITE de diamètre 4,00 mm de la société Boston Scientific. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493941308400 ; H7493941312400 ; H7493941316400 ; H7493941320400 ; H7493941324400 ; H7493941328400 ; H7493941332400 ; H7493941338400.	84 389	84 389
3171950	**Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS PREMIER, diam 2,25mm** Stent à libération d'everolimus PROMUS PREMIER de diamètre de 2,25 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493925108220 ; H7493925112220 ; H7493925116220 ; H7493925120220 ; H7493925124220 ; H7493925128220 ; H7493925132220.	84 389	84 389
3121388	**Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS PREMIER, diam 2,50mm** Stent à libération d'everolimus PROMUS PREMIER de diamètre nominal de 2,50 mm Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493925108250 ; H7493925112250 ;	84 389	84 389

	H7493925116250 ; H7493925120250 ; H7493925124250 ; H7493925128250 ; H7493925132250 ; H7493925138250.		
3125469	**Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS PREMIER, diam 2,75mm** Stent à libération d'everolimus PROMUS PREMIER de diamètre nominal de 2,75 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493925108270 ; H7493925112270 ; H7493925116270 ; H7493925120270 ; H7493925124270 ; H7493925128270 ; H7493925132270 ; H7493925138270.	84 389	84 389
3140894	**Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS PREMIER, diam 3,00mm** Stent à libération d'everolimus PROMUS PREMIER de diamètre nominal de 3,00 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493925108300 ; H7493925112300 ; H7493925116300 ; H7493925120300 ; H7493925124300 ; H7493925128300 ; H7493925132300 ; H7493925138300.	84 389	84 389
3168289	**Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS PREMIER, diam 3,50mm** Stent à libération d'everolimus PROMUS PREMIER de diamètre nominal de 3,50 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493925108350 ; H7493925112350 ; H7493925116350 ; H7493925120350 ; H7493925124350 ; H7493925128350 ; H7493925132350 ; H7493925138350.	84 389	84 389
3133865	**Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS PREMIER, diam 4,00mm** Stent à libération d'everolimus PROMUS PREMIER de diamètre nominal de 4,00 mm de la société Boston Scientific. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493925108400 ; H7493925112400 ; H7493925116400 ; H7493925120400 ; H7493925124400 ; H7493925128400 ; H7493925132400 ; H7493925138400.	84 389	84 389
3179465	**Endoprothèse coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, SYNERGY, diam 2,25mm** Stent à libération d'everolimus SYNERGY de diamètre 2,25mm de la société Boston Scientific. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493926208220 ; H7493926212220 ; H7493926216220 ; H7493926220220 ; H7493926224220 ; H7493926228220 ; H7493926232220 ; H7493926238220.	84 389	84 389
3194269	**Endoprothèse coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, SYNERGY, diam 2,50mm** Stent à libération d'everolimus SYNERGY de diamètre 2,50mm de la société Boston Scientific. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493926208250 ; H7493926212250 ; H7493926216250 ; H7493926220250 ; H7493926224250 ; H7493926228250 ; H7493926232250 ; H7493926238250.	84 389	84 389
3136473	**Endoprothèse coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, SYNERGY, diam 2,75mm** Stent à libération d'everolimus SYNERGY de diamètre 2,75mm de la société Boston Scientific. La prise en charge est assurée pour les références suivantes :	84 389	84 389

	H7493926208270 ; H7493926212270 ; H7493926216270 ; H7493926220270 ; H7493926224270 ; H7493926228270 ; H7493926232270 ; H7493926238270.		
3101411	**Endoprothèse coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, SYNERGY, diam 3,00mm** Stent à libération d'everolimus SYNERGY de diamètre 3,00mm de la société Boston Scientific. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493926208300 ; H7493926212300 ; H7493926216300 ; H7493926220300 ; H7493926224300 ; H7493926228300 ; H7493926232300 ; H7493926238300.	84 389	84 389
3176892	**Endoprothèse coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, SYNERGY, diam 3,50mm** Stent à libération d'everolimus SYNERGY de diamètre 3,50mm de la société Boston Scientific. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493926208350 ; H7493926212350 ; H7493926216350 ; H7493926220350 ; H7493926224350 ; H7493926228350 ; H7493926232350 ; H7493926238350	84 389	84 389
3177740	**Endoprothèse coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, SYNERGY, diam 4,00mm** Stent à libération d'everolimus SYNERGY de diamètre 4,00mm de la société Boston Scientific. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493926208400 ; H7493926212400 ; H7493926216400 ; H7493926220400 ; H7493926224400 ; H7493926228400 ; H7493926232400 ; H7493926238400.	84 389	84 389
3165204	**Endoprothèse coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, SYNERGY, diam 4,50mm** Stent à libération d'everolimus SYNERGY de diamètre 4,50mm de la société Boston Scientific. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493926212450 ; H7493926216450 ; H7493926220450 ; H7493926224450 ; H7493926228450 ; H7493926232450.	84 389	84 389
3181226	**Endoprothèse coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, SYNERGY, diam 5,00mm** Stent à libération d'everolimus SYNERGY de diamètre 5,00mm de la société Boston Scientific. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493926212500 ; H7493926216500 ; H7493926220500 ; H7493926224500 ; H7493926228500 ; H7493926232500	84 389	84 389

3.2.1.2.4. Paragraphe 4 : Endoprothèses vasculaires périphériques

Descriptions génériques
Le nombre d'endoprothèse doit être adapté à la longueur et l'espacement des lésions. Un nombre limite de 3 endoprothèses par segment vasculaire est un maximum.
Le nombre d'endoprothèse doit tenir compte de la bilatéralité des lésions.
L'utilisation des endoprothèses doit respecter les conditions générales réglementant les conditions opératoires dans les établissements de santé : environnement interventionnel, conditions spécifiques à la radioprotection, conditions d'asepsie et de ventilation, plateau technique, etc.
La prise en charge des endoprothèses auto-expansibles ne doit pas exclure celle des implants de pontage. Plusieurs endoprothèses auto-expansibles peuvent être

utilisés au cours de la même intervention.
La pose d'une endoprothèse dans les artères rénales ou digestives doit être réalisée par des praticiens formés et ayant une activité régulière de cathétérisme des branches viscérales aortiques.
La pose d'endoprothèse en cas de coarctation doit être réalisée dans des centres disposant de l'autorisation de chirurgie cardiaque.
Par lésions symptomatiques on entend des lésions avec retentissement clinique, hémodynamique et/ou retentissement au niveau de la lésion ou en aval de celle-ci.
Les endoprothèses à libération de principe actif, nécessitant un suivi particulier, doivent être inscrites sous nom de marque et ne peuvent donc pas, par conséquent, s'inscrire sous les descriptions génériques relatives aux endoprothèses vasculaires suivantes :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3171535	**Endoprothèse nue auto-expansible** INDICATIONS PRISES EN CHARGE : - Traitement des lésions symptomatiques du membre supérieur, de l'aorte sous- diaphragmatique et du membre inférieur (occlusions, sténoses, dissections, anévrismes, fistules, ruptures) - Occlusion chronique (pose d'endoprothèse périphérique de 1ère intention discutée en fonction de la lésion : complexité, longueur, calcification, localisation) - Sténose résiduelle significative post-angioplastie (complications après dilatation : dissections, recoil) - Resténose significative (prolifération intimale) - Dissection, occlusion (complications après dilatation, traumatismes vasculaires non hémorragiques) - Traitement des lésions symptomatiques des artères rénales (occlusions, sténoses, anévrismes, dissections, ruptures) - Sténose résiduelle significative post-angioplastie (complications d'une angioplastie de l'artère rénale : dissection/recoil) - Syndrome de malperfusion rénale sur une dissection aortique (complications sur le parenchyme rénal d'une dissection aortique) - Anévrisme de l'artère rénale (technique de remodelage) - Resténose significative (prolifération intimale) - Traitement des lésions symptomatiques des artères digestives (occlusions, sténoses, anévrismes, dissections) - Sténose significative ou occlusion symptomatique des artères mésentériques - Sténose sur anastomose en cas de transplantation hépatique - Syndrome de malperfusion viscérale sur une dissection aortique (complications sur le parenchyme rénal d'une dissection aortique) - Resténose significative (prolifération intimale) - Anévrisme des artères digestives (technique de remodelage) - Traitement des coarctations : les endoprothèses ne doivent pas être utilisées dans des indications pédiatriques - Coarctation symptomatique - Recoarctation symptomatique	100 463	100 463

	- Traitement des sténoses ou occlusions d'une fistule artério-veineuse de dialyse - Complications (ruptures, dissections) - Échec d'angioplastie au ballon simple (sténose récurrente après angioplastie [veine de drainage]) - Traitement des complications de l'hypertension portale par la mise en place d'une anastomose intra-hépatique porto-cave par voie transjugulaire - en cas d'hémorragie par rupture de varices œsophagiennes ou gastriques récidivantes malgré un traitement conventionnel bien conduit, en cas d'échec de la prévention secondaire bien conduite. - en cas d'ascite réfractaire - de manière précoce dans les 72 h chez les patients à haut risque d'échec au traitement (Child-Pugh classe C < 14 points ou Child classe B et ayant une hémorragie en cours au moment de l'endoscopie des varices œsophagiennes, des varices œsogastriques de type 1, des varices œsogastriques de type 2) après un traitement initial pharmacologique ou endoscopique.		

3.2.1.2.4.1. Endoprothèses aortiques pour le traitement des anévrismes de l'aorte abdominale sous-rénale

La prise en charge est assurée pour les endoprothèses aortiques suivantes.

Société Endologix

Indications :
Anévrismes de l'aorte abdominale, quel que soit le risque chirurgical, tels que définis ci-dessous :
- AAA sous-rénal asymptomatique, dont le plus grand diamètre est supérieur à 5 cm ou a augmenté de 1 cm en 1 an, quel que soit la technique adoptée;
- AAA symptomatique ou compliqué quelle que soit sa taille;
- malgré l'absence de données scientifiques, il est possible de traiter un AAA sacciforme évolutif, dont le plus grand diamètre est inférieur à 5 cm. Le traitement ne sera proposé à un patient qu'à la condition que les critères anatomiques suivants soient respectés :
- collet sans thrombus circonférentiel ni calcifications majeures;
- collet proximal à bords parallèles : > 15 mm;
- angle du collet proximal :
- < 40° ; ou
- compris entre 40° et 60°, à la condition de bénéficier d'une longueur de collet supérieure à 20 mm.
La mise en place d'une endoprothèse de l'aorte abdominale ne doit pas entraîner l'exclusion volontaire d'artère(s) viscérale(s) fonctionnelle (s), y compris l'artère hypogastrique, en dehors de l'artère mésentérique inférieure.
Modalités de prescription et d'utilisation :
L'implantation de l'endoprothèse POWERLINK doit être réalisée conformément aux recommandations émises par la HAS/ANSM incluant, entre autres :
- la nécessité d'informer les patients des avantages et les inconvénients des deux techniques et des incertitudes à long terme, et l'évolutivité possible de l'AAA. Pour permettre un choix éclairé impliquant le patient, une notice d'information au patient a été validée, destinée à être mise à la disposition des praticiens;
- l'environnement opératoire: la pose d'une endoprothèse aortique abdominale ne doit être envisagée que dans un centre pluridisciplinaire regroupant des activités chirurgicale et radiologique. Ce centre doit avoir une pratique régulière de la chirurgie vasculaire, des thérapeutiques endovasculaires et des explorations

radiologiques à visée vasculaire. La collaboration radio- chirurgicale est recommandée. La salle où se déroule la pose doit répondre à des critères de qualité chirurgicale permettant une intervention majeure et radiologique
(traitement numérisé de l'image avec un mode soustraction, matériel et salle de cathétérisme conforme à un bloc opératoire en termes d'asepsie, injecteur de produit de contraste, respect des contraintes de radioprotection du personnel). Il est important de rappeler les conditions dans lesquelles devront être pratiqués ces interventions afin d'assurer une sécurité optimale au patient. Pour les centres débutants, l'assistance d'un médecin tuteur est recommandée pour la mensuration et la pose des 6 premiers implants.
La surveillance du patient est obligatoire à long terme. En son absence le traitement ne peut pas être considéré comme complet. Cette surveillance est sous la responsabilité de l'implanteur selon un calendrier précis dont le patient aura été informé. Ces examens se dérouleront conformément aux recommandations du «Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale».
La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3124553	**Endoprothèse aortique, ENDOLOGIX, POWERLINK, monocorps bifurqué aortobifémoral.** Endoprothèse aortique bifurquée avec jambages intégrés côté homolatéral et controlatéral La prise en charge est assurée pour les références infra-rénales et supra-rénales suivantes : Références infra-rénales : 25-16-135 BL, 25-16-140 BL, 25-16-155 BL, 28-16-135 BL, 28-16-140 BL, 28-16-155 BL, 25-16-120 BL, 28-16-120 BL. Références supra-rénales : 22-13-100 BL, 25-13-100 BL, 28-13-100 BL, 22-13-120 BL, 25-13-120 BL, 28-13-120 BL, 22-13-140 BL, 25-13-140 BL, 28-13-140 BL, 22-16-100 BL, 25-16-100 BL, 28-16-100 BL, 22-16-100 BLs, 25-16-100 BLs, 28-16-100 BLs, 22-16-120 BLs, 25-16-120 BLs, 28-16-120 BLs, 22-16-120 BL, 22-16-140 BL.	781 062	781 062
3135798	**Endoprothèse aortique, ENDOLOGIX, POWERLINK, extension aortique.** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Extension de corps (aortique) infra-rénale : 25-25-55 L, 25-25-75 L, 28-28-55 L, 28-28-75 L, 34-34-80 L Extension de corps (aortique) supra-rénale : 25-25-75 RL, 25-25-95 RL, 28-28-75 RL, 28-28-95 RL, 34-34-100 RL Références infra-rénales : 25-25-95L, 28-28-95L, 34-34-100L, 34-34-80LE, 34-34-100LE Références supra-rénales : 25-25-115RL, 28-28-115RL, 34-34-120RL, 25-25-75RLE, 25-25-95RLE, 25-25-115RLE, 28-28-75RLE, 28-28-95RLE, 28-28-115RLE, 34-34-100RLE, 34-34-120RLE .	150 962	150 962
3105188	**Endoprothèse aortique, ENDOLOGIX, POWERLINK, extension iliaque.** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Extension de jambe (iliaque) : 16-16-88 L, 16-16-55 L, 20-20-55 L ; 16-16-55FL, 20-13-70FL, 20-13-88FL, 20-20-55FL, 20-25-55S, 20-25-65S, 20-25-65F .	150 962	150 962
3153974	**Endoprothèse aortique, ENDOLOGIX, POWERLINK AFX, monocorps bifurqué aortobifémoral.** Endoprothèse aortique bifurquée avec jambages intégrés côté homolatéral et controlatéral.	781 062	781 062

	La prise en charge est assurée pour les références infra-rénales et supra-rénales suivantes : BA22-60/I13-40, BA22-80/I13-40, BA22-100/I13-40, BA22-70/I16-30, BA22-60/I16-40, BA22-90/I16-30, BA22-80/I16-40, BA22-100/I16-40, BA25-60/I13-40, BA25-80/I13-40, BA25-100/I13-40, BA25-70/I16-30, BA25-60/I16-40, BA25-90/I16-30, BA25-80/I16-40, BA25-80/I16-55, BA25-100/I16-40, BA25-100/I16-55, BA28-60/I13-40, BA28-80/I13-40, BA28-100/I13-40, BA28-70/I16-30, BA28-60/I16-40, BA28-90/I16-30, BA28-80/I16-40, BA28-80/I16-55, BA28-100/I16-40, BA28-100/I16-55, BA22-70/I20-30, BA22-80/I20-40, BA22-90/I20-30, BA25-110/I20-30, BA25-120/I20-40, BA25-70/I20-30, BA25-80/I20-40, BA25-90/I20-30, BA28-70/I20-30, BA28-80/I20-40, BA28-90/I20-30.		
3136668	**Endoprothèse aortique, ENDOLOGIX, POWERLINK, AFX, extension aortique.** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : A25-25/C55, A25-25/C75, A25-25/C55-O20, A25-25/C95, A25-25/C75-O20, A25-25/C95-O20, A28-28/C55, A28-28/C75, A28-28/C55-O20, A28-28/C95, A28-28/C75-O20, A28-28/C95-O20, A34-34/C80, A34-34/C100, A34-34/C80-O20, A34-34/C100-O20.	150 962	150 962
3168272	**Endoprothèse aortique, ENDOLOGIX, POWERLINK, AFX, extension iliaque.** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Extension de jambe (iliaque) : I16-16/C55, I16-16/C55F, I16-16/C88, I20-13/C70F, I20-13/C88F, I20-20/C55, I20-20/C55F, IS20-25/C55, IF20-25/C65, IS20-25/C65, I16-16/C88SA, IS20-25/C55SA, IF20-25/C65SA, I16-16/C55FSA, I20-13/C70FSA, I20-13/C88FSA, I20-20/C55FSA	150 962	150 962

Société Medtronic France SAS (MF SAS)

La prise en charge de l'endoprothèse TALENT LPS avec système de pose Xcelerant Hydro (HDS) est assurée pour les patients ayant un anévrisme de l'aorte abdominale sous-rénale mesurant au moins 5 cm de grand diamètre ou ayant augmenté d'au moins 1 cm au cours de la dernière année et respectant les critères anatomiques suivants :
- collet sans thrombus circonférentiel ni calcifications majeures ;
- collet proximal à bords parallèles > 15 mm ;
- angle du collet proximal : < 40° ou compris entre 40° et 60°, à la condition de bénéficier d'une longueur de collet supérieure à 20 mm.

Le diamètre du collet proximal, l'état du collet distal (point[s] d'ancrage iliaque) et les accès iliofémoraux doivent être compatibles avec le système de pose et l'endoprothèse utilisés.
La mise en place d'une endoprothèse aortique abdominale (EPA) ne doit pas entraîner l'exclusion volontaire d'artère(s) viscérale(s) fonctionnelle(s) y compris l'artère hypogastrique, en dehors de l'artère mésentérique inférieure.
L'implantation de l'endoprothèse TALENT LPS avec système de pose Xcelerant Hydro (HDS) doit être réalisée conformément aux recommandations émises par la HAS et l'ANSM incluant, entre autres :
- la nécessité d'informer les patients des avantages et des inconvénients des deux techniques et des incertitudes à long terme et l'évolutivité possible de l'AAA. Pour permettre un choix éclairé impliquant le patient, une notice d'information au patient a été validée, destinée à être mise à la disposition des praticiens ;
- l'environnement opératoire : la pose d'une endoprothèse aortique abdominale ne doit être envisagée que dans un centre pluridisciplinaire regroupant des activités chirurgicales et radiologiques. Ce centre doit avoir une pratique régulière de la chirurgie vasculaire, des thérapeutiques endovasculaires et des explorations radiologiques à visée vasculaire. La collaboration radio-chirurgicale est recommandée. La salle où se déroule la pose doit répondre à des critères de qualité

chirurgicale permettant une intervention majeure et radiologique (traitement numérisé de l'image avec un mode soustraction, matériel et salle de cathétérisme conforme à un bloc opératoire en termes d'asepsie, injecteur de produit de contraste, respect des contraintes de radioprotection du personnel). Il est important de rappeler les conditions dans lesquelles devront être pratiquées ces interventions afin d'assurer une sécurité optimale au patient. Pour les centres débutants, l'assistance d'un médecin tuteur est recommandée pour la mensuration et la pose des six premiers implants ;
- la surveillance du patient est obligatoire à long terme. En son absence, le traitement ne peut pas être considéré comme complet.
Cette surveillance est sous la responsabilité de l'implanteur selon un calendrier précis dont le patient aura été informé. Ces examens se dérouleront conformément aux recommandations du Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale.

Code	**Nomenclature**	**Tarif en F.CFP**	**PLV en F.CFP TTC**
3136131	**Endoprothèse aortique, MF SAS, Talent LPS X, HDS, corps bifurqué + jambage.** Endoprothèse aortique, Talent LPS avec système de pose Xcelerant Hydro (HDS), corps bifurqué + jambage (ou branche iliaque controlatérale) de la société Medtronic France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : AF2412C140AXH, AF2414C140AXH, AF2612C140AXH, AF2614C140AXH, AF2616C140AXH, AF2618C140AXH, AF2814C140AXH, AF2816C140AXH, AF2818C140AXH, AF2820C140AXH, AF3014C140AXH, AF3016C140AXH, AF3018C140AXH, AF3020C140AXH, AF2412C155AXH, AF2412C170AXH, AF2414C155AXH, AF2414C170AXH, AF2612C155AXH, AF2612C170AXH, AF2614C155AXH, AF2614C170AXH, AF2616C155AXH, AF2616C170AXH, AF2618C155AXH, AF2618C170AXH, AF2814C155AXH, AF2814C170AXH, AF2816C155AXH, AF2816C170AXH, AF2818C155AXH, AF2818C170AXH, AF2820C155AXH, AF2820C170AXH, AF3014C155AXH, AF3014C170AXH, AF3016C155AXH, AF3016C170AXH, AF3018C155AXH, AF3018C170AXH, AF3020C155AXH, AF3020C170AXH, AF3214C155AXH, AF3214C170AXH, AF3216C155AXH, AF3216C170AXH, AF3218C155AXH, AF3218C170AXH, AF3220C155AXH, AF3220C170AXH, AF3416C155AXH, AF3416C170AXH, AF3418C155AXH, AF3418C170AXH, AF3420C155AXH, AF3420C170AXH, AF3618C155AXH, AF3618C170AXH, AF3620C155AXH, AF3620C170AXH. - Jambage (ou branche iliaque controlatérale) : IW1408C105AXH, IW1410C105AXH, IW1412C105AXH, IW1412C75AXH, IW1412C90AXH, IW1414C105AXH, IW1414C75AXH, IW1414C90AXH, IW1416C105AXH, IW1416C75AXH, IW1416C90AXH, IW1418C105AXH, IW1418C75AXH, IW1418C90AXH, IW1420C105AXH, IW1420C75AXH, IW1420C90AXH, IW1422C105AXH, IW1422C75AXH, IW1422C90AXH, IW1424C105AXH, IW1424C75AXH, IW1424C90AXH.	695 145	695 145
3192900	**Endoprothèse aortique, MF SAS, Talent LPS X, HDS, corps AUI + stent borgne.**	560 790	560 790

	Endoprothèse aortique, Talent LPS avec système de pose Xcelerant Hydro (HDS), corps AUI + stent borgne de la société Medtronic France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - Corps AUI : AUB2214C155AXH, AUB2216C126AXH, AUF2414C155AXH, AUF2416C126AXH, AUF2614C155AXH, AUF2616C126AXH, AUF2816C126AXH, AUF2816C170AXH, AUF3016C125AXH, AUF3016C170AXH, AUF3216C125AXH, AUF3216C170AXH, AUF3416C125AXH, AUF3416C170AXH, AUF3616C124AXH. - Stent borgne (Occluder) : OCL08 - OCL10 - OCL12 - OCL14 - OCL16 - OCL18 - OCL20 - OCL22 - OCL24.		
3109826	**Endoprothèse aortique, MF SAS, Talent LPS X, HDS, extension.** Endoprothèse aortique, Talent LPS avec système de pose Xcelerant Hydro (HDS), extension, de la société Medtronic France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - Extension aortique : AXB2222W30AXH, AXF2424W30AXH, AXF2626W30AXH, AXF2828W29AXH, AXF3030W28AXH, AXF3232W28AXH, AXF3434W28AXH, AXF3636W26AXH. - Extension iliaque : IXW0808C81AXH, IXW1010C81AXH, IXW1208C75AXH, IXW1212C81AXH, IXW1410C75AXH, IXW1414C80AXH, IXW1612C75AXH, IXW1616C80AXH, IXW1812C80AXH, IXW1812C140AXH, IXW1814C75AXH, IXW1814C140AXH, IXW1816C80AXH, IXW1816C140AXH, IXW1818C80AXH, IXW1818C140AXH, IXW1820C80AXH, IXW1822C80AXH, IXW1824C80AXH, IXW2016C74AXH, IXW2020C79AXH, IXW2218C74AXH, IXW2222C79AXH.	134 356	134 356

Endurant

La prise en charge d'ENDURANT et ENDURANT II est assurée dans les conditions décrites ci-dessous :
1) Indications :
Elle est assurée pour les anévrismes de l'aorte abdominale sous-rénale (AAA) quel que soit le risque chirurgical et définis ci-dessous :
AAA sous-rénal asymptomatique, dont le plus grand diamètre est supérieur à 5 cm ou a augmenté de 1 cm en un an, quelle que soit la technique adoptée.
AAA symptomatique ou compliqué quelle que soit sa taille.
Malgré l'absence de données scientifiques, il est possible de traiter un AAA sacciforme évolutif, dont le plus grand diamètre est inférieur à 5 cm. Le traitement ne sera proposé à un patient qu'à la condition que les critères anatomiques suivants soient respectés :
-- collet sans thrombus circonférentiel ni calcifications majeures ;
-- collet proximal à bords parallèles : ? 15 mm ;
-- angle du collet proximal : < 40° ou compris entre 40° et 60° à la condition de bénéficier d'une longueur de collet supérieure à 20 mm.
2) Modalités de prescription et d'utilisation :
La mise en place d'une endoprothèse aortique abdominale (EPA) ne doit pas entraîner l'exclusion volontaire d'artère(s) viscérale(s) fonctionnelle(s) y compris artère hypogastrique, en dehors de l'artère mésentérique inférieure.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

L'implantation de l'endoprothèse ENDURANT ou ENDURANT II doit être réalisée conformément aux recommandations émises par l'ANSM et la Haute Autorité de santé (HAS) incluant, entre autres, la nécessité d'informer les patients des avantages et des inconvénients des deux techniques et des incertitudes à long terme, et l'évolutivité possible de l'AAA. Pour permettre un choix éclairé impliquant le patient, une notice d'information au patient a été validée, destinée à être mise à la disposition des praticiens.
L'environnement opératoire : la pose d'une endoprothèse aortique abdominale ne doit être envisagée que dans un centre pluridisciplinaire regroupant des activités chirurgicales et radiologiques. Ce centre doit avoir une pratique régulière de la chirurgie vasculaire, des thérapeutiques endovasculaires et des explorations radiologiques à visée vasculaire. La collaboration radio-chirurgicale est éminemment recommandée. La salle où se déroule la pose doit répondre à des critères de qualité chirurgicale permettant une intervention majeure et radiologique (traitement numérisé de l'image avec un mode soustraction, matériel et salle de cathétérisme conforme à un bloc opératoire en termes d'asepsie, injecteur de produit de contraste, respect des contraintes de radioprotection du personnel). Il est important de rappeler les conditions dans lesquelles devront être pratiquées ces interventions afin d'assurer une sécurité optimale au patient. Pour les centres débutants, l'assistance d'un médecin tuteur est recommandée pour la mensuration et la pose des six premiers implants.
La surveillance du patient est obligatoire à long terme. En son absence le traitement ne peut pas être considéré comme complet. Cette surveillance est sous la responsabilité de l'implanteur selon un calendrier précis dont le patient aura été informé. Ces examens se dérouleront conformément aux recommandations du "Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale."

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3173853	**Endoprothèse AAA, MF SAS, ENDURANT, corps bifurqué.** Endoprothèse aortique abdominale ENDURANT avec système de pose ENDURANT, corps bifurqué, de la société Medtronic France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ENBF2313C120EE, ENBF2313C145EE, ENBF2313C170EE, ENBF2316C120EE, ENBF2316C145EE, ENBF2316C170EE, ENBF2513C120EE, ENBF2513C145EE, ENBF2513C170EE, ENBF2516C120EE, ENBF2516C145EE, ENBF2516C170EE, ENBF2813C120EE, ENBF2813C145EE, ENBF2813C170EE, ENBF2816C120EE, ENBF2816C145EE, ENBF2816C170EE, ENBF2820C120EE, ENBF2820C145EE, ENBF2820C170EE, ENBF3216C120EE, ENBF3216C145EE, ENBF3216C170EE, ENBF3220C120EE, ENBF3220C145EE, ENBF3220C170EE, ENBF3616C145EE, ENBF3616C170EE, ENBF3620C145EE, ENBF3620C170EE.	560 790	560 790
3155453	**Endoprothèse AAA, MF SAS, ENDURANT, tube abdominal.** Endoprothèse aortique abdominale ENDURANT avec système de pose ENDURANT, tube abdominal, de la société Medtronic France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ENTF2323C70EE, ENTF2525C70EE, ENTF2828C70EE, ENTF3232C70EE, ENTF3636C70EE.	345 725	345 725
3141451	**Endoprothèse AAA, MF SAS, ENDURANT, corps AUI.** Endoprothèse aortique abdominale ENDURANT avec système de pose ENDURANT, corps AUI, de la société Medtronic France SAS.	426 434	426 434

	La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ENUF2314C105EE, ENUF2514C105EE, ENUF2814C105EE, ENUF3214C105EE, ENUF3614C105EE.		
3194648	**Endoprothèse AAA, MF SAS, ENDURANT, jambage iliaque.** Endoprothèse aortique abdominale ENDURANT avec système de pose ENDURANT, jambage iliaque (branche iliaque controlatéral), de la société Medtronic France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ENLW1610C120EE, ENLW1610C80EE, ENLW1610C95EE, ENLW1613C120EE, ENLW1613C80EE, ENLW1613C95EE, ENLW1616C120EE, ENLW1616C80EE, ENLW1616C95EE, ENLW1620C120EE, ENLW1620C80EE, ENLW1620C95EE, ENLW1624C120EE, ENLW1624C80EE, ENLW1624C95EE, ENLW1628C120EE, ENLW1628C80EE, ENLW1628C95EE.	134 356	134 356
3136208	**Endoprothèse AAA, MF SAS, ENDURANT, dispositif d'occlusion.** Endoprothèse aortique abdominale ENDURANT avec système de pose ENDURANT, dispositif d'occlusion ou stent borgne (OCCLUDER), de la société Medtronic France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : OCL08 - OCL10 - OCL12 - OCL14 - OCL16 - OCL18 - OCL20 - OCL22 - OCL24.	134 356	134 356
3134675	**Endoprothèse AAA, MF SAS, ENDURANT, extension aortique.** Endoprothèse aortique abdominale ENDURANT avec système de pose ENDURANT, extension aortique, de la société Medtronic France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ENCF2323C45EE, ENCF2525C45EE, ENCF2828C45EE, ENCF3232C45EE, ENCF3636C45EE.	134 356	134 356
3144573	**Endoprothèse AAA, MF SAS, ENDURANT, extension iliaque.** Endoprothèse aortique abdominale ENDURANT avec système de pose ENDURANT, extension iliaque, de la société Medtronic France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ENEW1010C80EE, ENEW1313C80EE, ENEW2020C80EE, ENEW2424C80EE, ENEW2828C80EE.	134 356	134 356
3196239	**Endoprothèse AAA, MF SAS, ENDURANT II, corps bifurqué.** Endoprothèse aortique abdominale ENDURANT II avec système de pose ENDURANT II, corps bifurqué, de la société Medtronic France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ETBF2313C124EE, ETBF2313C145EE, ETBF2313C166EE, ETBF2316C124EE, ETBF2316C145EE, ETBF2316C166EE, ETBF2513C124EE, ETBF2513C145EE, ETBF2513C166EE, ETBF2516C124EE, ETBF2516C145EE, ETBF2516C166EE, ETBF2813C124EE, ETBF2813C145EE, ETBF2813C166EE, ETBF2816C124EE, ETBF2816C145EE, ETBF2816C166EE, ETBF2820C124EE, ETBF2820C145EE, ETBF2820C166EE, ETBF3216C124EE, ETBF3216C145EE, ETBF3216C166EE, ETBF3220C124EE, ETBF3220C145EE, ETBF3220C166EE, ETBF3616C145EE, ETBF3616C166EE, ETBF3620C145EE, ETBF3620C166EE.	560 790	560 790
3187217	**Endoprothèse AAA, MF SAS, ENDURANT II, tube abdominal.** Endoprothèse aortique abdominale ENDURANT II avec système de pose ENDURANT II, tube abdominal, de la société Medtronic France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ETTF2323C70EE, ETTF2525C70EE, ETTF2828C70EE, ETTF3232C70EE, ETTF3636C70EE.	345 725	345 725

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

3128433	**Endoprothèse AAA, MF SAS, ENDURANT II, corps AUI.** Endoprothèse aortique abdominale ENDURANT II avec système de pose ENDURANT II, corps AUI, de la société Medtronic France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ETUF2314C102EE, ETUF2514C102EE, ETUF2814C102EE, ETUF3214C102EE, ETUF3614C102EE.	426 434	426 434
3157400	**Endoprothèse AAA, MF SAS, ENDURANT II, jambage iliaque.** Endoprothèse aortique abdominale ENDURANT II avec système de pose ENDURANT II, jambage iliaque, de la société Medtronic France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ETLW1610C82EE, ETLW1610C93EE, ETLW1610C124EE, ETLW1610C156EE, ETLW1610C199EE, ETLW1613C82EE, ETLW1613C93EE, ETLW1613C124EE, ETLW1613C156EE, ETLW1613C199EE, ETLW1616C82EE, ETLW1616C93EE, ETLW1616C124EE, ETLW1616C156EE, ETLW1616C199EE, ETLW1620C82EE, ETLW1620C93EE, ETLW1620C124EE, ETLW1620C156EE, ETLW1620C199EE, ETLW1624C82EE, ETLW1624C93EE, ETLW1624C124EE, ETLW1624C156EE, ETLW1624C199EE, ETLW1628C82EE, ETLW1628C93EE, ETLW1628C124EE, ETLW1628C156EE, ETLW1628C199EE.	134 356	134 356
3178230	**Endoprothèse AAA, MF SAS, ENDURANT II, extension aortique.** Endoprothèse aortique abdominale ENDURANT II avec système de pose ENDURANT II, extension aortique, de la société Medtronic France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ETCF2323C49EE, ETCF2525C49EE, ETCF2828C49EE, ETCF3232C49EE, ETCF3636C49EE.	134 356	134 356
3148996	**Endoprothèse AAA, MF SAS, ENDURANT II, extension iliaque.** Endoprothèse aortique abdominale ENDURANT II avec système de pose ENDURANT II, extension iliaque, de la société Medtronic France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ETEW1010C82EE, ETEW1313C82EE, ETEW2020C82EE, ETEW2424C82EE, ETEW2828C82EE.	134 356	134 356

Société WL Gore et associés SARL

La prise en charge d'EXCLUDER est assurée dans les conditions suivantes :
La prise en charge est assurée pour les patients ayant un anévrisme de l'aorte abdominale sous-rénale (AAA) mesurant au moins 5 cm de grand diamètre ou ayant augmenté d'au moins 1 cm au cours de la dernière année et respectant les critères anatomiques suivants :
- collet sans thrombus circonférentiel ni calcifications majeures ;
- collet proximal à bords parallèles : ≥ 15 mm ;
- angle du collet proximal : < 40°, ou compris entre 40° et 60° à la condition de bénéficier d'une longueur de collet supérieure à 20 mm.

Le diamètre du collet proximal, l'état du collet distal (point[s] d'ancrage iliaque), les accès iliofémoraux doivent être compatibles avec le système de pose et l'endoprothèse utilisée.
La mise en place d'une endoprothèse aortique abdominale (EPA) ne doit pas entraîner l'exclusion volontaire d'artère(s) viscérale(s) fonctionnelle(s), y compris artère hypogastrique, en dehors de l'artère mésentérique inférieure.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

L'implantation de l'endoprothèse EXCLUDER doit être réalisée conformément aux recommandations émises par l'ANSM et la Haute Autorité de santé (HAS) incluant, entre autres, la nécessité d'informer les patients des avantages et des inconvénients des deux techniques et des incertitudes à long terme, et de l'évolutivité possible de l'AAA. Pour permettre un choix éclairé impliquant le patient, une notice d'information au patient a été validée, destinée à être mise à la disposition des praticiens.
L'environnement opératoire : la pose d'une endoprothèse aortique abdominale ne doit être envisagée que dans un centre pluridisciplinaire regroupant des activités chirurgicale et radiologique. Ce centre doit avoir une pratique régulière de la chirurgie vasculaire, des thérapeutiques endovasculaires et des explorations radiologiques à visée vasculaire. La collaboration radiochirurgicale est éminemment souhaitable. La salle où se déroule la pose doit répondre à des critères de qualité chirurgicale permettant une intervention majeure et radiologique (traitement numérisé de l'image avec un mode soustraction, matériel et salle de cathétérisme conformes à un bloc opératoire en termes d'asepsie, injecteur de produit de contraste, respect des contraintes de radioprotection du personnel). Il est important de rappeler les conditions dans lesquelles devront être pratiquées ces interventions afin d'assurer une sécurité optimale au patient. Pour les centres débutants, l'assistance d'un médecin tuteur est recommandée pour la mensuration et la pose des six premiers implants.
La surveillance du patient est obligatoire à long terme. En son absence, le traitement ne peut pas être considéré comme complet. Cette surveillance est sous la responsabilité de l'implanteur selon un calendrier précis dont le patient aura été informé. Ces examens se dérouleront conformément aux recommandations du " Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3172960	**Endoprothèse aortique, WL Gore et Associés, EXCLUDER, jambage.** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : PXC121000, PXC121200, PXC141000, PXC141200 PXC161000, PXC161200, PXC181000, PXC181200, PXC201000, PXC201200, PXC231000, PXC231200, PXC271000, PXC271200, PXC121400, PXC141400, PXC161400, PXC181400, PXC201400, PXC231400 et PXC271400. PLC121000, PLC121200, PLC121400, PLC141000, PLC141200, PLC141400, PLC161000, PLC161200, PLC161400, PLC181000, PLC181200, PLC181400, PLC201000, PLC201200, PLC201400, PLC231000, PLC231200, PLC231400, PLC271000, PLC271200 et PLC271400.	166 232	166 232
3187507	**Endoprothèse aortique, WL Gore et Associés, EXCLUDER, extension iliaque.** La prise en charge est assurée pour les références suivantes: PXL161007, PXL161207, PXL161407.	150 962	150 962
3164222	**Endoprothèse aortique, WL Gore et Associés, EXCLUDER, extension aortique.** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : PXA230300, PXA260300, PXA280300, PXA320400, PLA360400 et PLA320400.	150 962	150 962
3175540	**Endoprothèse aortique, WL Gore et Associés, EXCLUDER, corps bifurqué GORE C3.** Corps bifurqué ou tronc-branche prothétique homolatérale pour endoprothèse aortique abdominale (AAA) avec système de pose GORE C3 de la société WL GORE et associés SARL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 12 cm : RMT231212, RMT231412, RMT261212, RMT261412, RMT281212, RMT281412. 13 cm : RMT311413 et RLT311413.	590 720	590 720

	14 cm : RMT231214, RMT231414, RMT261214, RMT261414, RMT281214, RMT281414 et RLT351414. 15 cm : RMT311415 et RLT311415. 16 cm : RMT231216, RMT231416, RMT261216, RMT261416, RMT281216, RMT281416 et RLT351416. 17 cm : RMT311417 et RLT311417. 18 cm : RMT231218, RMT231418, RMT261218, RMT261418, RMT281218, RMT281418 et RLT351418.		

Société Cook France

ZENITH, ZENITH FLEX, ZENITH LOW PROFILE et ZENITH FLEX AUI

La prise en charge de ZENITH, ZENITH FLEX, ZENITH LOW PROFILE et ZENITH FLEX AUI est assurée dans les conditions suivantes :
La prise en charge est assurée pour les patients ayant un anévrisme de l'aorte abdominale sous-rénale (AAA) mesurant au moins 5 cm de grand diamètre ou ayant augmenté d'au moins 1 cm au cours de la dernière année et respectant les critères anatomiques suivants
- collet sans thrombus circonférentiel ni calcifications majeures ;
- collet proximal à bords parallèles : 15 mm ;
- angle du collet proximal :
- < 40° ; ou
- compris entre 40° et 60° à la condition de bénéficier d'une longueur de collet supérieure à 20 mm.

Le diamètre du collet proximal, l'état du collet distal (point[s] d'ancrage iliaque), les accès iliofémoraux doivent être compatibles avec le système de pose et l'endoprothèse utilisés.
La mise en place d'une endoprothèse aortique abdominale (EPA) ne doit pas entraîner l'exclusion volontaire d'artère(s) viscérale(s) fonctionnelle(s), y compris artère hypogastrique, en dehors de l'artère mésentérique inférieure.
L'implantation des endoprothèses ZENITH, ZENITH FLEX, ZENITH LOW PROFILE et ZENITH FLEX AUI doit être réalisée conformément aux recommandations émises par l'ANSM et la Haute Autorité de santé (HAS) incluant, entre autres, la nécessité d'informer les patients des avantages et des inconvénients des deux techniques et des incertitudes à long terme, et l'évolutivité possible de l'AAA. Pour permettre un choix éclairé impliquant le patient, une notice d'information au patient a été validée, destinée à être mise à la disposition des praticiens.
L'environnement opératoire : la pose d'une endoprothèse aortique abdominale ne doit être envisagée que dans un centre pluridisciplinaire regroupant des activités chirurgicale et radiologique. Ce centre doit avoir une pratique régulière de la chirurgie vasculaire, des thérapeutiques endovasculaires et des explorations radiologiques à visée vasculaire. La collaboration radio-chirurgicale est éminemment souhaitable. La salle où se déroule la pose doit répondre à des critères de qualité chirurgicale permettant une intervention majeure et radiologique (traitement numérisé de l'image avec un mode soustraction, matériel et salle de cathétérisme conforme à un bloc opératoire en termes d'aseptie, injecteur de produit de contraste, respect des contraintes de radioprotection du personnel). Il est important de rappeler les conditions dans lesquelles devront être pratiquées ces interventions afin d'assurer une sécurité optimale au patient. Pour les centres débutants, l'assistance d'un médecin tuteur est recommandée pour la mensuration et la pose des 6 premiers implants.
La surveillance du patient est obligatoire à long terme. En son absence, le traitement ne peut pas être considéré comme complet. Cette surveillance est sous la responsabilité de l'implanteur, selon un calendrier précis, dont le patient aura été informé. Ces examens se dérouleront conformément aux recommandations du Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3146750	**Endoprothèse aortique, Cook France, Zenith ou Zenith Flex, extension.** Références prises en charge : Extension de corps : -avec système d'introduction H&L-B one-shot : ESBE-22-39, ESBE-24-39, ESBE-26-39, ESBE-28-39, ESBE-30-39, ESBE-32-39, ESBE-22-58, ESBE-24- 58, ESBE-26-58, ESBE-28-58, ESBE-30-58, ESBE-32-58, ESBE-36-73, et ESBE-36-50 ; - avec système d'introduction Z-Trak : ESBE-22-39-ZT, ESBE-24-39-ZT, ESBE-26-39-ZT, ESBE-28-39-ZT, ESBE-30-39-ZT, ESBE-32-39-ZT, ESBE-36- 50-ZT, ESBE-22-58-ZT, ESBE-24-58-ZT, ESBE-26-58-ZT, ESBE-28-58-ZT, ESBE-30-58-ZT, ESBE-32-58-ZT, ESBE-36-73-ZT. Extension de jambe : - avec système d'introduction H&L-B one-shot : ESLE 10-55, ESLE 12-55, ESLE 14-55, ESLE 16-55, ESLE 18-55, ESLE 20-55, ESLE 22-55 et ESLE 24-55 ; - avec système d'introduction Z-Trak : ESLE-10-55-ZT, ESLE-12-55-ZT, ESLE- 14-55-ZT, ESLE-16-55-ZT, ESLE-18-55-ZT, ESLE-20-55-ZT, ESLE-22-55-ZT, ESLE-24-55-ZT.	134 356	134 356
3161175	**Endoprothèse aortique, Cook France, Zenith ou Zenith Flex, dispositif occlusion.** Références prises en charge : -- avec système d'introduction H&L-B one-shot : ZIP 14-30, ZIP 16-30, ZIP 18- 30, ZIP 20-30, ZIP 22-30, ZIP 24-30 ; - avec système d'introduction Z-Trak : ZIP-14-ZT, ZIP-16-ZT, ZIP-18-ZT, ZIP- 20-ZT, ZIP-22-ZT, ZIP-24-ZT.	134 356	134 356
3180385	**Endoprothèse aortique, Cook France, Zenith ou Zenith Flex, convertisseur.** Références prises en charge : - avec système d'introduction H&L-B one-shot : ESC-24-12-80, ESC-28-12-80, ESC 32-12-80 et ESC-36-12-82 ; - avec système d'introduction Z-Trak : ESC-24-12-80-ZT, ESC-28-12-80-ZT, ESC-32-12-80-ZT, ESC-36-12-82-ZT.	134 356	134 356
3100156	**Endoprothèse aortique, Cook France, ZENITH FLEX, ZTRAK, corps bifurqué.** Endoprothèse aortique abdominale ZENITH FLEX, corps bifurqué, avec système d'introduction Z Track, de la société Cook France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : TFFB-22-111-ZT, TFFB-24-111-ZT, TFFB-26-111-ZT, TFFB-28-111-ZT, TFFB-30-111-ZT, TFFB-32-111-ZT, TFFB-22-125-ZT, TFFB-24-125-ZT, TFFB-26-125-ZT, TFFB-28-125-ZT, TFFB-30-125-ZT, TFFB-32-125-ZT, TFFB-36-113-ZT, TFFB-22-140-ZT, TFFB-24-140-ZT, TFFB-26-140-ZT, TFFB-28-140-ZT, TFFB-30-140-ZT, TFFB-32-140-ZT, TFFB-36-131-ZT, TFFB-22-82-ZT, TFFB-24-82-ZT, TFFB-26-82-ZT, TFFB-28-82-ZT, TFFB-30-82-ZT, TFFB- 32-82-ZT, TFFB-36-149-ZT, TFFB-22-96-ZT, TFFB-24-96-ZT, TFFB-26-96-ZT, TFFB-28-96- ZT, TFFB-30-96-ZT, TFFB-32-96-ZT, TFFB-36-95-ZT.	426 434	426 434

3113354	**Endoprothèse aortique, Cook France, ZENITH FLEX, ZTRAK, jambage.** Endoprothèse aortique abdominale ZENITH FLEX, jambage, avec système d'introduction Z Track, de la société Cook France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : TFLE-8-105-ZT, TFLE-8-122-ZT, TFLE-8-37-ZT, TFLE-8-54-ZT, TFLE-8-71-ZT, TFLE-8-88- ZT, TFLE-10-105-ZT, TFLE-10-122-ZT, TFLE-10-37-ZT, TFLE-10-54-ZT, TFLE-10-71-ZT, TFLE-10-88-ZT, TFLE-12-107-ZT, TFLE-12-124-ZT, TFLE-12-39-ZT, TFLE-12-56-ZT, TFLE- 12-73-ZT, TFLE-12-90-ZT, TFLE-14-107-ZT, TFLE-14-124-ZT, TFLE-14-39 ZT, TFLE-14-56 ZT, TFLE-14-73-ZT, TFLE-14-90-ZT, TFLE-16-39-ZT, TFLE-16-56-ZT, TFLE-16-73-ZT, TFLE-16-90-ZT, TFLE-18-39-ZT, TFLE-18-56-ZT, TFLE-18-73-ZT, TFLE-18-90-ZT, TFLE- 20-39-ZT, TFLE-20-56-ZT, TFLE-20-73-ZT, TFLE-20-90-ZT, TFLE-22-39-ZT, TFLE-22-56- ZT, TFLE-22-73-ZT, TFLE-22-90 ZT, TFLE-24-39-ZT, TFLE-24-56-ZT, TFLE-24-73-ZT, TFLE-24-90-ZT.	134 356	134 356
3177615	**Endoprothèse aortique, Cook France, ZENITH LOW PROFILE, corps bifurqué.** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ZALB-22-70, ZALB-22-84, ZALB-22-98, ZALB-22-108, ZALB-22-118, ZALB-22-128, ZALB-24-70, ZALB-24-84, ZALB-24-98, ZALB-24-108, ZALB-24-118, ZALB-24-128, ZALB-26-70, ZALB-26-84, ZALB-26-98, ZALB-26-108, ZALB-26-118, ZALB-26-128, ZALB-28-70, ZALB-28-84, ZALB-28-98, ZALB-28-108, ZALB-28-118, ZALB-28-128, ZALB-30-70, ZALB-30-84, ZALB-30-98, ZALB-30-108, ZALB-30-118, ZALB-30-128, ZALB-32-70, ZALB-32-84, ZALB-32-98, ZALB-32-108, ZALB-32-118, ZALB-32-128, ZALB-36-70, ZALB-36-84, ZALB-36-98, ZALB-36-108, ZALB-36-118, ZALB-36-128.	426 434	426 434
3179844	**Endoprothèse aortique, Cook France, ZENITH LOW PROFILE, jambage.** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ZALL-10-36, ZALL-10-48, ZALL-10-60, ZALL-10-72, ZALL-10-84, ZALL-10-96, ZALL-10- 108, ZALL-10-120, ZALL-12-36, ZALL-12-48, ZALL-12-60, ZALL-12-72, ZALL-12-84, ZALL-12-96, ZALL-12-108, ZALL-12-120, ZALL-14-36, ZALL-14-48, ZALL-14-60, ZALL- 14-72, ZALL-14-84, ZALL-14-96, ZALL-14-108, ZALL-16-36, ZALL-16-48, ZALL-16-60, ZALL-16-72, ZALL-16-84, ZALL-16-96, ZALL-18-36, ZALL-18-48, ZALL-18-60, ZALL-18- 72, ZALL-18-84, ZALL-18-96, ZALL-20-36, ZALL-20-48, ZALL-20-60, ZALL-20-72, ZALL-20-84, ZALL-20-96, ZALL-22-36, ZALL-22-48, ZALL-22-60, ZALL-22-72, ZALL-22-84, ZALL-22-96, ZALL-24-36, ZALL-24-48, ZALL-24-60, ZALL-24-72, ZALL-24-84, ZALL-24- 96.	134 356	134 356
3129881	**Endoprothèse aortique, Cook France, ZENITH LOW PROFILE, extension.** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ZLBE-22-45, ZLBE-22-58, ZLBE-24-45, ZLBE-24-58, ZLBE-26-45, ZLBE-26- 58, ZLBE-28-45, ZLBE-28-58, ZLBE-30-45, ZLBE-30-58, ZLBE-32-45, ZLBE-32-58, ZLBE-36-45, ZLBE-36-58.	134 356	134 356
3184934	**Endoprothèse aortique, Cook France, ZENITH LOW PROFILE, convertisseur.** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ZLC-24-66, ZLC-28-66, ZLC-32-66, ZLC-36-66.	134 356	134 356
3187855	**Endoprothèse aortique, Cook France, Zenith Flex, ZENITH FLEX AUI AAA.**	426 434	426 434

	Endoprothèse aorto uni-iliaque, ZENITH FLEX AUI AAA. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ZAUI-22-113-ZT ; ZAUI-22-130-ZT ; ZAUI-22-147-ZT ; ZAUI-24-113-ZT ; ZAUI-24-130-ZT ; ZAUI-24-147-ZT ; ZAUI-26-113-ZT ; ZAUI-26-130-ZT ; ZAUI-26-147-ZT ; ZAUI-28-113-ZT ; ZAUI-28-130-ZT ; ZAUI-28-147-ZT ; ZAUI-30-113-ZT ; ZAUI-30-130-ZT ; ZAUI-30-147-ZT ; ZAUI-32-113-ZT ; ZAUI-32-130-ZT ; ZAUI-32-147-ZT ; ZAUI-36-127-ZT ; ZAUI-36-144-ZT ; ZAUI-36-161-ZT.		
3187737	**Endoprothèse aortique, Cook France, ZENITH SPIRAL-Z, jambage.** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ZSLE-9-39-ZT, ZSLE-9-56-ZT, ZSLE-9-74-ZT, ZSLE-9-90-ZT, ZSLE-9-107-ZT, ZSLE-9-122- ZT, ZSLE-11-39-ZT, ZSLE-11-56-ZT, ZSLE-11-74-ZT, ZSLE-11-90-ZT, ZSLE-11-107-ZT, ZSLE-11-122-ZT, ZSLE-13-39-ZT, ZSLE-13-56-ZT, ZSLE-13-74-ZT, ZSLE-13-90-ZT, ZSLE- 13-107-ZT, ZSLE-13-122-ZT, ZSLE-16-39-ZT, ZSLE-16-56-ZT, ZSLE-16-74-ZT, ZSLE-16-90- ZT, ZSLE-20-39-ZT, ZSLE-20-56-ZT, ZSLE-20-74-ZT, ZSLE-20-90-ZT, ZSLE-24-39-ZT, ZSLE-24-56-ZT, ZSLE-24-74-ZT, ZSLE-24-90-ZT. Ce jambage peut être utilisé avec les corps principaux ZENITH FLEX et ZENITH RENU.	134 356	134 356

ZENITH BRANCH

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3106791	**Endoprothèse aortique, bifurcation iliaque, Cook, ZENITH BRANCH.** 1. Indications Traitement des anévrismes aortoiliaques ou iliaques avec atteinte bilatérale de l'artère iliaque commune en l'absence d'alternatives chez les patients à haut risque chirurgical. Ces anévrismes doivent avoir un site d'ancrage distal insuffisant dans l'artère iliaque commune et une morphologie favorable à un traitement endovasculaire, y compris : - un accès iliaque/fémoral adéquat compatible avec un système d'introduction de diamètre interne 20 Fr (diamètre externe de 7,8 mm) ; - un segment de fixation de l'artère iliaque externe non anévrismal en aval de l'anévrisme : - d'une longueur d'au moins 10 mm (20 à 30 mm étant préférable) ; - d'un diamètre de 11 mm maximum et de 8 mm minimum, mesuré d'une paroi externe à l'autre ; - un segment d'artère iliaque interne non anévrismal en aval de l'anévrisme d'une longueur d'au moins 10 mm ; - d'un diamètre approprié pour obtenir l'étanchéité nécessaire. 2. Conditions d'utilisation pour la prise en charge L'endoprothèse vasculaire de bifurcation iliaque ZENITH BRANCH doit être utilisée, d'une part, avec une endoprothèse vasculaire d'extension de branche iliaque ZENITH (TFLE) et, d'autre part, avec une endoprothèse périphérique couverte sur ballonnet gonflable. La prise en charge n'est assurée que pour une endoprothèse ZENITH BRANCH par patient.	428 640	428 640

	La mise en place des endoprothèses doit être réservée : - à des centres pluridisciplinaires regroupant des activités chirurgicales et radiologiques. Ce centre doit avoir une pratique régulière de la chirurgie vasculaire, des thérapeutiques endovasculaires et des explorations radiologiques à visée vasculaire. La collaboration radiochirurgicale est recommandée ; - à des opérateurs ayant l'expérience suivante : - restaurations de l'aorte pour anévrisme (quelle que soit la technique) : minimum de 50 cas/an dont restaurations endovasculaires (endoprothèses aortiques) : minimum 15 cas/an ; - angioplasties artérielles percutanées (artères périphériques excluant les artères		

ZENITH FENESTRATED

La prise en charge de l'endoprothèse aortique abdominale ZENITH FENESTRATED est assurée dans les conditions décrites ci-dessous.
La prise en charge est assurée pour le traitement de l'anévrisme aortique complexe abdominal juxtarénal, pararénal, suprarénal, associé ou non à un anévrisme de l'artère iliaque commune distale, ou thoraco-abdominal de type IV, chez les patients à risque chirurgical élevé contre-indiqués à la chirurgie ouverte lorsqu'un bilan morphologique préopératoire favorable à la mise en place d'une endoprothèse fenêtrée a été établi.
Les critères anatomiques favorables à la pose d'endoprothèses fenêtrées sont :
- absence d'angulations excessives aortique ou iliaque ;
- absence de sténose serrée (> 70 %) des artères cibles ;
- artère cible de diamètre > 5 mm ;
- axes ilio-fémoraux autorisant le passage du système de largage (> 7 mm) ou possibilité d'effectuer un pontage pour monter l'endoprothèse.
Les patients à risque chirurgical élevé doivent présenter un des facteurs suivants :
- âge supérieur ou égal à 80 ans ;
- coronaropathie (antécédent[s] d'infarctus de myocarde ou angor) avec test fonctionnel positif et lésions coronariennes pour lesquelles un geste de revascularisation est impossible ou non indiqué ;
- insuffisance cardiaque avec manifestations cliniques patentes ;
- rétrécissement aortique serré non opérable ;
- FEVG < 40 % ;
- insuffisance respiratoire chronique objectivée par un des critères suivants :
• VEMS < 1,2 l/sec ;
• CV < 50 % de la valeur prédite en fonction de l'âge, du sexe et du poids ;
• gazométrie artérielle en l'absence d'oxygène : $PaCO_2$>45 mm Hg ou PaO_2 < 60 mm Hg ;oxygénothérapie à domicile;
• insuffisance rénale si créatininémie > 200 µmol/l avant l'injection de produit de contraste ;
• abdomen hostile, y compris présence d'une ascite ou autre signe d'hypertension portale.
Le risque doit être évalué par une équipe pluridisciplinaire, avec notamment l'avis du chirurgien vasculaire et du radiologue interventionnel, sur la base des antécédents et comorbidités du patient et de la difficulté technique du geste à réaliser, qui varie selon la localisation de l'anévrisme.
La décision d'intervenir est complexe et doit mettre en balance chez des patients à haut risque les bénéfices et risques attendus pour chaque type d'intervention (chirurgie ouverte ou traitement endovasculaire) et pour la surveillance médicale.

Les conclusions de cette concertation doivent être retranscrites dans le dossier médical.
La capacité du patient informé à donner un consentement éclairé et àse conformer au suivi est indispensable. La pose d'endoprothèses fenêtrées doit être réservée :
- à des centres pluridisciplinaires regroupant des activités chirurgicales et radiologiques. Ce centre doit avoir une pratique régulière de la chirurgie vasculaire, des thérapeutiques endovasculaires et des explorations radiologiques à visée vasculaire. La collaboration radiochirurgicale est éminemment souhaitable ;
- à des opérateurs ayant l'expérience :
• de restaurations de l'aorte pour anévrisme (quelle que soit la technique) : minimum de 50 cas/an dont restaurations endovasculaires (endoprothèses aortiques) : minimum de 15 cas/an ;
• d'angioplasties artérielles percutanées (artères périphériques excluant les artères coronaires) avec ou sans stent réalisées par le chirurgien vasculaire et/ou le radiologue : minimum de 50 cas/an ;
• d'un minimum de 6 de pose d'endoprothèses fenêtrées ou de 6 premiers cas avec un chirurgien référent (proctor).
La salle où se déroule la pose doit répondre à des critères de qualité chirurgicale permettant une intervention majeure et un guidage radiologique avec traitement numérisé de l'image avec un mode soustraction et mémorisation des images. L'équipement de la salle où a lieu la procédure doit permettre une rapide conversion chirurgicale en cas de complications.
Les jambages utilisés pour l'implantation de ZENITH FENESTRATED correspondent aux jambages de ZENITH FLEX Z-TRAK et sont pris en charge sous le code 3113354. La prise en charge est assurée pour les références (corps proximal et corps distal bifurqué) de ZENITH FENESTRATED suivantes :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3136639	**Endoprothèse aortique fenêtrée, Cook, ZENITH FENESTRATED, corps proximal.** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Un stent interne proximal : ZFEN-P-1-24-76, ZFEN-P-1-26-76, ZFEN-P-1-28-76, ZFEN-P-1-30- 76, ZFEN-P-1-32-76, ZFEN-P-1-24-91, ZFEN-P-1-26-91, ZFEN-P-1-28-91, ZFEN-P-1-30-91, ZFEN-P-1-32-91, ZFEN-P-1-24-106, ZFEN-P-1-26-106, ZFEN-P-1-28-106, ZFEN-P-1-30-106, ZFEN-P-1-32-106, ZFEN-P-1-24-121, ZFEN-P-1-26-121, ZFEN-P-1-28-121, ZFEN-P-1-30- 121, ZFEN-P-1-32-121, ZFEN-P-1-34-84, ZFEN-P-1-36-84, ZFEN-P-1-34-99, ZFEN-P-1-36- 99, ZFEN-P-1-34-114, ZFEN-P-1-36-114, ZFEN-P-1-34-129, ZFEN-P-1-36-129. Deux stents internes proximaux : ZFEN-P-2-24-94, ZFEN-P-2-26-94, ZFEN-P-2-28-94, ZFEN- P-2-30-94, ZFEN-P-2-32-94, ZFEN-P-2-24-109, ZFEN-P-2-26-109, ZFEN-P-2-28-109, ZFEN- P-2-30-109, ZFEN-P-2-32-109, ZFEN-P-2-24-124, ZFEN-P-2-26-124, ZFEN-P-2-28-124, ZFEN-P-2-30-124, ZFEN-P-2-32-124, ZFEN-P-2-34-107, ZFEN-P-2-36-107, ZFEN-P-2-34- 122, ZFEN-P-2-36-122, ZFEN-P-2-34-137, ZFEN-P-2-36-137.	1 741 350	1 741 350
3107069	**Endoprothèse aortique fenêtrée, Cook, ZENITH FENESTRATED, corps distal bifurqué.** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ZFEN-D-12-28-76, ZFEN-D-16-28-76, ZFEN-D-20-28-76, ZFEN-D-12-28-94, ZFEN-D-16-28-94, ZFEN-D-20-28-94, ZFEN-D-12-28-109, ZFEN-D-16-28-109, ZFEN-D-20-28-109, ZFEN-D-12-28-124, ZFEN-D-16-28-124, ZFEN-D-20-28-124, ZFEN-D-12-45-76, ZFEN-D-16-45-76, ZFEN-D-20-45-76, ZFEN-D-24-45-76, ZFEN-D-12-45-94, ZFEN-D-16-45-94, ZFEN-D-20-45-94, ZFEN-D-24-45-94, ZFEN-D-12-45-109, ZFEN-D-16-45-109, ZFEN-D-20-45-109, ZFEN-D-24-45-109, ZFEN-D-12-45-124, ZFEN-D-16-45-124, ZFEN-D-20-45-124, ZFEN-D-24-45-124, ZFEN-D-12-62-76, ZFEN-D-16-62-76, ZFEN-D-20-62-76, ZFEN-D-24-62-76, ZFEN-D-12-62- 94, ZFEN-D-16-62-	401 850	401 850

	94, ZFEN-D-20-62-94, ZFEN-D-24-62-94, ZFEN-D-12-62-109, ZFEN-D-16-62-109, ZFEN-D-20-62-109, ZFEN-D-24-62-109, ZFEN-D-12-62-124, ZFEN-D-16-62-124, ZFEN-D-20-62-124, ZFEN-D-24-62-124. La prise en charge de ce code peut être associée à la prise en charge des jambages (code 3113354).		
3158960	**Endoprothèse aortique fenêtrée, Cook, ZENITH FENESTRATED, BRANCH- PARARENAL-DEVICE.** L'endoprothèse aortique fenêtrée multibranche, BRANCH DEVICE, est composé d'un sous-composant proximal et d'un sous-composant distal, exceptionnellement un troisième sous-composant peut être utilisé. Références prises en charge : Sous-composant proximal : FEN-PARARENAL-BRANCHED-GRAFT, AAA- BRANCH-GRAFT ; Sous-composant distal : AAA-BIFURCATED-GRAFT, AAA-BODY- INVERTED-LEG et AAA-DIST-BODY-INVERTED-LEG.	2 143 200	2 143 200
3119820	**Endoprothèse aortique fenêtrée, Cook, ZENITH FENESTRATED, BRANCH- PRELOADED-PARARENAL-DEVICE.** L'endoprothèse aortique fenêtrée multibranche, BRANCH DEVICE, est composé d'un sous-composant proximal et d'un sous-composant distal, exceptionnellement un troisième sous-composant peut être utilisé. Références prises en charge : Sous-composant proximal : FEN-PARARENAL-BRANCHED-GRAFT ; Sous-composant distal : AAA-BIFURCATED-GRAFT, AAA-BODY- INVERTED-LEG et AAA-DIST-BODY-INVERTED-LEG.	2 143 200	2 143 200
3121098	**Endoprothèse aortique fenêtrée, Cook, ZENITH FENESTRATED, BRANCH- THORACOABDOMINAL-DEVICE.** L'endoprothèse aortique fenêtrée multibranche, BRANCH DEVICE, est composé d'un sous-composant proximal et d'un sous-composant distal, exceptionnellement un troisième sous-composant peut être utilisé. Références prises en charge : Sous-composant proximal : THORACO-ABDOMINAL-SIDE-BRANCH ; Sous-composant distal : AAA-BIFURCATED-GRAFT, AAA-BODY- INVERTED-LEG et AAA-DIST-BODY-INVERTED-LEG.	2 143 200	2 143 200
3143384	**Endoprothèse aortique fenêtrée, Cook, ZENITH FENESTRATED, FENESTRATED-PARARENAL-DEVICE.** L'endoprothèse aortique fenêtrée multibranche, FENESTRATED DEVICE, est composé d'un sous-composant proximal et d'un sous-composant distal, exceptionnellement un troisième Sous-composant peut être utilisé Références prises en charge : Sous-composant proximal : AAA-FEN-BIFURCATED-GRAFT, AAA-FEN- TUBE, AAA-REINFORCED-FEN-PROX ; Sous-composant distal : AAA-BIFURCATED-GRAFT, AAA-BODY- INVERTED-LEG et AAA-DIST-BODY-INVERTED-LEG	2 143 200	2 143 200
3192477	**Endoprothèse aortique fenêtrée, Cook, ZENITH FENESTRATED, FENESTRATED-PRELOADED-PARARENAL-DEVICE.** L'endoprothèse aortique fenêtrée multibranche, FENESTRATED DEVICE, est composé d'un sous-composant proximal et d'un sous-composant distal, exceptionnellement un troisième sous-composant peut être utilisé.	2 143 200	2 143 200

	Références prises en charge : Sous-composant proximal : PRE-LOADED-FENESTRATED-PROX ; Sous-composant distal : AAA-BIFURCATED-GRAFT, AAA-BODY- INVERTED-LEG et AAA-DIST-BODY-INVERTED-LEG.		
3144277	**Endoprothèse aortique fenêtrée, Cook, ZENITH FENESTRATED, FENESTRATED-THORACOABDOMINAL-DEVICE.** L'endoprothèse aortique fenêtrée multibranche, FENESTRATED DEVICE, est composé d'un sous-composant proximal et d'un sous-composant distal, exceptionnellement un troisième sous-composant peut être utilisé. Références prises en charge : Sous-composant proximal : BIFURCATED-FEN-THORACO-ABDOMINAL, FEN-THORACO-ABDOMINAL-GRAFT, AAA-REINFORCED-FEN-PROX ; Sous-composant distal : AAA-BIFURCATED-GRAFT.	2 143 200	2 143 200

ZENITH RENU

La prise en charge de ZENITH RENU est assurée en cas de traitement endovasculaire de seconde intention chez les patients ayant précédemment reçu une endoprothèse pour le traitement d'un anévrisme de l'aorte abdominale sous-rénale ou aorto-iliaque ayant une fixation proximale ou une étanchéité incomplètes. Les critères anatomiques compatibles à la pose de l'endoprothèse Zenith RENU doivent être conformes à ceux définis dans les modalités d'utilisation.
L'implantation de l'endoprothèse auxiliaire ZENITH RENU doit être réalisée par un praticien formé. Les critères anatomiques compatibles à la pose de l'endoprothèse ZENITH RENU sont les suivants :
- un accès iliaque/fémoral adéquat compatible avec les systèmes d'introduction nécessaires ;
- un site de fixation proximal adéquat :
• avec une longueur allant de l'artère rénale la plus basse jusqu'à la bifurcation de l'endoprothèse vasculaire préalablement implantée de plus de 43 mm pour l'extension de corps principal et de plus de 37 mm pour le convertisseur ;
• d'un diamètre égal ou supérieur à 18 mm et égal ou inférieur à 32 mm, mesuré d'une paroi externe à l'autre ;
• ayant un angle inférieur à 60 degrés par rapport à l'axe longitudinal de l'anévrisme, et
• ayant un angle inférieur à 45 degrés par rapport à l'axe de l'aorte suprarénale ;
- un site de fixation distal adéquat :
• pour l'extension de corps principal, un site de fixation distal dans un segment prothétique égal ou inférieur à 34 mm de diamètre et de la longueur d'un stent Cook-Z, une longueur de chevauchement supplémentaire étant préférable ;
• pour le convertisseur utilisé sans branche iliaque, un site de fixation distal dans un segment prothétique égal ou inférieur à 12 mm de diamètre et égal ou supérieur à 17 mm de long (un stent Cook-Z), une longueur de chevauchement supplémentaire étant préférable ;
- pour le convertisseur utilisé en combinaison avec la branche iliaque, un site de fixation distal de 7,5 à 20 mm de diamètre (mesuré d'une paroi externe à l'autre) et de plus de 10 mm de long, une longueur de 20 à 30 mm étant préférable.
La surveillance du patient est comparable à celle demandée pour les endoprothèse aortiques abdominales. En son absence, le traitement ne peut pas être considéré comme complet. Cette surveillance est sous la responsabilité de l'implanteur selon un calendrier précis dont le patient aura été informé.
La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3139388	**Endoprothèse aortique, Cook France, ZENITH RENU RX1, extension corps principal.** Endoprothèse auxiliaire ZENITH RENU RX1 pour endoprothèse aortique abdominale, extension de corps principal, de la société Cook France. Les endoprothèses ZENITH RENU AX1 et ZENITH RENU RX1 ne pourront pas être posées sur un même patient. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - diamètre 22 mm : RX1-22-43, RX1-22-62. - diamètre 24 mm : RX1-24-43, RX1-24-62. - diamètre 26 mm : RX1-26-43, RX1-26-62. - diamètre 28 mm : RX1-28-43, RX1-28-62. - diamètre 30 mm : RX1-30-43, RX1-30-62. - diamètre 32 mm : RX1-32-43, RX1-32-62. - diamètre 36 mm : RX1-36-54.	238 826	238 826
3176478	**Endoprothèse aortique, Cook France, ZENITH RENU AX1, convertisseur.** Endoprothèse auxiliaire ZENITH RENU AX1 pour endoprothèse aortique abdominale, convertisseur, de la société Cook France. Les endoprothèses ZENITH RENU AX1 et ZENITH RENU RX1 ne pourront pas être posées sur un même patient. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - diamètre 22 mm : AX1-1-22-108, AX1-1-22-125. - diamètre 24 mm : AX1-1-24-108, AX1-1-24-125. - diamètre 26 mm : AX1-1-26-108, AX1-1-26-125. - diamètre 28 mm : AX1-1-28-108, AX1-1-28-125. - diamètre 30 mm : AX1-1-30-108, AX1-1-30-125. - diamètre 32 mm : AX1-1-32-108, AX1-1-32-125. - diamètre 36 mm : AX1-1-36-116.	479 139	479 139

Société Vascutek France (Vascutek)

La prise en charge est assurée pour les patients à risque chirurgical élevé, tels que définis par l'ANSM, présentant un anévrisme de l'aorte abdominale sous-rénale mesurant au moins 5 cm de grand diamètre ou ayant augmenté d'au moins 1 cm au cours de la dernière année.
Les patients à risque chirurgical élevé doivent présenter un des facteurs suivants :

- âge supérieur ou égal à 80 ans ;
- coronaropathie (antécédents d'infarctus de myocarde ou angor) avec test fonctionnel positif et lésions coronariennes pour lesquelles un geste de revascularisation est impossible ou non indiqué ;
- insuffisance cardiaque avec manifestations cliniques patentes ;

- rétrécissement aortique serré non opérable ;
- FEVG < 40 % ;
- insuffisance respiratoire chronique objectivée par un des critères suivants :
. VEMS < 1,2 1/sec ;
. CV < 50 % de la valeur prédite en fonction de l'âge, du sexe et du poids ;
. gazométrie artérielle en l'absence d'oxygène : $paCO^2$ > 45 mm Hg ou paO^2 < 60 mm Hg ;
- oxygénothérapie à domicile ;
- insuffisance rénale si créatininémie ≥ 200 umol/l avant l'injection de produit de contraste ;
- abdomen « hostile », y compris présence d'une ascite ou autre signe d'hypertension portale.

L'implantation de l'endoprothèse ANACONDA doit être réalisée conformément aux recommandations émises par par l'ANSM incluant, entre autres :
- la nécessité d'informer les patients, avant l'implantation, des bénéfices et risques attendus, et du suivi post-opératoire indispensable ;
- la réalisation de l'implantation par un praticien formé.

Le suivi des patients doit être réalisé conformément à la procédure de suivi établie par par l'ANSM.

Dans la mesure où il est important d'évaluer la durabilité des endoprothèses aortiques, l'endoprothèse ANACONDA ne doit pas être utilisée chez des malades dont l'espérance de vie est considérée comme inférieure à un an et chez des malades dont le suivi clinique s'avère impossible ou difficile.

Code	**RÉFÉRENCE**	**Tarif en F.CFP**	**PLV en F.CFP TTC**
3124820	**Endoprothèse aortique, Vascutek, ANACONDA, corps bifurqué.** Ce corps sera destiné à recevoir au moins deux jambages iliaques. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : B19, B21, B23, B25, B28, B30, B32 et B34.	426 434	426 434
3161028	**Endoprothèse aortique, Vascutek, ANACONDA, corps bifurqué One Lok.** Endoprothèse aortique, corps bifurqué One Lok, Anaconda, de la société Vascutek France. Ce corps sera destiné à recevoir au moins deux jambages iliaques. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : OLB21, OLB23, OLB25, OLB28, OLB30, OLB32 et OLB34.	426 434	426 434
3161554	**Endoprothèse aortique, Vascutek, Anaconda, jambage.** Endoprothèse aortique, jambage iliaque ou extension iliaque, Anaconda, de la société Vascutek France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : L09 × 060, L09 × 100, L09 × 120, L09 × 140, L10 × 060, L10 × 100, L10 × 120, L10 × 140, L11 × 060, L11 × 100, L11 × 120, L11 × 140, L12 × 060, L12 × 100, L12 × 120, L12 × 140, L13 × 060, L13 × 100, L13 × 120, L13 × 140, L15 × 060, L15 × 100, L15 × 120, L15 × 140, L16 × 060, L16 × 100, L16 × 120, L16 × 140, L17 × 060, L17 × 100, L17 × 120, L17 × 140, L18 × 060, L18 × 100, L18 × 120, L18 × 140, L10 × 080, L11 × 080, L12 × 080, L13 × 080, L15 × 080, L16 × 080, L17 × 080, L18 × 080.	134 356	134 356

3192603	**Endoprothèse aortique, VASCUTEK, ANACONDA, jambage iliaque évasé progressif.** Endoprothèse aortique, jambage iliaque évasé progressif ou extensioniliaque évasé progressive, ANACONDA, de la société VASCUTEK France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : FL 1217x080, FL 1217x110, FL 1217x130, FL 1219x085, FL 1219x110, FL 1219x130, FL 1221x085, FL 1221x110, FL 1221x130, FL 1223x090, FL 1223x110, FL 1223x130, FL 1719x082, FL 1719x110, FL 1719x130, FL 1721x085, FL 1721x110, FL 1721x130, FL 1723x088, FL 1723x110, FL 1723x130, FL 1012x080, FL 1012x110, FL 1012x130, FL 1213x080, FL 1213x110, FL 1213x130, FL 1215x080, FL 1215x110 et FL 1215x130.	134 356	134 356
3103189	**Endoprothèse aortique, VASCUTEK, ANACONDA, jambage iliaque évasé dégressif.** Endoprothèse aortique, jambage iliaque évasé dégressif ou extension iliaque évasé dégressive, ANACONDA, de la société VASCUTEK France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : TL 1210x080, TL 1210x110, TL 1210x130, TL 1312x080, TL 1312x110, TL 1312x130, TL 1512x080, TL 1512x110, TL 1512x130, TL 1712x080, TL 1712x110, TL 1712x130, TL 1912x085, TL 1912x110, TL 1912x130, TL 1917x082, TL 1917x110, TL 1917x130, TL 2112x085, TL 2112x110, TL 2112x130, TL 2117x085, TL 2117x110, TL 2117x130, TL 2312x090, TL 2312x110, TL 2312x130, TL 2317x088, TL 2317x110 et TL 2317x130.	134 356	134 356
3163636	**Endoprothèse aortique, Vascutek, ANACONDA, extension.** Endoprothèse aortique, extension aortique ou coiffe aortique, ANACONDA, de la société Vascutek France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : AEC19, AEC21, AEC23, AEC25, AEC28, AEC30, AEC32, AEC34.	134 356	134 356

3.2.1.2.4.2. Endoprothèses aortiques pour le traitement des pathologies de l'aorte thoracique descendante

Société ABS-Bolton Medical (Bolton)

Les prises en charge de RELAY PLUS et RELAY NBS PLUS sont assurées en cas de :
- anévrismes de plus de 6 cm de diamètre ;
- dissections aiguës lorsqu'il existe une indication opératoire ;
- ulcères pénétrants en cas de complications ;
- ruptures traumatiques de l'isthme dans un contexte de polytraumatisme.

La réalisation de l'implantation doit être effectuée dans des centres ayant l'expertise des deux traitements endovasculaires et chirurgicaux et disposant d'un plateau technique adéquat.
Une réflexion multidisciplinaire doit être mise en œuvre, en particulier, sur le risque de conversion chirurgicale et l'éventuel recours à une circulation extracorporelle (CEC).
La présence d'un collet proximal d'au moins 2 cm de longueur permettant de poser l'endoprothèse doit être vérifiée.
Les patients doivent être informés des avantages et inconvénients des techniques de réparations disponibles que sont la chirurgie ouverte et la prothèse endo-aortique (PEA).
Une surveillance annuelle par CT-scan ou IRM + radiographie doit être réalisée.

La mise en place de RELAY PLUS ou RELAY NBS PLUS doit conduire à l'utilisation d'un élément. A titre exceptionnel, au maximum 2 éléments peuvent être implantés.
Les différents éléments utilisés sont connectés à l'extrémité SAFEX (dans le cas de RELAY PLUS) ou NBS (dans le cas de RELAY NBS PLUS), permettant l'extension de l'endoprothèse.
RELAY PLUS et RELAY NBS PLUS sont implantées grâce au système de déploiement PLUS.
La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	RÉFÉRENCE	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3116269	**Endoprothèse aortique tho., Bolton, RELAY PLUS, syst. mod., corps cyl. droit 100 mm.** Endoprothèse aortique thoracique, RELAY PLUS, système modulaire, corps cylindrique droit de la longueur 100 mm avec extrémité proximale Safex et extrémité distale droite, de la société ABS-Bolton Medical. Seules sont prises en charge les références suivantes : 28-M3 22 090 22 22 90S, 28-M3 24 090 24 22 90S, 28-M3 26 095 26 22 90S, 28-M3 28 095 28 22 90S, 28-M3 30 095 30 22 90S, 28-M3 32 095 32 22 90S, 28-M3 34 100 34 23 90S, 28-M3 36 100 36 23 90S, 28-M3 38 100 38 24 90S, 28-M3 40 105 40 24 90S, 28-M3 42 105 42 25 90S, 28-M3 44 105 44 25 90S, 28-M3 46 105 46 26 90S.	663 738	663 738
3109565	**Endoprothèse aortique tho., Bolton, RELAY PLUS, syst. mod., corps cyl. droit 150 mm.** Endoprothèse aortique thoracique, RELAY PLUS, système modulaire, corps cylindrique droit de la longueur 150 mm avec extrémité proximale Safex et extrémité distale droite, de la société ABS-Bolton Medical. Seules sont prises en charge les références suivantes : 28-M3 22 150 22 22 90S, 28-M3 24 150 24 22 90S, 28-M3 26 155 26 22 90S, 28-M3 28 155 28 22 90S, 28-M3 30 155 30 22 90S, 28-M3 32 155 32 22 90S, 28-M3 34 145 34 23 90S, 28-M3 36 145 36 24 90S, 28-M3 38 145 38 24 90S, 28-M3 40 145 40 25 90S, 28-M3 42 150 42 25 90S, 28-M3 44 155 44 25 90S, 28-M3 46 155 46 26 90S.	1 079 235	1 079 235
3103611	**Endoprothèse aortique tho., Bolton, RELAY PLUS, syst. mod., corps cyl. droit 200 mm.** Endoprothèse aortique thoracique, RELAY PLUS, système modulaire, corps cylindrique droit de la longueur 200 mm avec extrémité proximale Safex et extrémité distale droite, de la société ABS-Bolton Medical. Seules sont prises en charge les références suivantes : 28-M3 22 190 22 22 90S, 28-M3 24 190 24 22 90S, 28-M3 26 195 26 22 90S, 28-M3 28 195 28 22 90S, 28-M3 30 200 30 23 90S, 28-M3 32 200 32 23 90S, 28-M3 34 200 34 24 90S, 28-M3 36 190 36 24 90S, 28-M3 38 190 38 25 90S, 28-M3 40 195 40 25 90S, 28-M3 42 195 42 25 90S, 28-M3 44 200 44 25 90S, 28-M3 46 200 46 26 90S.	1 295 029	1 295 029
3103002	**Endoprothèse aortique tho., Bolton, RELAY PLUS, syst. mod., corps cyl. droit 250 mm.** Endoprothèse aortique thoracique, RELAY PLUS, système modulaire, corps cylindrique droit de la longueur 250 mm avec extrémité proximale Safex et extrémité distale droite, de la société ABS-Bolton Medical. Seules sont prises en charge les références suivantes : 28-M3 22 250 22 23 90S, 28-M3 24 250 24 23 90S, 28-M3 26 250 26 23 90S, 28-M3 28 250 28 23 90S, 28-M3 30 250 30 23 90S, 28-M3 32 250 32 24 90S, 28-M3 34 250 34 24 90S, 28-M3 36 250 36 24 90S, 28-M3 38 250 38 25 90S, 28-M3 40 250 40 25 90S, 28-M3 42 250 42 25 90S, 28-M3 44 250 44 26 90S, 28-M3 46 250 46 26 90S.	1 295 029	1 295 029

3146164	**Endoprothèse aortique tho., Bolton, RELAY PLUS, syst. mod., corps cyl. coniq 150 mm.** Endoprothèse aortique thoracique, RELAY PLUS, système modulaire, corps cylindrique conique de la longueur 150 mm avec extrémité proximale Safex et extrémité distale droite, de la société ABS-Bolton Medical. Seules sont prises en charge les références suivantes : 28-M3 28 155 24 22 90S, 28-M3 30 155 26 22 90S, 28-M3 32 155 28 22 90S, 28-M3 34 145 30 23 90S, 28-M3 36 145 32 24 90S, 28-M3 38 145 34 24 90S, 28-M3 40 145 36 25 90S, 28-M3 42 150 38 25 90S, 28-M3 44 155 40 25 90S, 28-M3 46 155 42 26 90S.	1 079 235	1 079 235
3105774	**Endoprothèse aortique tho., Bolton, RELAY PLUS, syst. mod., corps cyl. coniq 200 mm.** Endoprothèse aortique thoracique, RELAY PLUS, système modulaire, corps cylindrique conique de la longueur 200 mm avec extrémité proximale Safex et extrémité distale droite, de la société ABS-Bolton Medical. Seules sont prises en charge les références suivantes : 28-M3 28 195 24 22 90S, 28-M3 30 200 26 23 90S, 28-M3 32 200 28 23 90S, 28-M3 34 200 30 24 90S, 28-M3 36 190 32 24 90S, 28-M3 38 190 34 25 90S, 28-M3 40 195 36 25 90S, 28-M3 42 195 38 25 90S, 28-M3 44 200 40 25 90S, 28-M3 46 200 42 26 90S.	1 295 029	1 295 029
3136088	**Endoprothèse aortique tho., Bolton, RELAY PLUS, syst. mod., corps cyl. coniq 250 mm.** Endoprothèse aortique thoracique, RELAY PLUS, système modulaire, corps cylindrique conique de la longueur 250 mm avec extrémité proximale Safex et extrémité distale droite, de la société ABS-Bolton Medical. Seules sont prises en charge les références suivantes : 28-M3 28 250 24 23 90S, 28-M3 30 250 26 23 90S, 28-M3 32 250 28 24 90S, 28-M3 34 250 30 24 90S, 28-M3 36 250 32 24 90S, 28-M3 38 250 34 25 90S, 28-M3 40 250 36 25 90S, 28-M3 42 250 38 25 90S, 28-M3 44 250 40 26 90S, 28-M3 46 250 42 26 90S.	1 295 029	1 295 029
3155312	**Endopro. aortique tho., Bolton, RELAY NBS PLUS, syst. mod., corps cyl. droit 100 mm.** Endoprothèse aortique thoracique, RELAY NBS PLUS, système modulaire, corps cylindrique droit de la longueur 100 mm avec extrémité proximale NBS et extrémité distale droite, de la société ABS-Bolton Medical. Seules sont prises en charge les références suivantes : 28-N2 22 099 22 22 90S, 28-N2 24 099 24 22 90S, 28-N2 26 104 26 22 90S, 28-N2 28 104 28 22 90S, 28-N2 30 104 30 22 90S, 28-N2 32 104 32 23 90S, 28-N2 34 109 34 23 90S, 28-N2 36 109 36 24 90S, 28-N2 38 109 38 24 90S, 28- N2 40 114 40 25 90S, 28-N2 42 114 42 25 90S, 28-N2 44 114 44 25 90S, 28-N2 46 114 46 26 90S.	663 738	663 738
3147117	**Endopro. aortique tho., Bolton, RELAY NBS PLUS, syst. mod., corps cyl. droit 150 mm.** Endoprothèse aortique thoracique, RELAY NBS PLUS, système modulaire, corps cylindrique droit de la longueur 150 mm avec extrémité proximale NBS et extrémité distale droite, de la société ABS-Bolton Medical. Seules sont prises en charge les références suivantes : 28-N2 22 159 22 22 90S, 28-N2 24 159 24 22 90S, 28-N2 26 164 26 22 90S, 28-N2 28 164 28 22 90S, 28-N2 30 164 30 22 90S, 28-N2 32 164 32 23 90S, 28-N2 34 154 34 23 90S, 28-N2 36 154 36 24 90S, 28-N2 38 154 38 24 90S, 28- N2 40 154 40 25 90S, 28-N2 42 159 42 25 90S, 28-N2 44 164 44 25 90S, 28-N2 46 164 46 26 90S.	1 079 235	1 079 235
3190389	**Endopro. aortique tho., Bolton, RELAY NBS PLUS, syst. mod., corps cyl. droit 200 mm.** Endoprothèse aortique thoracique, RELAY NBS PLUS, système modulaire, corps cylindrique droit de la longueur 200 mm avec extrémité proximale NBS et extrémité distale droite, de la société ABS-Bolton Medical.	1 295 029	1 295 029

	Seules sont prises en charge les références suivantes : 28-N2 22 199 22 22 90S, 28-N2 24 199 24 22 90S, 28-N2 26 204 26 22 90S, 28-N2 28 204 28 22 90S, 28-N2 30 209 30 23 90S, 28-N2 32 209 32 23 90S, 28-N2 34 209 34 24 90S, 28-N2 36 199 36 24 90S, 28-N2 38 199 38 25 90S, 28- N2 40 204 40 25 90S, 28-N2 42 204 42 25 90S, 28-N2 44 209 44 25 90S, 28-N2 46 209 46 26 90S.		
3182823	**Endopro. aortique tho., Bolton, RELAY NBS PLUS, syst. mod., corps cyl. droit 250 mm.** Endoprothèse aortique thoracique, RELAY NBS PLUS, système modulaire, corps cylindrique droit de la longueur 250 mm avec extrémité proximale NBS et extrémité distale droite, de la société ABS-Bolton Medical. Seules sont prises en charge les références suivantes : 28-N2 22 259 22 22 90S, 28-N2 24 259 24 22 90S, 28-N2 26 259 26 22 90S, 28-N2 28 259 28 23 90S, 28-N2 30 259 30 23 90S, 28-N2 32 259 32 24 90S, 28-N2 34 259 34 24 90S, 28-N2 36 259 36 25 90S, 28-N2 38 259 38 25 90S, 28- N2 40 259 40 25 90S, 28-N2 42 259 42 25 90S, 28-N2 44 259 44 26 90S, 28-N2 46 259 46 26 90S.	1 295 029	1 295 029
3108896	**Endopro. aortique tho., Bolton, RELAY NBS PLUS, syst. mod., corps cyl. coniq 150 mm.** Endoprothèse aortique thoracique, RELAY NBS PLUS, système modulaire, corps cylindrique conique de la longueur 150 mm avec extrémité proximale NBS et extrémité distale droite, de la société ABS-Bolton Medical. Seules sont prises en charge les références suivantes : 28-N2 28 164 24 22 90S, 28-N2 30 164 26 22 90S, 28-N2 32 164 28 23 90S, 28-N2 34 154 30 23 90S, 28-N2 36 154 32 24 90S, 28-N2 38 154 34 24 90S, 28-N2 40 154 36 25 90S, 28-N2 42 159 38 25 90S, 28-N2 44 164 40 25 90S, 28- N2 46 164 42 25 90S.	1 079 235	1 079 235
3121282	**Endopro. aortique tho., Bolton, RELAY NBS PLUS, syst. mod., corps cyl. coniq 200 mm.** Endoprothèse aortique thoracique, RELAY NBS PLUS, système modulaire, corps cylindrique conique de la longueur 200 mm avec extrémité proximale NBS et extrémité distale droite, de la société ABS-Bolton Medical. Seules sont prises en charge les références suivantes : 28-N2 28 204 24 22 90S, 28-N2 30 209 26 23 90S, 28-N2 32 209 28 23 90S, 28-N2 34 209 30 24 90S, 28-N2 36 199 32 24 90S, 28-N2 38 199 34 25 90S, 28-N2 40 204 36 25 90S, 28-N2 42 204 38 25 90S, 28-N2 44 209 40 25 90S, 28- N2 46 209 42 26 90S.	1 295 029	1 295 029
3105277	**Endopro. aortique tho., Bolton, RELAY NBS PLUS, syst. mod., corps cyl. coniq 250 mm.** Endoprothèse aortique thoracique, RELAY NBS PLUS, système modulaire, corps cylindrique conique de la longueur 250 mm avec extrémité proximale NBS et extrémité distale droite, de la société ABS-Bolton Medical. Seules sont prises en charge les références suivantes : 28-N2 28 259 24 23 90S, 28-N2 30 259 26 23 90S, 28-N2 32 259 28 24 90S, 28-N2 34 259 30 24 90S, 28-N2 36 259 32 25 90S, 28-N2 38 259 34 25 90S, 28-N2 40 259 36 25 90S, 28-N2 42 259 38 25 90S, 28-N2 44 259 40 25 90S, 28- N2 46 259 42 26 90S.	1 295 029	1 295 029

Société Cook France

La prise en charge est assurée en cas de:

- anévrismes de plus de 6 cm de diamètre;
- dissections aiguës lorsqu'il existe une indication opératoire;
- ulcères pénétrants en cas de complications;
- ruptures traumatiques de l'isthme dans un contexte de polytraumatisme.

La réalisation de l'implantation doit être effectuée dans des centres ayant l'expertise des deux traitements endovasculaires et chirurgicaux, et disposant d'un plateau technique adéquat.
Une réflexion multidisciplinaire doit être mise en oeuvre, en particulier sur le risque de conversion chirurgicale et l'éventuel recours à une circulation extra-corporelle (CEC).
La présence d'un collet proximal d'au moins 2 cm de longueur permettant de poser l'endoprothèse doit être vérifiée.
Les patients doivent être informés des avantages et inconvénients des techniques de réparations disponibles que sont la chirurgie ouverte et la prothèse endo-aortique (PEA). Une surveillance annuelle par CT-scan ou IRM + radiographie doit être réalisée.
La prise en charge est assurée pour les produits des gammes ZENITH TX2 et ZENITH TX2 PROFORM suivants :

Zenith TX1 et TX2

Code	RÉFÉRENCE	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3138928	**Endoprothèse aortique tho., Cook, ZENITH TX2, syst. mod., corps prox. cylind. sur mes.** Endoprothèse aortique thoracique, ZENITH TX2, système modulaire, corps proximal cylindrique sur mesure, de la société Cook France. Seules sont prises en charge les références : CMD-ZTEG 2P-F-XXXX-XXXXXX.	705 649	705 649
3159528	**Endoprothèse aortique tho., Cook, ZENITH TX2, syst. mod., corps prox. dégres. sur mes.** Endoprothèse aortique thoracique, ZENITH TX2, système modulaire, corps proximal dégressif sur mesure, de la société Cook France. Seules sont prises en charge les références : CMD-ZTEG-2PT-F-XXXX-XXXXXX.	705 649	705 649
3119233	**Endoprothèse aortique tho., Cook, ZENITH TX2, syst. mod., corps dist. cylind. sur mes.** Endoprothèse aortique thoracique, ZENITH TX2, système modulaire, corps distal cylindrique sur mesure, de la société Cook France. Seules sont prises en charge les références : CMD-ZTEG-2D-F-XXXX-XXXXXX.	705 649	705 649

Zenith TX2 Proform

La prise en charge de Zenith TX2 Proform est assurée en cas de :
- anévrismes de plus de 6 cm de diamètre ;
- dissections aiguës lorsqu'il existe une indication opératoire ;
- ulcères pénétrants en cas de complications ;
- ruptures traumatiques de l'isthme dans un contexte de polytraumatisme.

La réalisation de l'implantation doit être effectuée dans des centres ayant l'expertise des deux traitements endovasculaires et chirurgicaux et disposant d'un plateau technique adéquat. Une réflexion multidisciplinaire doit être mise en œuvre, en particulier sur le risque de conversion chirurgicale et l'éventuel recours à une circulation extracorporelle (CEC).
La présence d'un collet proximal d'au moins 2 cm de longueur permettant de poser l'endoprothèse doit être vérifiée.
Les patients doivent être informés des avantages et inconvénients des techniques de réparations disponibles, que sont la chirurgie ouverte et la prothèse endoaortique (PEA). Une surveillance annuelle par CT-scan, ou IRM + radiographie doit être réalisée.

L'utilisation de l'endoprothèse Zenith TX2 Proform est contre-indiquée chez les patients présentant une sensibilité ou une allergie connue à l'acier inoxydable, au polyester, à la brasure (étain, argent), au polypropylène, au nitinol ou à l'or et chez les patients présentant une infection systémique et qui peuvent donc présenter un risque plus élevé d'infection de l'endoprothèse endovasculaire.
La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	RÉFÉRENCE	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3122301	**Endoprothèse aortique tho., Cook, ZENITH TX2 Proform, syst mod, corps prox cylind.** Endoprothèse aortique thoracique, ZENITH TX2 PROFORM, système modulaire, corps proximal cylindrique, de la société Cook France. Seules sont prises en charge les références suivantes : ZTEG-2P-22-115-PF, ZTEG-2P-24-115-PF, ZTEG-2P-26-134-PF, ZTEG-2P-28-120-PF, ZTEG- 2P-28-140-PF, ZTEG-2P-28-200-PF, ZTEG-2P-30-120-PF, ZTEG-2P-30-140-PF, ZTEG-2P-30- 200-PF, ZTEG-2P-32-120-PF, ZTEG-2P-32-140-PF, ZTEG-2P-32-200-PF, ZTEG-2P-34-127-PF, ZTEG-2P-34-152-PF, ZTEG-2P-34-202-PF, ZTEG-2P-36-127-PF, ZTEG-2P-36-152-PF, ZTEG- 2P-36-202-PF, ZTEG-2P-38-127-PF, ZTEG-2P-38-152-PF, ZTEG-2P-38-202-PF, ZTEG-2P-40- 108-PF, ZTEG-2P-40-135-PF, ZTEG-2P-40-162-PF, ZTEG-2P-40-216-PF, ZTEG-2P-42-108-PF, ZTEG-2P-42-135-PF, ZTEG-2P-42-162-PF, ZTEG-2P-42-216-PF.	705 649	705 649
3101078	**Endoprothèse aortique tho., Cook, ZENITH TX2 Proform, syst mod, corps prox dégres.** Endoprothèse aortique thoracique, ZENITH TX2 PROFORM, système modulaire, corps proximal dégressif, de la société Cook France. Seules sont prises en charge les références suivantes : ZTEG-2PT-32-160-PF, ZTEG-2PT-32-200-PF, ZTEG-2PT-34-157-PF, ZTEG-2PT-34-197-PF, ZTEG-2PT-36-157-PF, ZTEG-2PT-36-197-PF, ZTEG-2PT-38-152-PF, ZTEG-2PT-38-202-PF, ZTEG-2PT-40-158-PF, ZTEG-2PT-40-208-PF, ZTEG-2PT-42-158-PF, ZTEG-2PT-42-208-PF.	705 649	705 649
3176320	**Endoprothèse aortique tho., Cook, ZENITH TX2 Proform, syst mod, corps dist cylind.** Endoprothèse aortique thoracique, ZENITH TX2 PROFORM, système modulaire, corps distal cylindrique, de la société Cook France. Seules sont prises en charge les références suivantes : ZTEG-2D-28-127-PF, ZTEG-2D-28-147-PF, ZTEG-2D-28-207-PF, ZTEG-2D-30-127-PF, ZTEG-2D-30-147-PF, ZTEG-2D-30-207-PF, ZTEG-2D-32-127-PF, ZTEG-2D-32-147-PF, ZTEG-2D-32-207-PF, ZTEG-2D-34-136-PF, ZTEG-2D-34-186-PF, ZTEG-2D-36-136-PF, ZTEG-2D-36-186-PF, ZTEG-2D-38-136-PF, ZTEG-2D-38-186-PF, ZTEG-2D-40-144-PF, ZTEG-2D-40-198-PF, ZTEG-2D-42-144-PF, ZTEG-2D-42-198-PF.	705 649	705 649
3170725	**Endoprothèse aortique tho., Cook, ZENITH TX2 Proform, extension proximale.** Endoprothèse aortique thoracique, ZENITH TX2 PROFORM, extension proximale, de la société Cook France. Seules sont prises en charge les références suivantes : TBE-22-80-PF, TBE-24-80-PF, TBE-26-80-PF, TBE-28-80-PF, TBE-30-80-PF, TBE-32-80-PF, TBE-34-77-PF, TBE-36-77-PF, TBE-38-77-PF, TBE-40-81-PF, TBE-42-81-PF.	602 775	602 775

3155170	**Endoprothèse aortique tho., Cook, ZENITH TX2 Proform, extension distale.** Endoprothèse aortique thoracique, ZENITH TX2 PROFORM, extension distale, de la société Cook France. Seules sont prises en charge les références suivantes : ESBE-22-80-T-PF, ESBE-24-80-T-PF, ESBE-26-80-T-PF, ESBE-28-80-T-PF, ESBE-30-80-T-PF, ESBE-32-80-T-PF, ESBE-34-77-T-PF, ESBE-36-77-T-PF, ESBE-38-77-T-PF, ESBE-40-81-T-PF, ESBE-42-81-T-PF.	314 783	314 783

Société Medtronic France (MEDTRONIC) SAS

La prise en charge de VALIANT est assurée en cas de :
- anévrismes de plus de 6 cm de diamètre ;
- dissections aiguës lorsqu'il existe une indication opératoire ;
- ulcères pénétrants en cas de complications ;
- ruptures traumatiques de l'isthme dans un contexte de polytraumatisme.

La réalisation de l'implantation doit être effectuée dans des centres ayant l'expertise des deux traitements endovasculaires et chirurgicaux, et disposant d'un plateau technique adéquat. Une réflexion multidisciplinaire doit être mise en œuvre, en particulier, sur le risque de conversion chirurgicale et l'éventuel recours à une circulation extra-corporelle (CEC).

La présence d'un collet proximal d'au moins 2 cm de longueur permettant de poser l'endoprothèse doit être vérifiée.

Les patients doivent être informés des avantages et inconvénients des techniques de réparations disponibles que sont la chirurgie ouverte et la prothèse endo-aortique (PEA). Une surveillance annuelle par CT-scan, ou IRM + radiographie doit être réalisée.

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	RÉFÉRENCE	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3188576	**Endoprothèse aortique thoracique, MEDTRONIC, VALIANT CAPTIVIA, système modulaire, prox freeflo 100 mm.** Endoprothèse aortique thoracique, VALIANT CAPTIVIA, système modulaire, corps proximal ou section principale de longueur 100 mm avec extrémité proximale FreeFlo et extrémité distale closed web de la société MEDTRONIC France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : VAMF2222C100TE - VAMF2424C100TE - VAMF2626C100TE - VAMF2828C100TE - VAMF3030C100TE - VAMF3232C100TE - VAMF3434C100TE - VAMF3636C100TE - VAMF3838C100TE - VAMF4040C100TE - VAMF4242C100TE - VAMF4444C100TE - VAMF4646C100TE	663 722	663 722
3154034	**Endoprothèse aortique thoracique, MEDTRONIC, VALIANT CAPTIVIA, système modulaire, prox freeflo 150 mm**. Endoprothèse aortique thoracique, VALIANT CAPTIVIA, système modulaire, corps proximal ou section principale de longueur 150 mm avec extrémité proximale FreeFlo et extrémité distale closed web de la société MEDTRONIC France.	1 079 235	1 079 235

	La prise en charge est assurée pour les références suivantes : VAMF2222C150TE - VAMF2424C150TE - VAMF2626C150TE - VAMF2828C150TE - VAMF3030C150TE - VAMF3232C150TE - VAMF3434C150TE - VAMF3636C150TE - VAMF3838C150TE - VAMF4040C150TE - VAMF4242C150TE - VAMF4444C150TE - VAMF4646C150TE.		
3177466	**Endoprothèse aortique thoracique, MEDTRONIC, VALIANT CAPTIVIA, système modulaire, système modulaire, prox freeflo 200 mm.** Endoprothèse aortique thoracique, VALIANT CAPTIVIA, système modulaire, corps proximal ou section principale de longueur 200 mm avec extrémité proximale FreeFlo et extrémité distale closed web de la société MEDTRONIC France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : VAMF3030C200TE - VAMF3232C200TE - VAMF3434C200TE - VAMF3636C200TE - VAMF3838C200TE - VAMF4040C200TE - VAMF4242C200TE - VAMF4444C200TE - VAMF4646C200TE.	1 295 029	1 295 029
3123192	**Endoprothèse aortique thoracique, MEDTRONIC, VALIANT CAPTIVIA, système modulaire, distal CW 100 mm.** Endoprothèse aortique thoracique, VALIANT CAPTIVIA, système modulaire, corps distal ou section additionnelle de longueur 100 mm avec extrémité proximale et distale closed web (CW) de la société MEDTRONIC France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : VAMC2222C100TE - VAMC2424C100TE - VAMC2626C100TE - VAMC2828C100TE - VAMC3030C100TE - VAMC3232C100TE - VAMC3434C100TE - VAMC3636C100TE - VAMC3838C100TE - VAMC4040C100TE - VAMC4242C100TE - VAMC4444C100TE - VAMC4646C100TE.	663 722	663 722
3142255	**Endoprothèse aortique thoracique, MEDTRONIC, VALIANT CAPTIVIA, système modulaire, distal CW 150 mm.** Endoprothèse aortique thoracique, VALIANT CAPTIVIA, système modulaire, corps distal ou section additionnelle de longueur 150 mm avec extrémité proximale et distale closed web (CW) de la société MEDTRONIC France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : VAMC2222C150TE - VAMC2424C150TE - VAMC2626C150TE - VAMC2828C150TE - VAMC3030C150TE - VAMC3232C150TE - VAMC3434C150TE - VAMC3636C150TE - VAMC3838C150TE - VAMC4040C150TE - VAMC4242C150TE - VAMC4444C150TE - VAMC4646C150TE.	1 079 235	1 079 235
3111591	**Endoprothèse aortique thoracique, MEDTRONIC, VALIANT CAPTIVIA, système modulaire, distal CW 200 mm.** Endoprothèse aortique thoracique, VALIANT CAPTIVIA, système modulaire, corps distal ou section additionnelle de longueur 200 mm avec extrémité proximale et distale closed web (CW) de la société MEDTRONIC France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : VAMC3030C200TE - VAMC3232C200TE - VAMC3434C200TE - VAMC3636C200TE - VAMC3838C200TE - VAMC4040C200TE - VAMC4242C200TE - VAMC4444C200TE - VAMC4646C200TE.	1 295 029	1 295 029

3149197	**Endoprothèse aortique thoracique, MEDTRONIC, VALIANT CAPTIVIA, système modulaire, distal CWBS 100 mm.** Endoprothèse aortique thoracique, VALIANT CAPTIVIA, système modulaire, corps distal ou section additionnelle distale de longueur 100 mm avec extrémité proximale closed web (CW) et distale bare spring (BS) de la société MEDTRONIC France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : VAMC2222B100TE - VAMC2424B100TE - VAMC2626B100TE - VAMC2828B100TE - VAMC3030B100TE - VAMC3232B100TE – VAMC3434B100TE - VAMC3636B100TE - VAMC3838B100TE - VAMC4040B100TE – VAMC4242B100TE - VAMC4444B100TE - VAMC4646B100TE.	663 722	663 722
3110580	**Endoprothèse aortique thoracique, MEDTRONIC, VALIANT CAPTIVIA, système modulaire, prox degres 150 mm.** Endoprothèse aortique thoracique, VALIANT CAPTIVIA, système modulaire, corps proximal dégressive ou section additionnelle proximale dégressive de longueur 150 mm avec extrémité proximale et distale closed web (CW) de la société MEDTRONIC France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : VAMC2622C150TE - VAMC2824C150TE - VAMC3026C150TE - VAMC3228C150TE - VAMC3430C150TE - VAMC3632C150TE - VAMC3834C150TE - VAMC4036C150TE - VAMC4238C150TE - VAMC4440C150TE - VAMC4642C150TE.	1 079 235	1 079 235

Société WL Gore & Associés (GORE)

La prise en charge de TAG et CONFORMABLE TAG est assurée en cas de :
- anévrismes de plus de 6 cm de diamètre ;
- dissections aiguës lorsqu'il existe une indication opératoire ;
- ulcères pénétrants en cas de complications ;
- ruptures traumatiques de l'isthme dans un contexte de polytraumatisme.

La réalisation de l'implantation doit être effectuée dans des centres ayant l'expertise des deux traitements endovasculaires et chirurgicaux et disposant d'un plateau technique adéquat.
Une réflexion multidisciplinaire doit être mise en œuvre, en particulier, sur le risque de conversion chirurgicale et l'éventuel recours à une circulation extracorporelle (CEC).
La présence d'un collet proximal d'au moins 2 cm de longueur, permettant de poser l'endoprothèse doit être vérifiée.
Les patients doivent être informés des avantages et inconvénients des techniques de réparations disponibles, que sont la chirurgie ouverte et la prothèse endo-aortique (PEA).
Une surveillance annuelle par CT-scan, ou IRM + radiographie doit être réalisée.
La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	**DESIGNATION**	**Tarif en F.CFP**	**PLV en F.CFP TTC**

3105900	**Endoprothèse aort tho., système mod, GORE, TAG, 100 mm** Endoprothèse aortique thoracique, TAG, système modulaire, corps de longueur 100 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : TAG2610, TAG2810, TAG3110, TAG3410, TAG3710, TAG4010 et TAG4510.	663 722	663 722
3181835	**Endoprothèse aort tho., système mod, GORE, TAG, 150 mm** Endoprothèse aortique thoracique, TAG, système modulaire, corps de longueur 150 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : TAG2815, TAG3115, TAG3415, TAG3715, TAG4015, TAG4515.	1 079 235	1 079 235
3169107	**Endoprothèse aort tho., système mod, GORE, TAG, 200 mm** Endoprothèse aortique thoracique, TAG, système modulaire, corps de longueur 200 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : TAG3420, TAG3720, TAG4020, TAG4520.	1 295 029	1 295 029
3121170	**Endoprothèse aort tho., système mod, GORE, Conformable-TAG, 100 mm.** Endoprothèse aortique thoracique, Conformable-TAG, système modulaire, corps de longueur 100 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : TGE212110, TGE262610, TGE282810, TGE313110, TGE343410, TGE373710, TGE404010, TGE454510.	663 722	663 722
3105969	**Endoprothèse aort tho., système mod, GORE, Conformable-TAG, 150 mm.** Endoprothèse aortique thoracique, Conformable-TAG, système modulaire, corps de longueur 150 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : TGE282815, TGE313115, TGE343415, TGE373715, TGE404015, TGE454515.	1 079 235	1 079 235
3134362	**Endoprothèse aort tho., système mod, GORE, Conformable-TAG, 200 mm** Endoprothèse aortique thoracique, Conformable-TAG, système modulaire, corps de longueur 200 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : TGE343420, TGE373720, TGE404020, TGE454520.	1 295 029	1 295 029
3107537	**Endoprothèse aort tho., système mod, dégressif, GORE, Conformable-TAG, 100 mm** Endoprothèse aortique thoracique, Conformable-TAG, système modulaire, corps dégressif de longueur 100 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : TGE262110, TGE312610.	663 722	663 722

3.2.1.2.4.3. Endoprothèses veineuses pour le traitement des pathologies de la veine cave supérieure et des veines innominées

Société Boston Scientific SA (Boston)

Code	RÉFÉRENCE	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3120621	**Endoprothèse veineuse, BOSTON, WALLSTENT.**	112 721	112 721

	WALLSTENT est composé de 2 parties : un stent métallique implantable, autoexpansible, et du dispositif de mise en place UNISTEP Plus. La prise en charge est assurée pour les lésions de la veine cave supérieure et des veines innominées dans les indications suivantes : - le traitement d'un syndrome cave supérieure (d'origine maligne) mal toléré, malgré un traitement médical bien conduit et, si nécessaire, un traitement radiochimique adapté à la lésion initiale ; - le traitement d'une obstruction de la voie veineuse centrale ou pour l'augmentation du diamètre de la lumière de la voie veineuse centrale suite à l'échec de l'angioplastie (resténose précoce ou sténose résiduelle) chez des patients en hémodialyse chronique ayant une sténose de la voie veineuse de sortie. Les vaisseaux pouvant être traités à l'aide de l'endoprothèse WALLSTENT sont les veines brachio-céphaliques et sous-clavières dont le diamètre est compris entre 8 et 15 mm. L'angioplastie est considérée comme un échec en cas de sténose résiduelle > 30 % pour une veine dont le diamètre est < 10 mm ou > 50 % pour une veine dont le diamètre est supérieur à 10 mm, une déchirure affectant l'intégrité de la lumière de l'intima, une occlusion brutale du site de la lésion ou un spasme réfractaire. Dans l'indication de traitement d'un syndrome cave supérieure, la prise en charge devra se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire incluant chirurgiens et oncologues. Dans l'indication relative aux patients en hémodialyse chronique, la prise en charge devra se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire avec des équipes chirurgicales et des équipes de dialyse pour ne pas compromettre une modification de l'abord d'hémodialyse. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - diamètre 10 mm : M001731320, M001731330, M001731340, M001731350, M001731360, M001731370, M001731380, M001731390 ; - diamètre 12 mm : M001731400, M001731410, M001731420, M001731430, M001731440, M001731450, M001731460, M001731470 ; - diamètre 14 mm : M001731480, M001731490, M001731500, M001731510 ; - diamètre 16 mm : M001731520, M001731530, M001731540, M001731550 ; - diamètre 18 mm : M001731560, M001731570, M001731580 ; - diamètre 20 mm : M001731590, M001731600, M001731610 ;		

3.2.1.2.4.4. Endoprothèses artérielles des lésions de l'artère poplitée, des artères sous-poplitées et fémoro-poplitées

Société Abbott France (Abbott)

Code	RÉFÉRENCE	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3128373	**Endoprothèse artérielle périphérique auto-expansible, Abbott, XPERT.** Système d'endoprothèse artérielle périphérique auto-expansible XPERT, de la société Abbott France.	112 721	112 721

	La prise en charge est assurée pour le traitement des lésions artérielles sous-poplitées du membre inférieur en cas de résultat insuffisant de l'angioplastie par ballonnet caractérisé par la présence d'une sténose résiduelle, de resténose, de dissection, d'une occlusion aiguë ou de principe en première intention pour les recanalisations. L'implantation de ce dispositif est contre-indiquée en cas de : - troubles de la coagulation ; - lésions calcifiées résistant à l'angioplastie ; - obstruction en amont d'un lit distal à faible débit ; - présence de thrombus frais ou de matériel embolique ; - lésions de bifurcation. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - diamètre 3 mm : EX8S2003, EX8S3003, EX8S4003, EX8L2003, EX8L3003, EX8L4003 ; - diamètre 4 mm : EX8S2004, EX8S3004, EX8S4004, EX8S6004, EX8L2004, EX8L3004, EX8L4004, EX8L6004, 83010-02, 83011-02. - diamètre 5 mm : EX8S2005, EX8S3005, EX8S4005, EX8S6005, EX8L2005, EX8L3005, EX8L4005, EX8L6005 ; - diamètre 6 mm : EX8S2006, EX8S3006, EX8S4006, EX8S6006, EX8L2006, EX8L3006, EX8L4006, EX8L6006 ; - diamètre 8 mm : EX8S3008, EX8S4008, EX8S6008, EX8L3008, EX8L4008, EX8L6008.		
3163607	**Endoprothèse artérielle périphérique auto-expansible, Abbott, XPERT PRO.** La prise en charge est assurée pour le traitement des lésions artérielles sous-poplitées du membre inférieur en cas de résultat insuffisant de l'angioplastie par ballonnet caractérisé par la présence d'une sténose résiduelle, de resténose, de dissection, d'une occlusion aiguë ou de principe en première intention pour les recanalisations. Contre-indications : - troubles de la coagulation ; - lésions calcifiées résistant à l'angioplastie ; - obstruction en amont d'un lit distal à faible débit ; - présence de thrombus frais ou de matériel embolique ; - lésions de bifurcation. Références prises en charge : - Diamètre 3 mm : 17525-20, 17525-30, 17525-40, 17525-60, 17525-80, 17525-100, 17538-20, 17538-30, 17538-40, 17538-60, 17538-80, 17538-100 ; - Diamètre 4 mm : 17526-20, 17526-30, 17526-40, 17526-60, 17526-80, 17526-100, 17539-20, 17539-30, 17539-40, 17539-60, 17539-80, 17539-100 ; - Diamètre 5 mm : 17527-20, 17527-30, 17527-40, 17527-60, 17527-80, 17527-100, 17540-20, 17540-30, 17540-40, 17540-60, 17540-80, 17540-100 ; - Diamètre 6 mm : 17528-20, 17528-30, 17528-40, 17528-60, 17528-80, 17541-20, 17541-30, 17541-40, 17541-60, 17541-80 ; - Diamètre 8 mm : 17529-30, 17529-40, 17529-60, 17542-30, 17542-40, 17542-60.	112 721	112 721

3119210	**Endoprothèse périphérique, stent lib évérolimus, Abbott, XIENCE PRIME BTK** Endoprothèse artérielle périphérique à libération d'évérolimus XIENCE PRIME BTK de la société Abbott France. Indications de prise en charge: Traitement de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, au stade ischémie critique, imputable à des lésions (⌟ 40 mm) artérielles sous poplitées avec un diamètre de vaisseau de référence ≥ 2,25 mm et ≤ 4,25 mm, après échec de l'angioplastie par ballonnet. Modalités de prescription: La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire. Références prises en charge: –diamètre 2,25 mm: 1012645-08, 1012645-12, 1012645-15, 1012645-18, 1012645-23, 1012645-28 –diamètre 2,5 mm: 1012646-08, 1012646-12, 1012646-15, 1012646-18, 1012646-23, 1012646-28, 1012646-33, 1012646-38 –diamètre 2,75 mm: 1012647-08, 1012647-12, 1012647-15, 1012647-18, 1012647-23, 1012647-28, 1012647-33, 1012647-38 –diamètre 3 mm: 1012648-08, 1012648-12, 1012648-15, 1012648-18, 1012648-23, 1012648-28, 1012648-33, 1012648-38 –diamètre 3,5 mm: 1012649-08, 1012649-12, 1012649-15, 1012649-18, 1012649-23, 1012649-28, 1012649-33, 1012649-38 –diamètre 4 mm: 1012650-08, 1012650-12, 1012650-15, 1012650-18, 1012650-23, 1012650-28, 1012650-33, 1012650-38	112 722	112 722

Société Boston Scientific SAS (Boston)

Code	RÉFÉRENCE	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3124300	**Endoprothèse périphérique, stent lib évérolimus, Boston, PROMUS BTK** Endoprothèse artérielle périphérique à libération d'évérolimus avec système de mise en place monorail, PROMUS ELEMENT PLUS MONORAIL BTK de la société Boston Scientific SAS. Indications prises en charge : Traitement de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, au stade ischémie critique, imputable à des lésions (⌟ 40 mm) artérielles sous poplitées avec un diamètre de vaisseau de référence ≥ 2,25 mm et ≤ 4,25 mm, après échec de l'angioplastie par ballonnet. Modalités de prescription : La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire. Références prises en charge : H74939215220810, H74939215221210, H74939215221610, H74939215222010, H74939215222410, H74939215222810, H74939215223210, H74939215250810, H74939215251210, H74939215251610, H74939215252010, H74939215252410, H74939215252810, H74939215253210, H74939215253810, H74939215270810, H74939215271210, H74939215271610, H74939215272010, H74939215272410,	112 722	112 722

	H74939215272810, H74939215273210, H74939215273810, H74939215300810, H74939215301210, H74939215301610, H74939215302010, H74939215302410, H74939215302810, H74939215303210, H74939215303810, H74939215350810, H74939215351210, H74939215351610, H74939215352010, H74939215352410, H74939215352810, H74939215353210, H74939215353810, H74939215400810, H74939215401210, H74939215401610, H74939215402010, H74939215402410, H74939215402810, H74939215403210, H74939215403810.		
3188330	**Endoprothèse périphérique, stent lib évérolimus, Boston, PROMUS OTW BTK** Endoprothèse artérielle périphérique à libération d'évérolimus avec système de mise en place coaxial, PROMUS ÉLÉMENT PLUS Over the Wire BTK de la société Boston Scientific SAS. Indications prise en charge : Traitement de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, au stade ischémie critique, imputable à des lésions (⌋ 40 mm) artérielles sous poplitées avec un diamètre de vaisseau de référence ≥ 2,25 mm et ≤ 4,25 mm, après échec de l'angioplastie par ballonnet. Modalités de prescription : La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire. Références prises en charge : H74939227220810, H74939227221210, H74939227221610, H74939227222010, H74939227222410, H74939227222810, H74939227223210, H74939227250810, H74939227251210, H74939227251610, H74939227252010, H74939227252410, H74939227252810, H74939227253210, H74939227253810, H74939227270810, H74939227271210, H74939227271610, H74939227272010, H74939227272410, H74939227272810, H74939227273210, H74939227273810, H74939227300810, H74939227301210, H74939227301610, H74939227302010, H74939227302410, H74939227302810, H74939227303210, H74939227303810, H74939227350810, H74939227351210, H74939227351610, H74939227352010, H74939227352410, H74939227352810, H74939227353210, H74939227353810, H74939227400810, H74939227401210, H74939227401610, H74939227402010, H74939227402410, H74939227402810, H74939227403210, H74939227403810.	112 722	112 722

Société WL GORE & Associés (GORE)

La prise en charge de VIABAHN est assurée pour le traitement des anévrismes de l'artère poplitée (AAP) symptomatiques ou asymptomatiques ? 20 mm de diamètre ou < 20 mm avec un thrombus mural.

La sélection des patients à la pose de l'endoprothèse VIABAHN doit être effectuée par une équipe multidisciplinaire incluant un chirurgien vasculaire et un radiologue interventionnel.

L'implantation de l'endoprothèse VIABAHN doit être réalisée par des chirurgiens vasculaires et les radiologues interventionnels formés à la technique.

Les patients doivent être informés des avantages et des inconvénients des deux techniques et des incertitudes à long terme, et de l'évolutivité possible de l'AAP.

Un traitement antiagrégant plaquettaire doit être administré avant la procédure, maintenu pendant la procédure et au cours de la période postopératoire. Le choix du traitement est laissé à l'appréciation du médecin.

La procédure peut être réalisée sous anesthésie locale ou générale, selon les recommandations suivantes :

- la taille de l'endoprothèse à implanter doit être déterminée par des techniques de mesures précises, en prenant comme références la mesure du diamètre du vaisseau natif et la longueur de l'AAP ;

- pour assurer une implantation adéquate, le diamètre de l'implant doit être de 5 % à 20 % supérieur au diamètre de l'artère poplitée en amont et aval de l'AAP.
- l'endoprothèse doit recouvrir le vaisseau sain sur au moins 2 cm en amont et aval de l'AAP ;
- le positionnement de l'endoprothèse doit être contrôlé et confirmé sous examen fluoroscopique ;
- une angiographie de contrôle doit être effectuée afin d'évaluer l'exclusion du segment anévrismal ;
- si plusieurs dispositifs sont nécessaires :
- ils doivent se superposer sur au moins 2 cm. L'ajustement par ballon du premier dispositif doit être effectué avant la mise en place du second dispositif ;
- si des dispositifs de diamètres différents sont utilisés, le plus petit diamètre doit être mis en place en premier, puis le dispositif le plus large est introduit à l'intérieur du premier. En principe (sauf pour les diamètres de 11 et 13 mm), les diamètres des dispositifs emboîtés ne doivent pas différer de plus de 1 mm ;
- la zone de recouvrement doit se situer au-dessus du creux poplité et ne doit pas être au niveau des extrémités de l'AAP. La mise en place de VIABAHN doit conduire à l'utilisation d'au maximum 3 éléments par anévrisme traité.

La surveillance du patient implanté avec VIABAHN est obligatoire à long terme. Cette surveillance est sous la responsabilité de l'implanteur selon un calendrier précis dont le patient aura été informé.

Code	RÉFÉRENCE	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3126109	**Endoprothèse artérielle couverte, GORE, VIABAHN.** La prise est en charge est assurée pour les références suivantes : Diam 5 : PAC050202, PAC050502, PAC051002, PAC051502 Diam 6 : PAC060201, PAC060202, PAC060501, PAC060502, PAC061001, PAC061002, PAC061501, PAC061502 Diam 7 : PAC070201, PAC070202, PAC070501, PAC070502, PAC071001, PAC071002, PAC071501, PAC071502 Diam 8 : PAC080201, PAC080202, PAC080501, PAC080502, PAC081001, PAC081002, PAC081501, PAC081502 Diam 9 : PAC090502, PAC091002, PAC091502 Diam 10 : PAC100502, PAC101002, PAC101502 Diam 11 : PAC110502, PAC111002 Diam 13 : PAC130502, PAC131002	267 900	267 900

Société Cook France (COOK)

Code	RÉFÉRENCE	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3141310	**Endoprothèse périphérique, stent lib paclitaxel, Cook, Zilver PTX.** Endoprothèse vasculaire périphérique, stent à libération de principeactif (paclitaxel) Zilver PTX de la société Cook France. La prise en charge est assurée pour le traitement de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs symptomatique imputable à des lésions (de longueur < 14 cm) des artères fémoro-poplitées au-dessus du genou, ayant un diamètre de référence compris entre 4 et 9 mm, après échec de l'angioplastie par ballonnet. La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire.	123 234	123 234

	L'endoprothèse est préchargée dans un cathéter de largage de 7,0 Fr (système d'introduction de 120 cm de longueur) ou 6,0 Fr (système d'introduction de 80 ou 125 cm de longueur). L'endoprothèse Zilver PTX est disponible en diamètres : 5, 6, 7, 8, 9 et 10 mm en version 6 Fr ; 6, 7, 8, 9, 10 mm en version 7 Fr. Les longueurs disponibles sont : 20, 30, 40, 60, 80, 100 et 120 mm en version 6 Fr ; 20, 30, 40, 60, et 80 mm en version 7 Fr. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Système d'introduction 80 cm de Zilver PTX 6 Fr : ZIV6-35-80-5-20-PTX, ZIV6-35-80-5-30-PTX, ZIV6-35-80-5-40-PTX, ZIV6-35-80-5-60-PTX, ZIV6-35-80-5-80-PTX, ZIV6-35-80-5-100-PTX, ZIV6-35-80-5-120-PTX, ZIV6-35-80-6-20-PTX, ZIV6-35-80-6-30-PTX, ZIV6-35-80-6-40-PTX, ZIV6-35-80-6-60-PTX, ZIV6-35-80-6-80-PTX, ZIV6-35-80-6-100-PTX, ZIV6-35-80-6-120-PTX, ZIV6-35-80-7-20-PTX, ZIV6-35-80-7-30-PTX, ZIV6-35-80-7-40-PTX, ZIV6-35-80-7-60-PTX, ZIV6-35-80-7-80-PTX, ZIV6-35-80-7-100-PTX, ZIV6-35-80-7-120-PTX, ZIV6-35-80-8-20-PTX, ZIV6-35-80-8-30-PTX, ZIV6-35-80-8-40-PTX, ZIV6-35-80-8-60-PTX, ZIV6-35-80-8-80-PTX, ZIV6-35-80-8-100-PTX, ZIV6-35-80-8-120-PTX, ZIV6-35-80-9-20-PTX, ZIV6-35-80-9-30-PTX, ZIV6-35-80-9-40-PTX, ZIV6-35-80-9-60-PTX, ZIV6-35-80-9-80-PTX, ZIV6-35-80-9-100-PTX, ZIV6-35-80-9-120-PTX, ZIV6-35-80-10-20-PTX, ZIV6-35-80-10-30-PTX, ZIV6-35-80-10-40-PTX, ZIV6-35-80-10-60-PTX, ZIV6-35-80-10-80-PTX, ZIV6-35-80-10-100-PTX, ZIV6-35-80-10-120-PTX. Système d'introduction 125 cm de Zilver PTX 6 Fr : ZIV6-35-125-5-20-PTX, ZIV6-35-125-5-30-PTX, ZIV6-35-125-5-40-PTX, ZIV6-35-125-5-60-PTX, ZIV6-35-125-5-80-PTX, ZIV6-35-125- 5-100-PTX, ZIV6-35-125-5-120-PTX, ZIV6-35-125-6-20-PTX, ZIV6-35-125-6-30-PTX, ZIV6-35-125-6-40-PTX, ZIV6-35-125-6-60-PTX, ZIV6-35-125-6-80-PTX, ZIV6-35-125-6-100-PTX, ZIV6-35-125-6- 120-PTX, ZIV6-35-125-7-20-PTX, ZIV6-35-125-7-30-PTX, ZIV6-35-125-7-40-PTX, ZIV6-35-125-7-60-PTX, ZIV6-35-125-7-80-PTX, ZIV6-35-125-7-100-PTX, ZIV6-35-125-7-120-PTX, ZIV6-35-125-8- 20-PTX, ZIV6-35-125-8-30-PTX, ZIV6-35-125-8-40-PTX, ZIV6-35-125-8-60-PTX, ZIV6-35-125-8-80-PTX, ZIV6-35-125-8-100-PTX, ZIV6-35-125-8-120-PTX, ZIV6-35-125-9-20-PTX, ZIV6-35-125-9- 30-PTX, ZIV6-35-125-9-40-PTX, ZIV6-35-125-9-60-PTX, ZIV6-35-125-9-80-PTX, ZIV6-35-125-9-100-PTX, ZIV6-35-125-9-120-PTX, ZIV6-35-125-10-20-PTX, ZIV6-35-125-10-30-PTX, ZIV6-35-125-10- 40-PTX, ZIV6-35-125-10-60-PTX, ZIV6-35-125-10-80-PTX, ZIV6-35-125-10-100-PTX, ZIV6-35-125-10-120-PTX. Système d'introduction 120 cm de Zilver PTX 7 Fr : ZIV7-35-120-6-20-PTX, ZIV7-35-120-7-20-PTX, ZIV7-35-120-8-20- PTX, ZIV7-35-120-9-20-PTX, ZIV7-35-120-10-20-PTX, ZIV7-35- 120-6-30-PTX, ZIV7-35-120-7-30-PTX, ZIV7-35-120-8-30-PTX, ZIV7-35-120-9-30-PTX, ZIV7-35-120-10-30-PTX, ZIV7-35-120-6- 40-PTX, ZIV7-35-120-7-40-PTX, ZIV7-35-120-8-40-PTX, ZIV7-		

	35-120-9-40-PTX, ZIV7-35-120-10-40-PTX, ZIV7-35-120-6-60-PTX, ZIV7-35-120-7-60-PTX, ZIV7-35-120-8-60-PTX, ZIV7-35-120-9-60- PTX, ZIV7-35-120-10-60-PTX, ZIV7-35-120-6-80-PTX, ZIV7-35- 120-7-80-PTX, ZIV7-35-120-8-80-PTX, ZIV7-35-120-9-80-PTX, ZIV7-35-120-10-80-PTX.		

3.2.1.2.5. Paragraphe 5: Stent intracrânien auto-expansible

La prise en charge est assurée pour l'aide à l'occlusion endovasculaire, par confinement de micro-spires à libération contrôlée, d'anévrismes intracrâniens, rompus ou non rompus, à collet large (fusiformes, sacciformes ou disséquants) pour lesquels le traitement endovasculaire simple (micro-spires seules) ou assisté par ballon est impossible.
MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION :
Ces stents doivent être utilisés uniquement par des équipes compétentes et en association avec des microspires à libération contrôlée.
L'embolisation doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie interventionnelle dans un centre certifié, conformément à la réglementation en vigueur.
La prise en charge est assurée pour les stents intracrâniens suivants:

3.2.1.2.5.1. Société Balt Extrusion (Balt)

Code	RÉFÉRENCE	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3101316	**Stent intracrânien auto-expansible, BALT, LEO +** La prise en charge de ce stent intracrânien est assurée pour les références suivantes : LEO 2,5 × 12, LEO 2,5 × 18, LEO 3,5 × 12, LEO 3,5 × 18, LEO 3,5 × 25, LEO 4,5 × 20, LEO 4,5 × 25, LEO 4,5 × 30, LEO 4,5 × 40, LEO 4,5 × 50, LEO 5,5 × 25, LEO 5,5 × 30, LEO 5,5 × 35, LEO 5,5 × 50, LEO 5,5 × 75, LEO 6,5 × 30, LEO 6,5 × 35, LEO 6,5 × 40, LEO 6,5 × 60, LEO 6,5 × 80, LEO 7,5 × 35, LEO 7,5 × 50, LEO 7,5 × 70 et LEO 7,5 × 95.	369 032	369 032
3171593	**Stent intracrânien auto-expansible, BALT, LEO + sur mesure.**	369 032	369 032

3.2.1.2.5.2. Société Covidien France (Covidien)

Code	RÉFÉRENCE	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3196854	**Stent intracrânien auto-expansible, Covidien, SOLITAIRE AB.** Modalités d'utilisation Le détachement se fait à l'aide d'un système de détachement spécifique au stent SOLITAIRE et des câbles associés à ce système de détachement permettant un détachement par activation électrolytique. Les câbles sont à usage unique et ne sont pas compris dans le conditionnement du SOLITAIRE AB. Le système de détachement non à usage unique sera fourni par le laboratoire. Références prises en charge SAB-3-20, SAB-3-30, SAB-4-15, SAB-4-20, SAB-4-30, SAB-4-40, SAB-5-20, SAB-5-30, SAB-5-40, SAB-6-20 et SAB-6-30	369 032	369 032

3.2.1.2.5.3. Société STRYCKER France SAS (STRYCKER)

Code	RÉFÉRENCE	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3109513	**Stent intracrânien auto-expansible, STRYKER, NEUROFORM 3.** La prise en charge de ce stent intracrânien est assurée pour les références suivantes: M003E3250100, M003E3250150, M003E3250200, M003E3300100, M003E3300150, M003E3300200, M003E3300300, M003E3350100, M003E3350150, M003E3350200, M003E3350300, M003E3400100, M003E3400150, M003E3400200, M003E3400300, M003E3450100, M003E3450150, M003E3450200, M003E3450300.	369 032	369 032
3114750	**Stent intracrânien auto-expansible, STRYKER, NEUROFORM EZ 3.** La prise en charge de ce stent intracrânien est assurée pour les références suivantes: M003E3250100, M003E3250150, M003E3250200, M003E3300100, M003E3300150, M003E3300200, M003E3300300, M003E3350100, M003E3350150, M003E3350200, M003E3350300, M003E3400100, M003E3400150, M003E3400200, M003E3400300, M003E3450100, M003E3450150, M003E3450200, M003E3450300.	369 032	369 032

3.2.1.2.5.4. Société ETHICON SAS, division CODMAN (CODMAN)

Code	RÉFÉRENCE	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3163346	**Stent intracrânien auto-expansible, CODMAN, ENTERPRISE.** La prise en charge de ce stent intracrânien est assurée pour les références suivantes : ENC451412, ENC452212, ENC452812, ENC453712, ENC451425, ENC452225, ENC452825, ENC453725, ENC451400, ENC452200, ENC452800, ENC453700.	369 032	369 032

3.2.1.2.6. Paragraphe 6: Endoprothèse oesophagienne

Code	RÉFÉRENCE	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3132140	**Endoprothèse oesophagienne plastique auto-expansible, Boston, POLYFLEX.** La prise en charge est assurée pour : - le traitement des sténoses oesophagiennes bénignes récidivantes après échec de dilatations répétées ; - le traitement de fistules oesophagiennes post-opératoires. Ce dispositif doit être mis en place par des chirurgiens ou des gastro-entérologues formés aux techniques d'endoscopie digestive. Un plateau radiologique est nécessaire durant toute l'intervention. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : M00514270, M00514280, M00514290, M00514300, M00514310, M00514320, M00514330, M00514340, M00514350.	80 370	80 370

3.2.1.2.7. Paragraphe 7: Endoprothèse intra-hépatique

Code	RÉFÉRENCE	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3151372	**Endoprothèse intra-hépatique, Gore, VIATORR TIPS.** La prise en charge est assurée pour le traitement des complications de l'hypertension portale que sont les hémorragies par ruptures de varices oesophagiennes ou gastriques, récidivantes malgré un traitement conventionnel bien conduit et les ascites réfractaires. L'implantation de l'endoprothèse VIATORR doit être réalisée dans des centres possédant un plateau technique de radiologie vasculaire et intervention nelle avec des opérateurs entraînés aux procédures radiologiques d'intervention hépatique, y compris les procédures TIPS (Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt), et disposant d'un environnement médico-chirurgical hépatogastro-entérologique y compris de transplantation hépatique. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : PT084275, PT085275, PT086275, PT087275, PT088275, PT104275, PT105275, PT106275, PT107275, PT108275.	367 405	367 405

3.2.1.2.8. Paragraphe 8: Implant d'embolisation artérielle (pour fistule artérioveineuse, tumeur, anévrisme ....)

3.2.1.2.8.1. Génériques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3123690	**Implant d'embolisation artérielle métallique poussé, artères périphériques.** Implant pour l'occlusion des artères périphériques	12 742	12 742
3183142	**Implant d'embolisation artérielle à détachement mécanique**	46 661	46 661
3162217	**Implant d'embolisation artérielle à détachement électrique de diamètre constant.** Implant (spire) pour l'occlusion des artères neurologiques	84 296	84 296
3121661	**Implant d'embolisation artérielle à détachement électrique de forme complexe.** Implant (spire) pour l'occlusion des artères neurologiques	96 058	96 058
3106087	**Implant d'embolisation artérielle non métallique (1 ml).** Implant constitué de particules synthétiques	9 189	9 189
3136378	**Implant d'embolisation artérielle non métallique (2 ml).** Implant constitué de particules synthétiques	17 547	17 547

3.2.1.2.8.2. Société ETHICON SAS, division CODMAN (CODMAN)

La prise en charge est assurée pour le traitement sélectif des anévrismes artériels intracrâniens:
- rompus (urgence thérapeutique);

- non rompus, lorsque l'évaluation du rapport bénéfice/risque par une équipe multidisciplinaire incluant le neuroradiologue interventionnel et un neurochirurgien permet d'établir la nécessité de ce type d'intervention thérapeutique.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3184549	**Micro-spires, TRUFILL DCS & DCS Orbit, forme simple, CODMAN.** Micro-spires d'embolisation d'anévrismes artériels intracrâniens TRUFILL DCS & TRUFILL DCS Orbit, formes simples, de la société CODMAN. Formes simples: Trufill DCS Helical fill: 635F01030, 635F00930, 635F00915, 635F00830, 635F00815, 635F00715, 635F00615, 635F00610, 635F00512, 635F00508, 635F00410, 635F00406, 635F00304,635F00303, 635F00202, 635F00408, 635F00310, 635F00308, 635F00306, 635F00208, 635F00206, 635F00204, 635F00203, 635F02030, 635F01830, 635F01630, 635F01430, 635F01230, 635F00404. Trufill DCS Helical Basket: 635B02030, 635B01830, 635B01630, 635B01430, 635B01230, 635B01030, 635B00930, 635B00915, 635B00830, 635B00820, 635B00725, 635B00620, 635B00512, 635B00410. Trufill DCS Orbit Helical Fill: 637HF0202, 637HF0203, 637HF0204, 637HF0206, 637HF0208, 637HF0303, 637HF0304, 637HF0306, 637HF0308, 637HF0310, 637HF0404, 637HF0406, 637HF0408, 637HF0410, 637HF0508, 637HF0512, 637HF0610, 637HF0615, 637HF0715, 637HF0815, 637HF0830, 637HF0915, 637HF0930, 637HF1030, 637HF1230.	84 296	84 296
3162482	**Microspires, TRUFILL DCS & DCS Orbit, forme complexe, CODMAN.** Microspires d'embolisation d'anévrismes artériels intracrâniens TRUFILL DCS & TRUFILL DCS Orbit, formes complexes et mini complexes, de la société CODMAN. Formes complexes : Trufill DCS Complex Fill : 636F00921, 636F00815, 636F00713, 636F00609, 636F00505, 636F00403, 636F02030, 636F01830, 636F01630, 636F01430, 636F01230, 636F01030, 636F00410, 636F00515, 636F00615, 636F00721, 636F00824, 636F00925. Trufill DCS Complex Basket : 636B02030, 636B01830, 636B01630, 636B01430, 636B01230, 636B01030, 636B00921, 636B00815, 636B00713, 636B00609, 636B00505, 636B00403. Trufill DCS ORBIT Complex Fill : 637CF0505, 637CF0510, 637CF0515, 637CF0609, 637CF0615, 637CF0713, 637CF0721, 637CF0815, 637CF0824, 637CF0915, 637CF0925, 637CF1030, 637CF1230. Trufill DCS ORBIT Complex Standard : 637CS0615, 637CS0721, 637CS0824, 637CS0925, 637CS1030, 637CS1230, 637CS1430, 637CS1630, 637CS1830, 637CS2030. Trufill DCS ORBIT Complex Fill (Reduced Distal Loop Coils) : 638CF0510, 638CF0515, 638CF0615, 638CF0721, 638CF0824, 638CF0925, 638CF1030, 638CF1230. Trufill DCS ORBIT Complex Standard (Reduced Distal Loop Coils) : 638CS0615, 638CS0721, 638CS0824, 638CS0925, 638CS1030, 638CS1230, 638CS1430, 638CS1630, 638CS1830, 638CS2030. Formes mini complexes :	96 058	96 058

	Trufill DCS ORBIT Mini Complex Fill : 637MF0201, 637MF0202, 637MF0303, 637MF0304, 637MF0403, 637MF0407, 637MF0410, 637MF2525, 637MF2535, 637MF2545, 637MF0306, 637MF3505, 637MF3575, 637MF3509. Trufill DCS ORBIT Mini Complex Fill (Reduced Distal Loop Coils) : 638MF0407, 638MF0410.		
3184839	**Micro-spires, ORBIT GALAXY, forme simple, CODMAN** Micro-spires d'embolisation d'anévrismes artériels intracrâniens ORBIT GALAXY, formes simples, de la société CODMAN France. Formes simples : ORBIT GALAXY Helical Fill : 640HF0202, 640HF0203, 640HF0204, 640HF0205, 640HF0206, 640HF0207, 640HF0208, 640HF2510, 640HF0303, 640HF0304, 640HF0305, 640HF0306, 640HF0307, 640HF0308, 640HF0309, 640HF0310, 640HF3510, 640HF0404, 640HF0406, 640HF0408, 640HF0410, 640HF0412, 640HF0415, 640HF0505, 640HF0508, 640HF0510, 640HF0512, 640HF0515, 640HF0520, 640HF0609, 640HF0610, 640HF0615, 640HF0620, 640HF0713, 640HF0715, 640HF0721, 640HF0725, 640HF0730, 640HF0815, 640HF0824, 640HF0825, 640HF0826, 640HF0827, 640HF0828, 640HF0829, 640HF0830, 640HF0915, 640HF0925, 640HF0926, 640HF0927, 640HF0928, 640HF0929, 640HF0930, 640HF1030, 640HF1230, 640HF1430, 640HF1630, 640HF1830, 640HF2030. ORBIT GALAXY Helical Xtrasoft : 640HX0201, 640HX0202, 640HX0203, 640HX0204, 640HX0205, 640HX0206, 640HX0207, 640HX0208. ORBIT GALAXY Helical Frame : 640HR0609, 640HR0610, 640HR0615, 640HR0620, 640HR0713, 640HR0715, 640HR0721, 640HR0725, 640HR0730, 640HR0815, 640HR0824, 640HR0825, 640HR0826, 640HR0827, 640HR0828, 640HR0829, 640HR0830, 640HR0915, 640HR0925, 640HR0926, 640HR0927, 640HR0928, 640HR0929, 640HR0930, 640HR1030, 640HR1230, 640HR1430, 640HR1630, 640HR1830, 640HR2030, 640HR2230, 640HR2430, 640HR2630.	84 296	84 296
3105604	**Micro-spires d'embolisation d'anévrismes artériels intracrâniens ORBIT GALAXY,** formes complexes et mini complexes, de la société CODMAN France. Formes complexes : ORBIT GALAXY Complex Fill : 640CF0403, 640CF0404, 640CF0406, 640CF0407, 640CF0408, 640CF0410, 640CF0412, 640CF0415, 640CF0505, 640CF0508, 640CF0510, 640CF0512, 640CF0515, 640CF0609, 640CF0610, 640CF0615, 640CF0620, 640CF0713, 640CF0715, 640CF0721, 640CF0725, 640CF0815, 640CF0824, 640CF0825, 640CF0826, 640CF0827, 640CF0828, 640CF0829, 640CF0915, 640CF0925, 640CF1030, 640CF1230, 640CF1430, 640CF1630, 640CF1830, 640CF2030. ORBIT GALAXY Complex Xtrasoft : 640CX0201, 640CX0202, 640CX2525, 640CX2535, 640CX2545, 640CX2505, 640CX0303, 640CX0304, 640CX0305, 640CX0306, 640CX0307, 640CX0308, 640CX3505, 640CX3575, 640CX3509, 640CX3515, 640CX0403, 640CX0404, 640CX0406, 640CX0407, 640CX0408, 640CX0410, 640CX0412, 640CX0415, 640CX0505, 640CX0508, 640CX0510, 640CX0512, 640CX0515, 640CX0609, 640CX0610, 640CX0615, 640CX0620.	96 058	96 058

	ORBIT GALAXY Complex Fram : 640CR0609, 640CR0610, 640CR0615, 640CR0620, 640CR0713, 640CR0715, 640CR0721, 640CR0725, 640CR0815, 640CR0824, 640CR0825, 640CR0826, 640CR0827, 640CR0828, 640CR0829, 640CR0830, 640CR0915, 640CR0925, 640CR0926, 640CR0927, 640CR0928, 640CR0929, 640CR0930, 640CR1030, 640CR1230, 640CR1430, 640CR1630, 640CR1830, 640CR2030. Formes mini complexes : ORBIT GALAXY Mini Complex Fill : 640CF0201, 640CF0202, 640CF2525, 640CF2535, 640CF2545, 640CF2505, 640CF0303, 640CF0304, 640CF0305, 640CF0306, 640CF0307, 640CF0308, 640CF3505, 640CF3575, 640CF3509, 640CF3515.		

3.2.1.2.8.3. Société MEDTRONIC France SAS (MEDTRONIC)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3102066	**Implant d'embolisation liquide, eV3, ONYX 18 ou ONYX LES 18.** Chaque conditionnement comprend un flacon de 1,5 ml de l'implant (ONYX ou d'ONYX LES), un flacon de 1,5 ml de DMSO (diméthylsulfoxyde), deux seringues d'injection d'ONYX de 1 ml et une seringue de DMSO (diméthylsulfoxyde) de 1 ml. Indications d'ONYX : - embolisation des malformations artérioveineuses cérébrales ayant un nidus compact visible à l'imagerie permettant un reflux du produit dans la partie distale du vaisseau choisi pour le cathétérisme; - embolisation des fistules artérioveineuses durales intracrâniennes. Référence prise en charge pour ONYX : - ONYX: 105-7000-060 (concentration en copolymère d'alcool éthylène-vinyl 6 %). Contre-indications d'ONYX : La présence d'une fistule artérioveineuse de haut débit à plein canal est une contre-indication à l'utilisation d'ONYX seul. Modalités de prescription et d'utilisation d'ONYX : La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire. L'embolisation doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie interventionnelle dans un centre accrédité. Indications d'ONYX LES : - embolisation des hémoptysies massives et/ou récidivantes, lorsque l'embolisation ne peut pas être réalisée à l'aide de particules non résorbables; - embolisation des malformations artérioveineuses périphériques; - embolisation des endofuites de type II (notamment en cas de croissance du sac anévrismal) après traitement endovasculaire des anévrismes de l'aorte abdominale. Références prises en charge pour ONYX LES : - ONYX LES : 105-7200-060 (concentration en copolymère d'alcool éthylène-vinyl 6 %).	81 977	81 977

	Modalités de prescription et d'utilisation d'ONYX LES : La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire.		
3118541	**Implant d'embolisation liquide, eV3, ONYX 20.** Chaque conditionnement comprend un flacon de 1,5 ml d'ONYX, un flacon de 1,5 ml de DMSO (diméthylsulfoxyde), deux seringues d'injection d'ONYX de 1 ml et une seringue de DMSO (diméthylsulfoxyde) de 1 ml. Indications d'ONYX : - embolisation des malformations artérioveineuses cérébrales ayant un nidus compact visible à l'imagerie permettant un reflux du produit dans la partie distale du vaisseau choisi pour le cathétérisme; - embolisation des fistules artérioveineuses durale. Référence prise en charge pour ONYX : - ONYX : 105-7000-065 (concentration en copolymère d'alcool éthylène-vinyl 6,5 %). Contre-indications d'ONYX : La présence d'une fistule artérioveineuse de haut débit à plein canal est une contre-indication à l'utilisation d'ONYX seul. Modalités de prescription et d'utilisation d'ONYX: La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire. L'embolisation doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie interventionnelle dans un centre accrédité.	81 977	81 977
3163369	**Implant d'embolisation liquide, eV3, ONYX 34 ou ONYX LES 34.** Chaque conditionnement comprend un flacon de 1,5 ml de l'implant (ONYX ou d'ONYX LES), un flacon de 1,5 ml de DMSO (diméthylsulfoxyde), deux seringues d'injection d'ONYX de 1 ml et une seringue de DMSO (diméthylsulfoxyde) de 1 ml. Indications d'ONYX : - embolisation des malformations artérioveineuses cérébrales ayant un nidus compact visible à l'imagerie permettant un reflux du produit dans la partie distale du vaisseau choisi pour le cathétérisme; - embolisation des fistules artérioveineuses durales intracrâniennes. Référence prise en charge pour ONYX : - ONYX: 105-7000-080 (concentration en copolymère d'alcool éthylène-vinyl 8 %). Contre-indications D'ONYX : La présence d'une fistule artérioveineuse de haut débit à plein canal est une contre-indication à l'utilisation d'ONYX seul. Modalités de prescription et d'utilisation d'ONYX: La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire. L'embolisation doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie interventionnelle dans un centre accrédité. Indications d'ONYX LES :	81 977	81 977

	- embolisation des hémoptysies massives et/ou récidivantes, lorsque l'embolisation ne peut pas être réalisée à l'aide de particules non résorbables; - embolisation des malformations artérioveineuses périphériques; - embolisation des endofuites de type II (notamment en cas de croissance du sac anévrismal) après traitement endovasculaire des anévrismes de l'aorte abdominale. Référence prise en charge pour ONYX LES : - ONYX LES : 105-7200-080 (concentration en copolymère d'alcool éthylène-vinyl 8 %). Modalités de prescription et d'utilisation d'ONYX LES : La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire.		

3.2.1.2.8.4. PIPELINE

Indications de prise en charge :
- anévrismes intracrâniens non rompus, sacciformes ou fusiformes, dont le diamètre du sac anévrismal est > 15 mm et inaccessibles aux thérapeutiques actuelles (traitement endovasculaire par confinement de microspires associé ou non à une technique d'aide à la mise en place [stents intracrâniens] ou utilisation d'un ballon temporaire ou traitement chirurgical) du fait de ses caractéristiques morphologiques.

Modalités d'utilisation et de prescription :
La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire incluant un neuroradiologue, un neurochirurgien et un neurologue.
Conformément à la réglementation en vigueur, l'embolisation doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie interventionnelle dans un centre certifié.
Ce dispositif est réservé aux médecins formés aux techniques et aux interventions percutanées travaillant au sein d'établissements médicaux dotés d'un équipement radioscopique approprié.
PIPELINE doit être utilisé exclusivement par des médecins ayant reçu une formation appropriée à son emploi.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3195636	**Endoprothèse pour embolisation, EV3, PIPELINE, diam 2,50.** Références prises en charge en diamètre 2,50 : FA-77250-10, FA-77250-12, FA-77250-14, FA-77250-16, FA-77250-18, FA-77250-20.	1 261 116	1 261 116
3140641	**Endoprothèse pour embolisation, EV3, PIPELINE, diam 2,75.** Références prises en charge en diamètre 2,75 : FA-77275-10, FA-77275-12, FA-77275-14, FA-77275-16, FA-77275-18, FA-77275-20.	1 261 116	1 261 116
3103410	**Endoprothèse pour embolisation, EV3, PIPELINE, diam 3,00.** Références prises en charge en diamètre 3,00 : FA-77300-10, FA-77300-12, FA-77300-14, FA-77300-16, FA-77300-18, FA-77300-20, FA-71300-25, FA-71300-30, FA-71300-35.	1 261 116	1 261 116
3102391	**Endoprothèse pour embolisation, EV3, PIPELINE, diam 3,25.**	1 261 116	1 261 116

	Références prises en charge en diamètre 3,25 : FA-77325-10, FA-77325-12, FA-77325-14, FA-77325-16, FA-77325-18, FA-77325-20, FA-71325-25, FA-71325-30, FA-71325-35.		
3104912	**Endoprothèse pour embolisation, EV3, PIPELINE, diam 3,50.** Références prises en charge en diamètre 3,50 : FA-77350-10, FA-77350-12, FA-77350-14, FA-77350-16, FA-77350-18, FA-77350-20, FA-71350-25, FA-71350-30, FA-71350-35.	1 261 116	1 261 116
3159600	**Endoprothèse pour embolisation, EV3, PIPELINE, diam 3,75.** Références prises en charge en diamètre 3,75 : FA-77375-10, FA-77375-12, FA-77375-14, FA-77375-16, FA-77375-18, FA-77375-20, FA-71375-25, FA-71375-30, FA-71375-35.	1 261 116	1 261 116
3133434	**Endoprothèse pour embolisation, EV3, PIPELINE, diam 4,00.** Références prises en charge en diamètre 4,00 : FA-77400-10, FA-77400-12, FA-77400-14, FA-77400-16, FA-77400-18, FA-77400-20, FA-71400-25, FA-71400-30, FA-71400-35.	1 261 116	1 261 116
3164802	**Endoprothèse pour embolisation, EV3, PIPELINE, diam 4,25.** Références prises en charge en diamètre 4,25 : FA-77425-10, FA-77425-12, FA-77425-16, FA-77425-18, FA-77425-20, FA-71425-25, FA-71425-30, FA-71425-35.	1 261 116	1 261 116
3164601	**Endoprothèse pour embolisation, EV3, PIPELINE, diam 4,50.** Références prises en charge en diamètre 4,50 : FA-77450-10, FA-77450-12, FA-77450-14, FA-77450-16, FA-77450-18, FA-77450-20, FA-71450-25, FA-71450-30, FA-71450-35.	1 261 116	1 261 116
3176350	**Endoprothèse pour embolisation, EV3, PIPELINE, diam 4,75.** Références prises en charge en diamètre 4,75 : FA-77475-10, FA-77475-12, FA-77475-14, FA-77475-16, FA-77475-18, FA-77475-20, FA-71475-25, FA-71475-30, FA-71475-35.	1 261 116	1 261 116
3136349	**Endoprothèse pour embolisation, EV3, PIPELINE, diam 5,00.** Références prises en charge en diamètre 5,00 : FA-77500-10, FA-77500-12, FA-77500-14, FA-77500-16, FA-77500-18, FA-77500-20, FA-71500-25, FA-71500-30, FA-71500-35.	1 261 116	1 261 116

3.2.1.2.9. Paragraphe 9: Implant exovasculaire

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3107460	**Implant exovasculaire de gainage**. Implant pour la prévention des ruptures d'anévrismes ou de fistules artérioveineuses (type filet de Barra)	69 594	69 594
3121030	**Implant exovasculaire de fermeture de malformations congénitales.** Implant (type ombrelle) de fermeture de malformations congénitales (canal artériel, communications intercavitaires...)	500 303	500 303
3104042	**Implant exovasculaire de ligature interne, pour anévrismes vasculaires cérébraux, dit clip.** Implant de ligature interne, pour anévrismes vasculaires cérébraux, de type "pince", dénommé clips.	17 644	17 644

3.2.2. Section 2. - Implants digestifs

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

3.2.2.1. Implants annulaires pour gastroplastie

La prise en charge des implants annulaires pour gastroplastie est assurée pour les patients adultes réunissant l'ensemble des conditions suivantes :
- patients avec un IMC ≥ 40 kg/m² ou bien avec un IMC ≥ 35 kg/m² associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie (notamment hypertension artérielle, syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) et autres troubles respiratoires sévères, désordres métaboliques sévères, en particulier diabète de type 2, maladies ostéo-articulaires invalidantes, stéatohépatite non alcoolique) ;
- en deuxième intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6-12 mois ;
- en l'absence de perte de poids suffisante ou en l'absence de maintien de la perte de poids ;
- patients bien informés au préalable, ayant bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge préopératoires pluridisciplinaires ;
- patients ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme ;
- risque opératoire acceptable.

Les contre-indications de la chirurgie bariatrique sont représentées par :
- les troubles cognitifs ou mentaux sévères ;
- les troubles sévères et non stabilisés du comportement alimentaire ;
- l'incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé ;
- la dépendance à l'alcool et aux substances psychoactives licites et illicites ;
- l'absence de prise en charge médicale préalable identifiée ;
- les maladies mettant en jeu le pronostic vital à court et moyen terme ;
- les contre-indications à l'anesthésie générale.

La chirurgie bariatrique doit s'inscrire dans le cadre d'un projet personnalisé pour le patient au sein d'une stratégie médicale cohérente et globale comportant :
- un bilan préopératoire multidisciplinaire : médical (nutritionnel), chirurgical, anesthésique et psychologique ;
- une information du patient ;
- un suivi médical et chirurgical prolongé.

Précautions d'emploi :

Enfants et adolescents :

L'intervention n'est pas indiquée chez l'enfant et l'adolescent, hors situations exceptionnelles expertisées dans des structures spécialisées ayant une expérience. Ces structures doivent réunir une expertise en nutrition et en pédiatrie, en psychologie de l'enfant et de l'adolescent. L'organisation du suivi doit anticiper et assurer le relais de la pédiatrie à la médecine adulte.

Sujets de plus de 60 ans :

Les indications chez des sujets de plus de 60 ans doivent être mûrement réfléchies car les risques opératoires et les dangers de l'amaigrissement sont accrus (perte de masse maigre, de masse musculaire et leurs conséquences).

Femmes enceintes :

La chirurgie bariatrique est contre-indiquée chez les femmes enceintes.

Une contraception est recommandée dès que la chirurgie bariatrique est programmée puis généralement pendant 12 à 18 mois après l'intervention.

Equipes médico-chirurgicales :

La prise en charge des patients en vue d'une intervention de chirurgie bariatrique doit être réalisée au sein d'équipes pluridisciplinaires, en liaison avec le médecin traitant et éventuellement avec les associations de patients.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Ces équipes sont constituées au minimum d'un chirurgien, d'un médecin spécialiste de l'obésité (nutritionniste, endocrinologue ou interniste), d'une diététicienne, d'un psychiatre ou d'un psychologue et d'un anesthésiste-réanimateur. Ces équipes peuvent prendre l'avis d'autres professionnels de santé autant que de besoin (hépato-gastro-entérologue, diabétologue, radiologue, cardiologue, pneumologue, rhumatologue, médecin rééducateur, chirurgien-dentiste, masseur-kinésithérapeute, etc.).
Un coordinateur doit être désigné au sein de l'équipe pluridisciplinaire.
Si les membres de l'équipe pluridisciplinaire appartiennent à des établissements différents, les conditions de leur coopération doivent être précisées dans une charte.
Il est recommandé que la technique opératoire soit réalisée par un chirurgien justifiant d'une formation spécifique en chirurgie laparoscopique et en chirurgie bariatrique.L'équipe pluridisciplinaire ou le réseau d'établissements doivent :
- avoir l'expertise de la prise en charge de l'obésité morbide ;
- être en mesure de proposer aux patients les différentes techniques de chirurgie bariatrique.

Evaluation préopératoire et décision d'intervention :

L'évaluation médico-chirurgicale préopératoire comporte notamment :
- un bilan et une prise en charge des comorbidités (cardio-vasculaires, métaboliques, respiratoires...) ;
- une évaluation du comportement alimentaire et la prise en charge d'un éventuel trouble du comportement alimentaire (TCA) ;
- un bilan nutritionnel et vitaminique (dosages d'albumine, hémoglobine, ferritine et coefficient de saturation en fer de la transferrine, calcémie, vitamine D, vitamine B1, B9, B12) et une correction des déficits éventuels, une évaluation des capacités de mastication ;
- une endoscopie œso-gastro-duodénale et la recherche d'Helicobacter pylori.

La mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique aux plans diététique et de l'activité physique est recommandée dès la période préopératoire. L'évaluation psychologique et psychiatrique est recommandée pour tous les patients candidats à la chirurgie bariatrique.

Information :

Le patient doit être informé à toutes les phases de la prise en charge dans le cadre de la chirurgie bariatrique.L'information doit porter principalement sur :
- les différentes techniques chirurgicales : leur principe, leurs bénéfices respectifs, leurs risques et inconvénients respectifs, les limites de la chirurgie ;
- la nécessité d'une modification du comportement alimentaire et du mode de vie (nécessité d'une activité physique régulière) avant et après l'intervention ;
- la nécessité d'un suivi médico-chirurgical la vie durant et les conséquences potentiellement graves de l'absence de suivi ;
- la possibilité de recours à la chirurgie réparatrice après la chirurgie bariatrique.

Cette information doit être dispensée par les membres de l'équipe pluridisciplinaire, relayés par le médecin traitant, les associations de patients et les réseaux quand ils existent.Elle doit être réalisée sous forme d'entretiens individuels, pouvant être complétés par des réunions collectives. La rencontre avec des patients déjà opérés est recommandée.
Il est recommandé de fournir au patient une information écrite en plus d'une information orale. Il est nécessaire de s'assurer que le patient a bien compris cette information.
L'information initiale doit être réitérée et complétée autant que de besoin avant et après l'intervention.

Suivi :

Le suivi et la prise en charge du patient après l'intervention doivent être assurés la vie durant, l'obésité étant une maladie chronique et en raison du risque de complications tardives (chirurgicales ou nutritionnelles dont certaines peuvent conduire à des atteintes neurologiques graves).
La fréquence des consultations doit être au moins de 4 fois la première année, 1 ou 2 fois par an après. Le suivi médico-chirurgical doit mettre l'accent sur :
- la prévention et la recherche de carence vitaminique ou nutritionnelle : recherche de signes cliniques (notamment signes neurologiques) et biologiques de dénutrition ou de carence vitaminique, supplémentation systématique après chirurgie malabsorptive (multivitamines, calcium, vitamine D, fer et vitamine B12) ;
- la recherche de complications ou de dysfonctionnement du montage chirurgical. Les traitements doivent être adaptés :

- traitement des comorbidités (cardio-vasculaires, métaboliques, respiratoires...) ;
- traitements en cours pouvant faire l'objet d'une malabsorption après chirurgie malabsorptive (par exemple anti-vitamines K, hormones thyroïdiennes, antiépileptiques, etc.)

Le suivi éducatif établi en préopératoire au plan diététique et de l'activité physique est poursuivi. Le suivi au plan psychologique et psychiatrique est recommandé pour les patients qui présentaient des TCA ou des pathologies psychiatriques en préopératoire ; il est proposé au cas par cas pour les autres patients.

Plateau technique :

Les structures chirurgicales doivent disposer des équipements hôteliers adaptés aux personnes obèses, d'une salle d'opération disposant des conditions réglementaires d'asepsie et de sécurité, d'un bloc opératoire comprenant une table opératoire supportant une charge de plus de 250 kg et du matériel de cœlioscopie adapté (trocarts...), et des matériels adaptés pour ces corpulences (brancards et fauteuils roulants, brassards de tensiomètre de grande taille et pyjamas de grande taille).

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3142953	**Implant digestif annulaire ajustable pour gastroplastie, ALLERGAN, LAP BAND.** La prise en charge est assurée pour les références : - B-20-210 : anneau d'un diamètre intérieur de 9,75 cm ; - B-20-220 : anneau d'un diamètre intérieur de 10 cm ; - B-20-230 : anneau d'un diamètre intérieur de 11 cm ; - B-20-250 dénommé Vanguard : anneau d'un diamètre intérieur de 12,2 cm.	133 950	133 950
3147324	**Implant digestif annulaire ajustable pour gastroplastie, ALLERGAN, LAP BAND AP.** La prise en charge est assurée pour les références : AB-20260 (petit modèle) et AB-20265 (grand modèle).	133 950	133 950
3184510	**Implant digestif annulaire ajustable pour gastroplastie, COUSIN BIOTECH, BIORING.** La prise en charge est assurée pour les références : RING230000, RINGS20000, BCBRI23POU, BCBRI20ADU, BCBRI23ADU.	133 950	133 950
3102793	**Implant digestif annulaire ajustable pour gastroplastie, ETHICON, SAGB.** Implant digestif ajustable pour gastroplastie, SAGB de la société ETHICON ENDO-SURGERY. La prise en charge est assurée pour la référence 2200-X.	133 950	133 950
3168409	**Implant digestif annulaire ajustable pour gastroplastie, ETHICON, BD3 XV avec PT2 XV.** Anneau gastrique ajustable courbé avec le site d'injection sans sutures VELOCITY et son applicateur PT2 XV, de la société ETHICON SAS, division ETHICON ENDO-SURGERY.	133 950	133 950
3107098	**Implant digestif annulaire ajustable pour gastroplastie, HELIOSCOPIE, HELIOGAST.** La prise en charge est assurée pour les références : - HAGA : anneau gastrique ajustable Advanced, chambre implantable HSI (modèle normal) ; - HAGA EV1 : anneau gastrique ajustable Advanced, chambre implantable EV1 (petit modèle) ; - HAGA EV3 : anneau gastrique ajustable Advanced, chambre implantable EV3 (piquage à 360°);	133 950	133 950

	- HAGE : anneau gastrique ajustable Evolution, chambre implantable HSI (modèle normal) ; - HAGE EV1 : anneau gastrique ajustable Evolution, chambre implantable EV1 (petit modèle) ; - HAGE EV3 : anneau gastrique ajustable Evolution, chambre implantable EV3 (piquage à 360°).		
3185419	**Implant digestif annulaire ajustable pour gastroplastie, MID, MIDBAND.** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : MID008 et MID100-M	133 950	133 950

3.2.2.2. Société Boston Scientific

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3135982	**Implant d'apposition biliopancréatique luminal, BOSTON SCIENTIFIC, HOT AXIOS.** Implant d'apposition biliopancréatique luminal et son système de largage muni d'une fonction d'éléctrocautérisation HOT AXIOS de la société BOSTON SCIENTIFIC. INDICATION PRISE EN CHARGE : Drainage endoscopique transgastrique ou transduodénal d'un pseudokyste pancréatique non exclusivement liquidien, ou d'une nécrose organisée dont la quantité de liquide est >= 70 %. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : La sélection des patients doit être effectuée par une équipe multidisciplinaire incluant a minima un radiologue, un endoscopiste et un chirurgien. Le système HOT AXIOS doit être utilisé par des médecins : - formés aux interventions biliopancréatiques en endoscopie, notamment à la cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) et à l'échoendoscopie ; - ayant réalisé une formation théorique et pratique à la technique d'implantation de HOT AXIOS sur des modèles animaux. De plus, un compagnonnage auprès d'un endoscopiste expérimenté doit être réalisé lors des premières procédures (en général les 2 premières procédures). Un contrôle par scanner est préconisé au plus tard 4 semaines après l'implantation, suivi d'un retrait de la prothèse si le pseudokyste/WON est résolu. REFERENCES PRISES EN CHARGE : M00553520 ; M00553530 ; M00553540 ; M00553550 ; M00553560 ; M00553570.	367 425	367 425

3.2.3. Section 3. - Implant ophtalmologique

3.2.3.1. Bouchon ou clou-trou méatique

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3114922	**Implant ophtalmologique lacrymal, bouchon ou clou-trou méatique.**	8 781	8 781

3.2.3.2. Stent de micro-pontage trabéculaire

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

3182378	**Stent micro-pontage trabéculaire, GLAUKOS, iSTENT INJECT** iSTENT INJECT est un stent de micro-pontage trabéculaire de la société GLAUKOS France. Il peut être utilisé indifféremment dans l'œil droit ou gauche. Le dispositif iSTENT INJECT peut être explanté mais ne peut pas être repositionné. Il est en titane non ferreux de grade chirurgical et revêtu d'héparine. Il est destiné à être posé par voie ab interno (ie au travers de la cornée). Les orifices de sortie laissent passer un flux maximal d'humeur aqueuse de 2,5 µL / minute. Le système iSTENT INJECT est pré-chargé de 2 dispositifs implantés par injection directe dans le canal de Schlemm (bouton de déclenchement). L'inserteur possède une capacité de réaliser 4 poussées pour délivrer les stents. INDICATION Patients ayant une cataracte éligible à la phacoémulsification et un glaucome chronique à angle ouvert de grade léger à modéré mal équilibré par les traitements médicamenteux hypotonisants (bi- ou trithérapie) ou y étant intolérants. CONTRE-INDICATIONS – patients atteints d'un glaucome primaire à angle fermé ou d'un glaucome secondaire à angle fermé, notamment un glaucome néovasculaire, – patients atteints d'une tumeur rétrobulbaire, d'une affection oculaire thyroïdienne, du syndrome de Sturge-Weber ou de tout autre état susceptible d'entraîner une forte pression épisclérale. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'implantation du dispositif iSTENT INJECT doit être pratiquée uniquement par des chirurgiens spécialisés dans la chirurgie du glaucome ainsi que dans la chirurgie de la cataracte par phacoémulsification et recevant une formation spécifique à la technique. La prise en charge doit être assurée dans la limite de deux micro-stents par intervention de chirurgie de cataracte associée. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE Système iSTENT INJECT G2-M-IS (2 dispositifs pré-chargés dans le système d'insertion)	149 690	149 690

3.2.4. Section 4. - Implants orthopédiques

3.2.4.1. Sous-section 1: Implants articulaires

3.2.4.1.1. Paragraphe 1: Implants articulaires de coude

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3127416	**Coude, extrémité supérieure radius, monobloc, non métallique.**	25 235	25 235

3128226	**Coude, extrémité supérieure radius, métallique ou mixte.**	62 118	62 118
3108376	**Coude, extrémité supérieure cubitus, métallique ou mixte.**	90 459	90 459
3116588	**Coude, extrémité inférieure, humérus, métallique**	150 442	150 442
3102422	**Coude, implant intermédiaire faisant charnière.** la référence 3102422 ne peut s'ajouter qu'à une des trois références 3128226, 3108376 et 3116588.	34 942	34 942
3121684	**Coude, Cale cubitale ou radiale de rehausse.** la prise en charge de la référence 3121684 est assurée dans la limite de **13 885 F.CFP** par intervention.	6 600	6 600

3.2.4.1.1.1. Implant articulaire de coude, sur mesure

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Ce sont des implants faits à l'unité à partir des mesures du patient. La prise en charge est assurée, à titre exceptionnel et sur entente préalable : - dans les grands fracas osseux traumatiques, - ou dans les grands défects osseux tumoraux ou lors d'une réintervention chirurgicale pour reprise de prothèse Les références 3146690 et 3147850 peuvent s'ajouter à la référence 3102422 de l'implant intermédiaire faisant charnière.		
3146690	**Coude, implant articulaire huméral, sur mesure.** La prise en charge est assurée à concurrence de **467 630 F.CFP.**	444 529	444 529
3147850	**Coude, implant articulaire cubital ou radial, sur mesure.** La prise en charge est assurée à concurrence de **306 309 F.CFP.**	291 178	291 178

3.2.4.1.2. Paragraphe 2: Implants articulaires d'épaule

Une prothèse totale d'épaule est composée :
- d'une tige avec col ou entretoise,
- d'une tête indépendante de la tige (en cas de tige modulaire) ou non (en cas de tige monobloc),
- d'un implant glénoïdien monobloc ou d'une surface glénoïdienne amovible avec metal back.

Une prothèse d'épaule dite "intermédiaire"est composée :
- d'une tige avec col ou entretoise,
- d'une tête,
- d'une cupule intermédiaire qui exclut la pose d'un implant glénoïdien.

La prise en charge est assurée pour une seule unité de chacun de ces éléments.
La prise en charge de ligaments de l'épaule n'est pas assurée en sus de l'implant d'épaule (à l'exception, si nécessaire, d'un ligament de la coiffe des rotateurs).

3.2.4.1.2.1. Implant huméral

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Tige standard, cimentée ou non cimentée		
3113408	**Épaule, tige humérale standard, monobloc (tête comprise).**	93 907	93 907
3187045	**Épaule, tige humérale standard, modulaire.** Le tarif comprend le col et/ou l'entretoise et tous les accessoires (aileron, fourreau, vis de blocage ou d'union).	144 472	144 472
3115399	**Épaule, tige humérale de reprise ou de reconstruction, monobloc ou modulaire.** La prise en charge est assurée en première intention et en cas de reprise dans le cas où une tige standard ne peut être utilisée. Une tige de reprise ou de reconstruction est une tige égale ou supérieure à 20 cm (mesurée du bord interne de l'implant à sa partie inférieure).	171 561	171 561

3.2.4.1.2.2. Tête ou calotte seule

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Le prix comprend le cône d'ancrage.		
3145785	Épaule, tête ou calotte seule en polyéthylène.	21 670	21 670
3114715	Épaule, tête ou calotte seule métallique	41 535	41 535
3100469	Épaule, tête ou calotte seule, céramique, bipolaire ou cupule intermédiaire. En cas de reprise, la prise en charge de la tête peut être assurée indépendamment de la prise en charge de la tige. Dans tous les autres cas, sa prise en charge n'est assurée qu'avec une tige modulaire.	63 207	63 207

3.2.4.1.2.3. Implant glénoïdien, cimenté ou non cimenté

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Le prix comprend tous les accessoires (système d'ancrage, aileron, plot...) La prise en charge d'une surface glénoïdienne peut être assurée seule en cas de reprise. Les références 3120762 et 3180215 peuvent s'ajouter.		
3120762	Épaule, implant glénoïdien, monobloc ou surface glénoïdienne.	36 118	36 118
3180215	Épaule, implant glénoïdien, embase métallique ou metal back.	63 207	63 207

3.2.4.1.2.4. Implants spéciaux

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Ce sont des implants faits à l'unité à partir des mesures du malade. Ils sont réalisés d'après les données du scanographe et/ou de clichés radiologiques du patient dans les cas particuliers suivants : - morphologie atypique (nanisme, gigantisme, dysplasie importante), - reconstruction osseuse étendue d'origine tumorale, - grand fracas osseux (notamment lors de reprises importantes). Ils sont pris en charge lorsque la pose d'un implant standard, de reprise ou de reconstruction ne convient pas.		
3107862	**Épaule, tige spéciale.** La prise en charge est assurée dans la limite de **171 561 F.CFP.**	171 561	171 561
3157831	**Épaule, glène spéciale.** La prise en charge est assurée dans la limite de **99 324 F.CFP.** La prise en charge de la référence 3157831 exclut la prise en charge des références 3120762 et 3180215.	99 324	99 324

3.2.4.1.3. Paragraphe 3: Implant articulaire du genou (contrainte ou non contrainte)

Les tarifs comprennent le coût du matériel ancillaire.

3.2.4.1.3.1. Implant fémoral (tige fémorale standard incluse)

Implant unicondylien ou unicompartimental.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3124027	**Genou, implant fémoral, unicondylien ou unicompartimental, cimenté.**	74 813	74 813
3151662	**Genou, implant fémoral, unicondylien ou unicompartimental, non cimenté**. Avec ajout de matières à la surface.	86 993	86 993

Implant bicondylien, symétrique ou asymétrique, standard ou postéro-stabilisé

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Le tarif comprend l'implant trochléen monobloc.		
3127942	**Genou, implant fémoral, bicondylien, cimenté.**	161 946	161 946
3151047	**Genou, implant fémoral, bicondylien, non cimenté.** Avec ajout de matières à la surface.	194 862	194 862

Implant trochléen

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	À l'exception de la partie trochléenne de l'implant bicondylien monobloc, prise en charge dans les références 3127942 et 3151047.		
3110539	**Genou, implant trochléen, cimenté.**	55 677	55 677
3140931	**Genou, implant trochléen, cimenté, non cimenté.** Avec ajout de matières à la surface.	69 594	69 594

Implant fémoral de reprise, standard ou postéro stabilisé (tige fémorale incluse).

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3104987	**Genou, implant fémoral de reprise, bicondylien, cimenté.**	186 165	186 165
3184058	**Genou, implant fémoral de reprise, non cimenté.** Avec ajout de matières à la surface.	212 262	212 262

3.2.4.1.3.2. Implant tibial

L'embase tibiale comprend la tige standard. Les implants tibiaux monobloc avec embase comprenant une partie métallique et un surmoulage en polyéthylène sont pris en charge par addition des références de l'insert et de l'embase correspondants.

Implant unicompartimental

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3101606	**Genou, implant unicompartimental ou insert tibial en polyéthylène seul.**	26 097	26 097
3131990	**Genou, embase tibiale unicompartimentale, métallique, cimentée.**	60 895	60 895
3100920	**Genou, embase tibiale unicompartimentale, métallique, non cimentée.** Avec ajout de matières à la surface.	73 074	73 074

Implant bicompartimental, standard ou postéro stabilisé.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3196133	**Genou, implant tibial bicompartimental monobloc avec embase tout en polyéthylène.**	64 375	64 375
3181870	**Genou, implant tibial bicompartimental ou insert tibial en polyéthylène seul.**	46 975	46 975
3152319	**Genou, implant tibial bicompartimental, embase métallique, cimentée.**	95 692	95 692
3191756	**Genou, implant tibial bicompartimental, embase métallique, non cimentée.** Avec ajout de matières à la surface.	121 789	121 789

Embase de reprise pour implant tibial bicompartimental (tige incluse).

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Les implants tibiaux monobloc avec embase comprenant une partie métallique et un surmoulage en polyéthylène sont pris en charge par addition des références de l'insert et de l'embase correspondants. Les implants tibiaux avec embase et cale de rattrapage monobloc sont pris en charge par addition des références de l'embase de reprise et d'une seule cale de rattrapage.		
3105811	**Genou, embase de reprise, cimentée.**	139 187	139 187
3175711	**Genou, embase de reprise, non cimentée.** Avec ajout de matières à la surface	165 287	165 287

3.2.4.1.3.3. Prothèse totale spéciale

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3195375	**Genou, prothèse totale spéciale réalisée à l'unité.** Ce sont des prothèses réalisées à l'unité à partir des mesures du malade, dans les cas particuliers suivants : - morphologie atypique (nanisme, gigantisme, dysplasie importante). - reconstruction osseuse étendue d'origine tumorale ; - grand fracas osseux (notamment lors de reprises importantes). Leur prise en charge est soumise à l'obligation d'entente préalable conformément à l'article LP 33 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée. La demande d'entente préalable doit comporter la preuve médicale que la pose d'un implant standard ou de reprise ne convient pas. La prise en charge est assurée à concurrence de **657 542 F.CFP.**	608 949	608 949

3.2.4.1.3.4. Implant patellaire

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3157570	**Genou, implant patellaire en polyéthylène seul.**	17 398	17 398
3104830	**Genou, implant patellaire en polyéthylène et métal cimenté.**	34 798	34 798
3173764	**Genou, implant patellaire, polyéthylène et métal, non cimenté.** Avec ajout de matières à la surface.	43 497	43 497

3.2.4.1.3.5. Implants complémentaires

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

3101405	**Genou, quille d'ancrage.** À l'exception des tiges standards.	34 798	34 798
3187157	**Genou, cale de rattrapage.** Dans la limite de 2 cales par prothèse totale sauf dans le cas prévu pour les références 3105811 et 3175711.	34 798	34 798

3.2.4.1.3.6. Implant d'arthrodèse

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3171110	**Genou, implant d'arthrodèse.** Il comprend une tige fémorale et une tige tibiale solidaires d'une pièce intermédiaire non mobile.	189 115	189 115

3.2.4.1.3.7. Implant méniscal

Dispositif de réparation méniscale (attache ou ancre), résorbable ou non.
La prise en charge est assurée pour les implants suivants en cas de:
- traitement des lésions méniscales traumatiques verticales, longitudinales, périphériques du sujet jeune;
- traitement des désinsertions du ménisque de la capsule;
- traitement des lésions méniscales associées à une rupture ligamentaire, excluant les lésions dégénératives.

Les dispositifs de réparation méniscale sont implantés par voie arthroscopique antérieure.
La prise en charge est assurée dans la limite de **81 683 F.CFP** par intervention.

Code	Références	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3117910	**Genou, implant méniscal, ancre résorbable ou non, ARTHREX, MENISCAL CINCH.** Le pousse nœud/coupe-fil est fourni avec l'ancre méniscale Meniscal Cinch. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : AR-4500. L'implant méniscal ou dispositif de réparation méniscale est composé de 2 ancres (1 point de suture). La prise en charge est assurée dans la limite de 3 dispositifs de réparation méniscale (6 ancres, 3 points de suture) par genou et par intervention.	30 809	30 809
3136059	**Genou, implant méniscal, agrafe résorbable ou non, BIOMET, LACTOSORB.** La prise en charge est assurée pour les références suivantes: - 905722 (agrafe méniscale LACTOSORB 11 mm), - 905724 (agrafe méniscale LACTOSORB 13 mm). L'implant méniscal ou dispositif de réparation méniscale est composé de 2 ancres (1 point de suture). La prise en charge est assurée dans la limite de 3 dispositifs de réparation méniscale (6 ancres, 3 points de suture) par genou et par intervention.	30 809	30 809

3104119	**Genou, implant méniscal, ancre résorbable ou non, DEPUY MITEK, OMNISPAN.** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - 228140 : système de réparation méniscale OMNISPAN / 0 degré. - 228141 : système de réparation méniscale OMNISPAN / 12 degrés. - 228142 : système de réparation méniscale OMNISPAN / 27 degrés. L'implant méniscal ou dispositif de réparation méniscale est composé de 2 ancres (1 point de suture). La prise en charge est assurée dans la limite de 3 dispositifs de réparation méniscale (6 ancres, 3 points de suture) par genou et par intervention.	30 809	30 809
3158776	**Genou, implant méniscal, attache résorbable ou non, DEPUY MITEK, J. FAST PDS.** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - 228116 (longueur 6 mm / aiguille 34°) ; - 228118 (longueur 8 mm / aiguille 34°) ; - 228126 (longueur 6 mm / aiguille 27°) ; - 228128 (longueur 8 mm / aiguille 27°) ; - 228136 (longueur 6 mm / aiguille 12°) ; - 228138 (longueur 8 mm / aiguille 12°). L'implant méniscal ou dispositif de réparation méniscale est composé de 2 ancres (1 point de suture). La prise en charge est assurée dans la limite de 3 dispositifs de réparation méniscale (6 ancres, 3 points de suture) par genou et par intervention.	30 809	30 809
3102008	**Genou, implant méniscal, ancre résorbable ou non, SMITH & NEPHEW, FAST FIX.** La prise en charge est assurée pour les références suivantes: - 7207876 FAST-FIX (aiguille droite), - 7207877 FAST-FIX (aiguille courbe), - 7209205 FAST-FIX (aiguille reverse, courbe), - 7209398 FAST-FIX AB (aiguille droite), - 7209399 FAST-FIX AB (aiguille courbe), - 7209858 FAST-FIX AB (aiguille reverse, courbe). L'implant méniscal ou dispositif de réparation méniscale est composé de 2 ancres (1 point de suture). La prise en charge est assurée dans la limite de 3 dispositifs de réparation méniscale (6 ancres, 3 points de suture) par genou et par intervention.	30 809	30 809
3173511	**Genou, implant méniscal, ancre résorbable ou non, SMITH & NEPHEW, ULTRA FAST FIX.** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - 72201491 : ULTRA FAST FIX courbe ; - 72201492 : ULTRA FAST FIX reverse ; - 72201494 : ULTRA FAST FIX AB courbe ; - 72201495 : ULTRA FAST FIX AB reverse. - 72201490 : ULTRA FAST FIX, aiguille droite ;	30 809	30 809

	- 72201493 : ULTRA FAST FIX AB, aiguille droite. L'implant méniscal ou dispositif de réparation méniscale est composé de 2 ancres (1 point de suture). La prise en charge est assurée dans la limite de 3 dispositifs de réparation méniscale (6 ancres, 3 points de suture) par genou et par intervention.		
3189050	**Genou, implant méniscal, ancre résorbable ou non, SMITH & NEPHEW, FAST-FIX 360.** Ancre non résorbable pour implant méniscal du genou, FAST-FIX 360, de la société SMITH & NEPHEW La prise en charge est assurée pour les références suivantes - 72202467 : FAST FIX 360 droit - 72202468 : FAST FIX 360 courbé - 72202469 : FAST FIX 360 reverse courbé L'implant méniscal ou dispositif de réparation méniscale est composé de 2 ancres (1 point de suture). La prise en charge est assurée dans la limite de 3 dispositifs de réparation méniscale (6 ancres, 3 points de suture) par genou et par intervention	30 809	30 809
3198103	**Genou, implant méniscal, ancre non résorbable 4 implants,LINVATEC, SEQUENT.** Le système SEQUENT préchargé en 4 implants permet de réaliser jusqu'à 3 points de suture, correspondant à 6 ancres. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - MR004C : système de réparation méniscale courbé ; - MR004S : système de réparation méniscale droit. La prise en charge est assurée dans la limite d'un dispositif de réparation méniscale par genou et par intervention, soit par 3 points de suture.	61 617	61 617
3156910	**Genou, implant méniscal, ancre résorbable, J&J, TRUESPAN** Système de réparation méniscale résorbable par voie arthroscopique TRUESPAN de la société JOHNSON & JOHNSON MEDICAL. DESCRIPTION Le système de réparation méniscale TRUESPAN se compose d'un applicateur jetable stérile pré-assemblé avec un ensemble à butée et d'une aiguille. INDICATIONS : -traitement des lésions méniscales traumatiques verticales, longitudinales, périphériques du sujet jeune, -traitement des désinsertions du ménisque de la capsule, o traitement des lésions méniscales associées à une rupture ligamentaire. Cette réparation exclut les lésions dégénératives. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Les dispositifs de réparation méniscale sont implantés par voie arthroscopique antérieure. La prise en charge est assurée dans la limite de 3 dispositifs de réparation méniscale (6 ancres, 3 points de suture) par genou et par intervention. REFERENCES PRISES EN CHARGE : - 228160 : Système de réparation méniscale TRUESPAN PLGA / 0 degré, résorbable	27 108	27 108

	- 228161 : Système de réparation méniscale TRUESPAN PLGA / 12 degrés, résorbable - 228162 : Système de réparation méniscale TRUESPAN PLGA / 24 degrés, résorbable		
3104378	**Genou, implant meniscal, ancre resorbable ou non, J&J, TRUESPAN** L'implant méniscal ou dispositif de réparation méniscale est composé de 2 ancres (1 point de suture). La prise en charge est assurée dans la limite de 3 dispositifs de réparation méniscale (6 ancres, 3 points de suture) par genou et par intervention. REFERENCES PRISES EN CHARGE : -228150 : système de réparation méniscale TRUESPAN/PEEK/0 degré ; - 228151 : système de réparation méniscale TRUESPAN/PEEK/12 degrés ; - 228152 : système de réparation méniscale TRUESPAN/PEEK/24 degrés.	27 108	27 108

3.2.4.1.4. Paragraphe 4: Implants articulaires de hanche

Une prothèse totale de hanche (PTH) est composée :
- d'une tige avec col,
- d'une tête indépendante de la tige (en cas de tige modulaire) ou non (en cas de tige monobloc ou de prothèse fémorale unipolaire monobloc),
- d'un cotyle monobloc ou modulaire avec insert amovible.

Une prothèse de hanche dite "intermédiaire" est composée:
- d'une tige avec col,
- d'une tête
- d'une cupule mobile qui exclut la pose d'un implant cotyloïdien.

La prise en charge est assurée pour une seule unité de chacun de ces éléments.
La prise en charge d'une tige ou d'un cotyle non cimenté exclut la prise en charge d'une des références de ciment (réf : 3133262 ou 3163659)

3.2.4.1.4.1. Tige standard (col inclus)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3149323	**Hanche, tige standard, col inclus, droite, monobloc, cimentée ou non.**	58 354	58 354
3199321	**Hanche, tige standard, col inclus, droite, modulaire, cimentée.**	88 426	88 426
3165517	**Hanche, tige standard, col inclus, droite, modulaire, non cimentée**	106 122	106 122

3.2.4.1.4.2. Tige anatomique (col inclus)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Une tige anatomique est une tige à remplissage fémoral proximal droit ou gauche ou à courbure proximale droite ou gauche.		

3144538	**Hanche, tige anatomique, col inclus, cimentée.**	107 465	107 465
3174960	**Hanche, tige anatomique, col inclus, non cimentée.**	125 519	125 519

3.2.4.1.4.3. Tige de reprise (col inclus)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Une tige de reprise est un implant destiné à remplacer une tige qui a déjà été implantée. La partie osseuse étant conservée, la longueur intra-osseuse de la tige est égale ou supérieure à 15 cm (mesurée du bord interne de l'implant à sa partie inférieure). La prise en charge d'une tige de reprise peut être assurée exceptionnellement, en première intention, lorsque les données anatomiques du patient nécessitent une tige de plus de 15 cm.		
3163487	**Hanche, tige de reprise, col inclus, droite, monobloc, cimentée ou non.**	79 595	79 595
3198528	**Hanche, tige de reprise, col inclus, droite, modulaire, cimentée.**	110 546	110 546
3135692	**Hanche, tige de reprise, col inclus, droite, modulaire, non cimentée.**	124 158	124 158

3.2.4.1.4.4. Tige de reconstruction (col inclus)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Une tige de reconstruction est un implant comportant un appui diaphysaire qui permet le remplacement de l'épiphyse fémorale proximale, que ce soit en première implantation ou en révision complexe, lorsqu'une tige standard ou une tige anatomique n'est pas adaptée. La prise en charge n'est assurée qu'en cas d'ostéotomie trochantéro-diaphysaire.		
3143148	**Hanche, tige de reconstruction, col inclus, droite, cimentée.**	137 554	137 554
3122169	**Hanche, tige de reconstruction, col inclus, droite, non cimentée.**	154 749	154 749

3.2.4.1.4.5. Tête et tête à jupe

Standards

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Pour les tiges standards et anatomiques, la prise en charge n'est assurée qu'avec les références 3199321, 3165517, 3144538 et 3174960. En cas de reprise, la prise en charge de la tête peut être assurée indépendamment de la prise en charge de la tige.		

3107916	**Hanche, tête ou tête à jupe, métallique.** Tête ou tête à jupe, métallique (métal ou alliage métallique).	25 397	25 397
3111390	**Hanche, tête ou tête à jupe, céramique.**	43 953	43 953

Têtes et têtes à jupe en alliage métallique

Tête ou tête à jupe en alliage métallique qui, associée à un insert ou à un cotyle en alliage métallique, a une résistance à l'usure au moins équivalente à celle d'un couple céramique/céramique.
La prise en charge des têtes en alliage métallique n'est assurée sous les références 3155855, 3112314 et 3195180 qu'après tests techniques réalisés dans un laboratoire compétent et indépendant selon le protocole d'essais mis au point par le CRITT de Charleville-Mézières.
La prise en charge est assurée pour les têtes et têtes à jupe suivantes :

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3112314	**Hanche, tête et tête à jupe alliage métallique, DEPUY, PINNACLE ULTAMET** 1. Indications : - les coxopathies fonctionnellement sévères provoquant un handicap quotidien, insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois chez des patients âgés de moins de cinquante ans ainsi que pour des patients dont l'âge est compris entre cinquante et soixante-dix ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés ; - les fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de soixante-dix ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. 2. Contre-indications : - insuffisance rénale ; - allergies au chrome et au cobalt. L'utilisation de ce produit n'est pas recommandée chez les femmes en âge de procréer. La fonction rénale doit être surveillée. 3. Références prises en charge : La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 136511500, 136512500, 136513500, 136514500 et 136515500. Les têtes PINNACLE ULTAMET de plus de 28 mm ne sont pas prises en charge.	50 113	50 113
3155855	**Hanche, tête et tête à jupe alliage métallique, ZIMMER, METASUL.** Indications : - coxopathies fonctionnellement sévères provoquant un handicap quotidien, insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois chez des patients âgés de moins de 50 ans ainsi que pour des patients dont l'âge est compris entre 50 et 70 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés ;	48 734	48 734

	- fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 70 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. Modalités de prescription et d'utilisation : - l'utilisation des prothèses à couple de frottement métal-métal n'est pas recommandée chez les femmes en âge de procréer ; - surveillance de la fonction rénale des patients implantés. Contre-indications : - insuffisance rénale ; - allergies au chrome, au cobalt et au nickel. Le dépistage d'une allergie à ces métaux doit être réalisé au moyen d'un interrogatoire du patient et éventuellement un test épicutané. Références prises en charge de la tête METASUL de diamètre 28 mm et 32 mm : - têtes METASUL cône 8/10, diamètre 28/32 mm : 01.01052.285, 01.01052.286, 01.01052.287, 01.01052.325, 01.01052.326, 01.01052.327 ; - têtes METASUL cône 12/14, diamètre 28/32 mm : 19.28.05, 19.28.06, 19.28.07, 19.28.08, 19.32.05, 19.32.06, 19.32.07, 19.32.08 ; - têtes METASUL cône 14/16, diamètre 28/32 mm : 20.28.05, 20.28.06, 20.28.07, 20.32.05, 20.32.06, 20.32.07.		
3195180	**Hanche, tête et tête à jupe alliage métallique, MATHYS, METAMYS.** Tête modulaire METAMYS avec tige en alliage métallique en cobalt-chrome- molybdène pour prothèse totale de hanche, de la société Mathys Orthopédie SAS. La prise en charge est assurée uniquement pour : - les coxopathies fonctionnellement sévères provoquant un handicap quotidien, insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois chez des patients âgés de moins de 50 ans ainsi que pour des patients dont l'âge est compris entre 50 et 70 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés ; - les fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 70 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. Par mesure de précaution chez les patients porteurs de ce dispositif, il est recommandé de surveiller la fonction rénale. Il est rappelé que l'utilisation de ce dispositif est contre-indiquée en cas : - d'insuffisance rénale ; - d'allergies au chrome et au cobalt. Il est rappelé que l'utilisation de ce dispositif n'est pas recommandée chez les femmes en âge de procréer. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 54.12.0010, 54.12.0020, 54.12.0030, 54.12.0040, 54.12.0050, 54.12.0110, 54.12.0120, 54.12.0130, 54.12.0140, 54.12.0150, 54.12.0210, 54.12.0220, 54.12.0230, 54.12.0240 et 54.12.0250.	50 113	50 113

3.2.4.1.4.6. Cotyles et cupules

Cotyles standards monoblocs

Génériques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3186293	**Hanche, cotyle standard, monobloc, polymère massif, cimenté.**	12 681	12 681
3135663	**Hanche, cotyle standard, monobloc, mixte, cimenté.** Association de matériaux différents, pré-assemblés et indissociables.	53 070	53 070
3163300	**Hanche, cotyle standard, monobloc, céramique massive, cimenté.**	68 776	68 776

Société Mathys Orthopédie SAS (Mathys)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3184555	**Hanche, cotyle standard, monobloc, mixte, MATHYS, RM CLASSIC, non cimenté.** Cotyle monobloc mixte non cimenté en polyéthylène recouvert de titane avec chevilles, RM CLASSIC de la société Mathys Orthopédie SAS. La prise en charge de RM CLASSIC est assurée en cas de : - coxarthrose primitive ou secondaire ; - ostéonécrose de la tête fémorale ; - dysplasie de la hanche ; - arthrite rhumatoïde ; - reprise de prothèse de hanche. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 4.14.750, 4.14.751, 4.14.752, 4.14.753, 4.14.754, 4.14.755, 4.14.756, 4.14.757, 4.14.758, 4.14.501, 4.14.502, 4.14.503, 4.14.504, 4.14.505, 4.14.506, 4.14.769, 4.14.770, 4.14.771, 4.14.772, 4.14.773. La prise en charge de ce code exclut la prise en charge des Code 3133262, 3163659 et 3161130.	100 266	100 266
3155750	**Hanche, cotyle standard, monobloc, mixte, MATHYS, RM PRESS-FIT, non cimenté.** Cotyle monobloc mixte non cimenté en polyéthylène recouvert de titane, RM PRESS-FIT de la société Mathys Orthopédie SAS. La prise en charge RM PRESS-FIT est assurée en cas de : - coxarthrose primitive ou secondaire ; - ostéonécrose de la tête fémorale ; - dysplasie de la hanche ; - arthrite rhumatoïde ;	100 266	100 266

	- reprise de prothèse de hanche. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 55.22.1046, 55.22.1048, 55.22.1050, 55.22.1052, 55.22.1054, 55.22.1056, 55.22.1058, 55.22.1060, 55.22.1062, 55.22.1064, 55.22.32.52, 55.22.32.54, 55.22.32.56, 55.22.32.58, 55.22.32.60, 55.22.32.62, 55.22.32.64. La prise en charge de ce code exclut la prise en charge des Code 313.32.62, 316.36.59 et 316.11.30.		
3186034	**Hanche, cotyle standard, monobloc, mixte, MATHYS, RM PRESSFIT VITAMYS, non cimenté.** Cotyle monobloc mixte non cimenté en polyéthylène hautement réticulé recouvert de titane, RM PRESSFIT VITAMYS de la société Mathys Orthopedie SAS à associer à une tête métallique de diamètre égal à 28 mm. La prise en charge est assurée en cas de : - coxopathies fonctionnellement sévères provoquant un handicap quotidien, insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois ; - fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 85 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 52.34.0032, 52.34.0033, 52.34.0034, 52.34.0035, 52.34.0036, 52.34.0037, 52.34.0038, 52.34.0039, 52.34.0040, 52.34.0041, 52.34.0042, 52.34.0043, 52.34.0044, 52.34.0045. La prise en charge de ce code exclut la prise en charge des Code 3133262, 3163659 et 3161130	100 266	100 266

Société Zimmer

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3130683	**Hanche, cotyle monobloc cimenté, polymère massif, polyéthylène, ZIMMER, DURASUL.** Cotyle monobloc cimenté, DURASUL, en polymère massif en polyéthylène hautement réticulé entrant dans la composition d'un couple de frottement hautement réticulé-métal pour prothèse totale de hanche conventionnelle, à associer à une tête métallique de diamètre inférieur ou égal à 32 mm, de la société ZIMMER. Indications : - Coxopathies fonctionnellement sévères provoquant un handicap quotidien, insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois chez des patients âgés de moins de 50 ans ainsi que pour des patients dont l'âge est compris entre 50 et 70 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés; - Fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 70 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. Modalités de prescription et d'utilisation : le cotyle monobloc DURASUL doit être utilisé en association avec une tête fémorale métallique de diamètre inférieur ou égal à 32 mm Références prises en charge :	38 481	38 481

	- Cotyle Exafit DURASUL, diamètre 22,2 mm: 01.00254.146, 01.00254.148, 01.00254.150, 01.00254.152, 01.00254.154, 01.00254.156, 01.00254.158, 01.00254.160 - Cotyle Müller DURASUL à bord plat, diamètre 28 mm: 01.00284.042, 01.00284.044, 01.00284.046, 01.00284.048, 01.00284.050, 01.00284.052, 01.00284.054, 01.00284.056, 01.00284.058, 01.00284.060, 01.00284.062, 01.00284.064 - Cotyle Müller DURASUL à bord plat, diamètre 32 mm: 01.00324.044, 01.00324.046, 01.00324.048, 01.00324.050, 01.00324.052, 01.00324.054, 01.00324.056, 01.00324.058, 01.00324.060, 01.00324.062, 01.00324.064		

Cotyles standards modulaires

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3150450	**Hanche, cotyle standard, modulaire, metal-back, sans insert, cimenté.**	41 319	41 319
3120041	**Hanche, cotyle standard, modulaire, metal-back, sans insert, non cimenté**	76 194	76 194

Cotyle monobloc mixte

Cotyle monobloc mixte non cimenté, comportant une partie interne en alliage métallique qui, associé à une tête en alliage métallique, a une résistance à l'usure au moins équivalente à celle d'un couple céramique/céramique.
La prise en charge des cotyles monoblocs mixtes non cimentés n'est assurée sous la référence 3103835 qu'après tests techniques réalisés dans un laboratoire compétent et indépendant selon le protocole d'essai mis au point par le CRITT de Charleville-Mézières.
La prise en charge est assurée pour les cotyles suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3103835	**Hanche, cotyle, monobloc mixte, alliage métallique, MATHYS, METAMYS** Cotyle monobloc mixte non cimenté, METAMYS, modèles RM Classic et RM Press Fit, en polyéthylène recouvert de titane, comportant une partie interne en alliage métallique, de la société Mathys Orthopédie SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : RM Classic comportant une partie interne en alliage métallique avec cheville. 55.22.0046, 55.22.0048, 55.22.0050, 55.22.0052, 55.22.0054, 55.22.0056, 55.22.0058, 55.22.0060, 55.22.0062, 55.22.0064. RM Press Fit comportant une partie interne en alliage métallique à associer à une tête en alliage métallique sans cheville. 55.18.2846, 55.18.2848, 55.18.2850, 55.18.2852, 55.18.2854, 55.18.2856, 55.18.2858, 55.18.2860, 55.18.2862, 55.18.2864, 55.18.3252, 55.18.3254, 55.18.3256, 55.18.3658, 55.18.3660, 55.18.3662 et 55.18.3664.	137 266	137 266

Cotyles de reconstruction

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Un cotyle de reconstruction est un implant comportant un ou plusieurs appuis hors de la cavité cotyloïdienne permettant le remplacement de cette dernière que ce soit en première intention ou en révision lorsqu'un cotyle standard n'est pas adapté.		
3167309	**Hanche, cotyle de reconstruction, modulaire, metal-back sans insert, cimenté.**	111 764	111 764
3168042	**Hanche, cotyle de reconstruction, modulaire, metal-back sans insert, non cimenté.**	128 958	128 958

Cupule bipolaire mobile ou cupule fémorale unipolaire

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3100334	**Hanche, cupule bipolaire mobile ou cupule fémorale unipolaire.** La prise en charge de cette référence exclut la prise en charge d'un cotyle	42 986	42 986

3.2.4.1.4.7. Inserts seuls

La prise en charge n'est assurée qu'avec un cotyle modulaire ou seul en cas de reprise.

Insert en polymère massif

Génériques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3161130	**Hanche, insert en polymère massif.**	11 751	11 751

Société Mathys Orthopédie SAS (MATHYS)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3136770	**Hanche, insert, polymère massif, polyéthylène, MATHYS, SELEXYS VITAMYS.** Insert en polymère massif en polyéthylène hautement réticulé entrant dans la composition d'un couple de frottement hautement réticulé-métal pour prothèse totale de hanche conventionnelle, à associer à un cotyle métal-back non cimenté et uniquement à une tête métallique de diamètre inférieur ou égal à 28 mm. L'association de SELEXYS VITAMYS à une tête métallique de diamètre supérieur ou égal à 32 mm n'est pas prise en charge. La prise en charge est assurée en cas de : coxopathies fonctionnellement sévères provoquant un handicap quotidien, insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois ;	13 396	13 396

	fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 85 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 52.34.0130, 52.34.0131, 52.34.0132, 52.34.0133, 52.34.0134, 52.34.0135, 52.34.0136, 52.34.0137, 52.34.0138, 52.34.0139, 52.34.0140, 52.34.0141, 52.34.0240, 52.34.0241, 52.34.0242, 52.34.0243, 52.34.0244, 52.34.0245, 52.34.0246, 52.34.0247, 52.34.0248, 52.34.0249, 52.34.0250, 52.34.0251.		

Société STRYKER France SAS (STRYKER)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3121394	**Hanche, insert, polymère massif, polyéthylène, STRYKER, TRIDENT X3.** Insert en polymère massif en polyéthylène hautement réticulé entrant dans la composition d'un couple de frottement hautement réticulé-métal pour prothèse totale de hanche conventionnelle, à associer à un cotyle métal-back non cimenté et uniquement à une tête métallique de diamètre inférieur ou égal à 28 mm. L'association de TRIDENT X3 à une tête métallique de diamètre supérieur ou égal à 32 mm n'est pas prise en charge. La prise en charge est assurée en cas de : - coxopathies fonctionnellement sévères provoquant un handicap quotidien, insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois ; - fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 85 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 623-00-28A (Trident 0 degrés INS X3 28 mm A), 623-00-28B (Trident 0 degrés INS X3 28 mm B), 623-00-28C (Trident 0 degrés INS X3 28 mm C), 623-00-28D (Trident 0 degrés INS X3 28 mm D), 623-00-28E (Trident 0 degrés INS X3 28 mm E), 623-00-28 F (Trident 0 degrés INS X3 28 mm F), 623-00-28G (Trident 0 degrés INS X3 28 mm G), 623-00-28H (Trident 0 degrés INS X3 28 mm H).	13 396	13 396
3175310	**Hanche, insert, polymère massif, polyéthylène, STRYKER, TRIDENT CROSSFIRE.** Insert en polymère massif en polyéthylène hautement réticulé entrant dans la composition d'un couple de frottement hautement réticulé-métal pour prothèse totale de hanche conventionnelle, à associer à un cotyle métal-back non cimenté et uniquement à une tête métallique de diametre inférieur ou égal à 28 mm. L'association de TRIDENT CROSSFIRE à une tête métallique de diamètre supérieur ou égal à 32 mm n'est pas prise en charge. La prise en charge est assurée en cas de : - coxopathies fonctionnellement sévères provoquant un handicap quotidien, insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois chez	35 617	35 617

	des patients âgés de moins de 50 ans ainsi que pour des patients dont l'âge est compris entre 50 et 70 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés - fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 70 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : insert standard (référence, diamètre intérieur, diamètre extérieur) : 621-00-22A22.2 mm 40 mm, 621-00-22B 22.2 mm 42 mm, 621-00-22C 22.2 mm 44 mm, 621-00-22D. 22.2 mm 46-48 mm, 621-00-22E 22.2 mm 50-52 mm, 621-00-22 F 22.2 mm 54-56 mm, 621-00-22G 22.2 mm 58-60 mm, 621-00-22H 22.2 mm 62-64 mm, 621-00-22I 22.2 mm 66-68mm, 621-00-22J 22.2 mm 70-72 mm, 621-00-28D. 28 mm 46-48 mm, 621-00-28E 28 mm 50-52 mm, 621-00-28 F 28 mm 54-56 mm, 621-00-28G 28 mm 58-60 mm, 621-00-28H 28 mm 62-64 mm, 621-00-28I 28 mm 66-68 mm, 621-00-28J 28 mm 70-72 mm. insert rebord 10° (référence, diamètre intérieur, diamètre extérieur) : 621-10-22A 22.2 40, 621-10-22B 22.2 42, 621-10-22C 22.2 44, 621-10-22D. 22.2 46-48, 621- 10-22E 22.2 50-52, 621-10-22 F 22.2 54-56, 621-10-22G 22.2 58-60, 621-10-22H 22.2 62-64, 621-10-22I 22.2 66-68, 621-10-22J 22.2 70-72, 621-10-28D. 28 46-48, 621-10-28E 28 50-52, 621-10-28 F 28 54-56, 621-10-28G 28 58-60, 621-10-28H 28 62-64, 621-10-28I 28 66-68, 621- 10-28J 28 70-72.		

Société Zimmer

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3188116	**Hanche, insert, polymère massif, polyéthylène, ZIMMER, DURASUL.** Insert, DURASUL, en polymère massif en polyéthylène hautement réticulé entrant dans la composition d'un couple de frottement hautement réticulé-métal pour prothèse totale de hanche conventionnelle, à associer à un cotyle métal-back non cimenté et à une tête métallique de diamètre inférieur ou égal à 32 mm, de la société ZIMMER. Indications : - Coxopathies fonctionnellement sévères provoquant un handicap quotidien, insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois chez des patients âgés de moins de 50 ans ainsi que pour des patients dont l'âge est compris entre 50 et 70 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés. - fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 70 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. Modalités de prescription et d'utilisation : L'insert DURASUL doit être utilisé avec un cotyle metal-back non cimenté et une tête fémorale métallique de diamètre inférieur ou égal à 32 mm. Références prises en charge :	38 481	38 481

	Insert Alpha DURASUL à bord plat - diamètre 28 mm : 01.00013.206, 01.00013.207, 01.00013.208, 01.00013.209, 01.00013.210, 01.00013.211, 01.00013.212, 01.00013.213, 01.00013.214, 01.00013.215, 01.00013.216, 01.00013.217. - diamètre 32 mm : 01.00013.407, 01.00013.408, 01.00013.409, 01.00013.410, 01.00013.411, 01.00013.412, 01.00013.413, 01.00013.414, 01.00013.415, 01.00013.416, 01.00013.417. Insert Alpha DURASUL à débord - diamètre 28 mm : 01.00013.306, 01.00013.307, 01.00013.308, 01.00013.309, 01.00013.310, 01.00013.311, 01.00013.312, 01.00013.313, 01.00013.314, 01.00013.315, 01.00013.316, 01.00013.317. - diamètre 32 mm : 01.00013.508, 01.00013.509, 01.00013.510, 01.00013.511, 01.00013.512, 01.00013.513, 01.00013.514, 01.00013.515, 01.00013.516, 01.00013.517. Insert DURASUL Alloclassic CSF à débord - diamètre 28 mm : 01.00126.350, 01.00126.352, 01.00126.355, 01.00126.358, 01.00126.361, 01.00126.364, 01.00126.368, 01.00126372, 01.00126.376. Insert CLS DURASUL - diamètre 28 mm : 01.00307.346, 01.00307.348, 01.00307.350, 01.00307.352, 01.00307.354, 01.00307.356, 01.00307.358, 01.00307.360, 01.00307.362. - diamètre 32 mm : 01.00307.450, 01.00307.452, 01.00307.454, 01.00307.456, 01.00307.458, 01.00307.460, 01.00307.462.		
3116170	**Hanche, insert, polymère massif, polyéthylène, ZIMMER, LONGEVITY.** Insert LONGEVITY en polyéthylène hautement réticulé (résine GUR 1050) entrant dans la composition d'un couple de frottement hautement réticulé-métal pour prothèse totale de hanche conventionnelle, à associer à un cotyle métal-back non cimenté et à une tête métallique de diamètre inférieur ou égal à 32 mm, de la société ZIMMER. 1) Indications : 1.1. Coxopathies fonctionnellement sévères provoquant un handicap quotidien, insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois chez des patients âgés de moins de 50 ans ainsi que pour des patients dont l'âge est compris entre 50 et 70 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés. 1.2. Fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 70 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. 2) Références prises en charge : 2.1. Inserts standards diamètre interne 22 mm 00-6305-044-22 ; 00-6305-046-22 ; 00-6305-048-22 ; 00-6305-050-22 ; 00- 6305-056-22 ; 00-6305-058-22 ; 00-6305-060-22 ; 00-6305-062-22 ; 00-6305- 036-22 ; 00-6305-038-22 ; 00-6305-040-22 ;00-6305-042-22 ; 00-6305-064-22 ; 00-6305-066-22 ; 00-6305-068-22 ; 00-6305-070-22 ; 00-6305-072-22 ; 00- 6305-074-22 ; 00-6305-076-22 ; 00-6305-078-22 ; 00-6305-080-22	35 617	35 617
	2.2. Inserts standards diamètre interne 28 mm :		

	00-6305-046-28 ; 00-6305-048-28 ; 00-7105-048-28 ; 00-6305-050-28 ; 00- 6305-056-28 ; 00-6305-058-28 ; 00-6305-060-28 ; 00-6305-062-28 ; 00-6305- 064-28 ; 00-6305-066-28 ; 00-6305-068-28 ; 00-6305-070-28 ; 00-6305-072-28 ; 00-6305-074-28 ; 00-6305-076-28 ; 00-6305-078-28 ; 00-6305-080-28 ; 00- 8751-007-28 ; 00-8751-008-28 ; 00-8751-009-28 ; 00-7105-050-28 ; 00-8751- 010-28 ; 00-7105-052-28 ; 00-8751-011-28 ; 00-7105-054-28 ; 00-8751-012-28 ; 00-7105-056-28 ; 00-8751-013-28 ; 00-7105-058-28 ; 00-8751-014-28 ; 00- 7105-060-28 ; 00-8751-015-28 ; 00-7105-062-28 ; 00-7105-066-28 ; 00-7105- 072-28 ; 00-7105-076-28. 2.3. Inserts standards diamètre interne 32 mm : 00-6305-048-32 ; 00-6305-050-32 ; 00-7105-054-32 ; 00-7105-056-32 ; 00-6305-056-32 ; 00-6305-058-32 ; 00-7105-058-32 ; 00-6305-060-32 ; 00-7105- 060-32 ; 00-6305-062-32 ; 00-6305-064-32 ; 00-7105-062-32 ; 00-6305-066-32 ;00-6305-068-32 ; 00-6305-070-32 ; 00-7105-066-32 ; 00-7105-072-32 ; 00- 7105-076-32 ; 00-8751-008-32 ; 00-8751-009-32 ; 00-8751-010-32 ; 00-8751- 011-32 ; 00-7110-054-32 ; 00-8751-012-32 ; 00-7110-056-32 ; 00-8751-013-32 ; 00-7110-058-32 ; 00-8751-014-32 ; 00-7110-060-32 ; 00-8751-015-32 ; 00- 7110-062-32 2.4. Inserts à rebord 10 degrés diamètre interne 22 mm : 00-6310-044-22 ; 00-6310-046-22 ; 00-6310-048-22 ; 00-6310-050-22 ; 00- 6310-056-22 ; 00-6310-058-22 ; 00-6310-060-22 ; 00-6310-062-22 ;00-6310- 036-22 ; 00-6310-038-22 ; 00-6310-040-22 ; 00-6310-042-22 ; 00-6310-064-22 ; 00-6310-066-22 ; 00-6310-068-22 ; 00-6310-070-22 ; 00-6310-072-22 ; 00- 6310-074-22 ; 00-6310-076-22 ; 00-6310-078-22 ; 00-6310-080-22 2.5 Inserts à rebord 15 degrés diamètre interne 22 mm : 00-8752-006-22 ; 00-8752-007-22 2.6 Inserts à rebord 10 degrés diamètre interne 28 mm 00-6310-044-28 ; 00-6310-046-28 ; 00-6310-048-28 ; 00-7110-048-28 ; 00- 6310-050-28 ; 00-7110-050-28 ; 00-7110-052-28 ; 00-7110-054-28 ; 00-6310- 056-28 ; 00-7110-056-28 ; 00-6310-058-28 ; 00-7110-058-28 ; 00-6310-060-28 ; 00-7110-060-28 ; 00-6310-062-28 ; 00-6310-064-28 ; 00-7110-062-28 ; 00- 6310-066-28 ; 00-6310-068-28 ; 00-6310-070-28 ; 00-7110-066-28 ; 00-7110- 072-28 ; 00-7110-076-28 ; 00-6310-072-28 ; 00-6310-074-28 ; 00-6310-076-28 ; 00-6310-078-28 et 00-6310-080-28 2.7. Inserts à rebord 10 degrés diamètre interne 32 mm : 00-6310-048-32 ; 00-6310-050-32 ; 00-7110-054-32 ; 00-6310-056-32 ; 00- 7110-056-32 ; 00-6310-058-32 ; 00-7110-058-32 ; 00-6310-060-32 ; 00-7110- 060-32 ; 00-6310-062-32 ; 00-6310-064-32 ; 00-7110-062-32 ; 00-6310-066-32 ; 00-6310-068-32 ; 00-6310-070-32 ; 00-7110-066-32 ; 00-7110-072-32 ; 00- 7110-076-32 ; 00-6310-072-32 ; 00-6310-074-32 ; 00-6310-076-32 ; 00-6310- 078-32 ; 00-6310-080-32. 2.8 Inserts à rebord 15 degrés diamètre interne 28 mm 00-8752-006-28 ; 00-8752-007-28 ; 00-8752-008-28 ; 00-8752-009-28 ; 00- 8752-010-28 ; 00-8752-011-28 ; 00-8752-012-28 ; 00-8752-013-28 ; 00-8752- 014-28 ; 00-8752-015-28 ; 00-8752-016-28 ; 00-8752-017-28 ; 00-8752-018-28 .2.9 Inserts à rebord 15 degrés diamètre interne 32 mm :		

	00-8752-008-32 ; 00-8752-009-32 ; 00-8752-010-32 ; 00-8752-011-32 ; 00- 8752-012-32 ; 00-8752-013-32 ; 00-8752-014-32 ; 00-8752-015-32 ; 00-8752- 016-32 ; 00-8752-017-32 ; 00-8752-018-32 ; 00-8752-019-32 ; 00-8752-020-32 ; 00-8752-021-32 ; 00-8752-022-32 ; 00-8752-023-32 2.10 Inserts à rebord 20 degrés diamètre interne 22 mm : 00-6320-036-22 ; 00-6320-038-22 ; 00-6320-040-22 ; 00-6320-042-22 ; 00- 6320-044-22 ; 00-6320-046-22 ; 00-6320-048-22 ; 00-6320-050-22 ; 00-6320- 056-22 ; 00-6320-058-22 ; 00-6320-060-22 ; 00-6320-062-22 ; 00-6320-064-22 ; 00-6320-066-22 ; 00-6320-068-22 ; 00-6320-070-22 ; 00-6320-072-22 ; 00- 6320-074-22 ; 00-6320-076-22 ; 00-6320-078-22 et 00-6320-080-22 2.11 Inserts à rebord 20 degrés diamètre interne 28 mm 00-6320-046-28 ; 00-6320-048-28 ; 00-6320-050-28 ; 00-6320-056-28 ; 00- 6320-058-28 ; 00-6320-060-28 ; 00-6320-062-28 ; 00-6320-064-28 ; 00-6320- 066-28 ; 00-6320-068-28 ; 00-6320-070-28 ; 00-6320-072-28 ; 00-6320-074-28 ; 00-6320-076-28 ; 00-6320-078-28 ; 00-6320-080-28. 2.12 Inserts à rebord 20 degrés diamètre interne 32 mm : 00-6320-048-32 ; 00-6320-050-32 ; 00-6320-056-32 ; 00-6320-058-32 ; 00- 6320-060-32 ; 00-6320-062-32 ; 00-6320-064-32 ; 00-6320-066-32 ; 00-6320- 068-32 ; 00-6320-070-32 ; 00-6320-072-32 ; 00-6320-074-32 ; 00-6320-076-32 ; 00-6320-078-32 ; 00-6320-080-32. 2.13 Inserts diamètre interne 28 mm offset 7 mm 00-6341-044-28 ; 00-6341-046-28 ; 00-6341-048-28 ; 00-6341-050-28 ; 00- 6341-056-28 ; 00-6341-058-28 ; 00-6341-060-28 ; 00-6341-062-28 ; 00-6341- 064-28 ; 00-6341-066-28 ; 00-6341-068-28 et 00-6341-070-28 2.14 Inserts diameter interne 32 mm offset 7 mm 00-6341-048-32 ; 00-6341-050-32 ; 00-6341-056-32 ; 00-6341-058-32 ; 00- 6341-060-32 ; 00-6341-062-32 ; 00-6341-064-32 ; 00-6341-066-32 ; 00-6341- 068-32 et 00-6341-070-32		

Insert en céramique

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3140150	**Hanche, insert en céramique.**	44 204	44 204

Inserts en alliage métallique

Inserts qui, associés à une tête en alliage métallique, ont une résistance à l'usure au moins équivalente à celle d'un couple céramique/céramique.
La prise en charge des inserts en alliage métallique n'est assurée sous les références 3132446, 3198994, 3168639, 3170895 et 3194230 qu'après tests techniques réalisés dans un laboratoire compétent et indépendant selon le protocole d'essais mis au point par le CRITT de Charleville-Mézières.
Elle est assurée pour les inserts suivants :

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

3132446	**Hanche, insert en alliage métallique, BIOMET MERCK, REF. 11-1310XX** Insert réf 11-1310XX, quelle que soit la taille.	50 398	50 398
3168639	**Hanche, insert en alliage métallique, DEPUY, PINNACLE ULTAMET.** 1. Indications : - les coxopathies fonctionnellement sévères provoquant un handicap quotidien, insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois chez des patients âgés de moins de cinquante ans ainsi que pour des patients dont l'âge est compris entre cinquante et soixante-dix ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés ; - les fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de soixante-dix ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. 2. Contre-indications : - insuffisance rénale, - allergies au chrome et au cobalt. L'utilisation de ce produit n'est pas recommandée chez les femmes en âge de procréer. La fonction rénale doit être surveillée. 3. Références prises en charge : La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 121889144, 121889146, 121889148, 121889150, 121889152, 121889154, 121889156, 121889158, 121889160, 121889162, 121889164 et 121889166. L'insert PINNACLE ULTAMET n'est pas pris en charge lorsqu'il est associé à une tête de plus de 28 mm	50 398	50 398
3170895	**Hanche, insert en alliage métallique, MATHYS, Expansys METAMYS.** Insert en polyéthylène, METAMYS, modèle Expansys, comportant une partie interne en alliage métallique, à associer à une tête en alliage métallique et à un cotyle standard modulaire, métal back, sans insert, non cimenté, de la société Mathys Orthopédie SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 55.17.2846, 55.17.2848, 55.17.2850, 55.17.2852, 55.17.2854, 55.17.2856, 55.17.2858, 55.17.2860, 55.17.2862, 55.17.2864, 55.17.3252, 55.17.3254, 55.17.3256, 55.17.3658, 55.17.3660, 55.17.3662, 55.17.3664, 55.17.3666, 55.17.3668 et 55.17.3670.	50 398	50 398
3194230	**Hanche, insert en alliage métallique, MATHYS, METAMYS.** Insert en polyéthylène, METAMYS, pour cotyles SelexSys TH et SelexSys TPS, comportant une partie interne en alliage métallique, à associer à une tête en alliage métallique et à un cotyle standard modulaire, métal back, sans insert, non cimenté, de la société Mathys Orthopédie SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 55.45.2801, 55.45.2802, 55.45.2803, 55.45.2804, 55.45.2805, 55.45.2806, 55.45.2807, 55.45.2808, 55.45.2809, 55.45.2810, 55.45.2811, 55.45.2812, 55.45.3205, 55.45.3206, 55.45.3607, 55.45.3608, 55.45.3609, 55.45.3610, 55.45.3611 et 55.45.3612.	50 398	50 398

3198994	**Hanche, insert en alliage métallique, ZIMMER, METASUL** Indications : – coxopathies fonctionnellement sévères provoquant un handicap quotidien, insuffisamment amélioré par un traitement médicalbien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois chez des patients âgés de moins de 50 ans ainsi que pour des patients dont l'âge est compris entre 50 et 70 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés ; – fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 70 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. Modalités de prescription et d'utilisation : – l'utilisation des prothèses à couple de frottement métal-métal n'est pas recommandée chez les femmes en âge de procréer. – Surveillance de la fonction rénale des patients implantés. Contre-indications : – insuffisance rénale ; – allergies au chrome, au cobalt et au nickel. Le dépistage d'une allergie à ces métaux doit être réalisé au moyen d'un interrogatoire du patient et éventuellement un test épicutané. Références prises en charge de l'insert METASUL uniquement en diamètre 28 mm et 32 mm : Insert Alpha METASUL neutre diamètre 28 ou 32 mm : 01.00010.407, 01.00010.408, 01.00010.409, 01.00010.410, 01.00010.411, 01.00010.412, 1.00010.413, 01.00010.414, 01.00010.415, 01.00010.416, 01.00010.417, 01.00010.709, 01.00010.710, 01.00010.711, 01.00010.712, 01.00010.713, 01.00010.714, 01.00010.715, 01.00010.716 et 01.00010.717.	49 011	49 011

3.2.4.1.4.8. Prothèses de hanche de resurfaçage

Les prothèses de resurfaçage sont composées d'un cotyle et d'une cupule fémorale qui vient recouvrir la tête du fémur du patient formant un couple de frottement métal-métal.

Indications :

Arthroplastie totale de la hanche pour des patients jeunes et actifs ayant une coxarthrose.

Les prothèses de resurfaçage sont indiquées chez les patients :

- âgés de moins de 50 ans (cette limite d'âge étant indicative) ;
- ayant une activité professionnelle et/ou pratiquant une activité sportive physiquement exigeante avant l'intervention (activités professionnelles de type travailleur de force et/ou avec port de charges, activités sportives de niveau d'impact moyen ou élevé selon la classification de Clifford et Mallon) ;
- dont le projet de vie après l'intervention implique la poursuite de ce type d'activités physiquement exigeantes et dont l'état physiologique (qualité osseuse notamment) et la morphologie (diamètre de tête fémorale native supérieur ou égal à 48 mm, notamment) sont compatibles avec l'implantation d'une prothèse totale de resurfaçage.

Contre-indications :

- ostéopénie et ostéoporose ;
- dysplasie sévère de la cavité acétabulaire ;

- insuffisance rénale ;
- allergies au chrome, au cobalt et au nickel. Le dépistage d'une allergie à ces métaux doit être réalisé au moyen d'un interrogatoire du patient et, éventuellement, d'un test épicutané.

Modalités de prescription et d'utilisation :

- l'utilisation des prothèses de resurfaçage n'est pas indiquée dans les cas de polyarthrite rhumatoïde et d'ostéonécrose aseptique étendue de la tête fémorale ;
- l'utilisation des prothèses à couple de frottement métal-métal, dont font partie les prothèses de resurfaçage, n'est pas recommandée chez les femmes en âge de procréer ;
- par mesure de précaution chez les patients porteurs de ce type de prothèse, il est recommandé de surveiller la fonction rénale.

Un suivi spécifique des patients implantés avec une prothèse totale de hanche de resurfaçage est nécessaire, il comporte notamment un examen clinique et d'imagerie annuel les cinq premières années, puis la surveillance se poursuit au-delà de la cinquième année. Par ailleurs, les concentrations sériques d'ions métalliques doivent être surveillées, selon les recommandations de l'ANSM. La surveillance de la fonction rénale est commune à toutes les prothèses de hanche à couple de frottement métal-métal.

Compte tenu de la difficulté de la technique d'implantation d'une prothèse totale de hanche de resurfaçage, de la courbe d'apprentissage qui en résulte et de la stricte sélection nécessaire des patients, l'implantation de ces dispositifs doit être :

- réservée aux chirurgiens orthopédistes compétents et expérimentés, impliqués dans la prise en charge chirurgicale des affections de la hanche et pratiquant au moins cinquante implantations de prothèses totales de hanche de resurfaçage par an. Ils doivent avoir été formés soit par compagnonnage auprès d'un chirurgien compétent et expérimenté pour l'arthroplastie de resurfaçage, lui-même formé à la pratique et pratiquant au moins cinquante implantations de prothèses totales de hanche de resurfaçage par an, soit durant leur internat ou post internat dans un centre spécialisé (cf. infra). Ils doivent avoir reçu une formation théorique sur la technique (apprentissage de la chirurgie, enseignement des gestes auprès de l'équipe chirurgicale...) et fondamentale en biomécanique ;
- réalisée dans un centre spécialisé dans l'arthroplastie de hanche de resurfaçage, le caractère spécialisé du centre étant défini par la présence d'un chirurgien compétent et expérimenté en arthroplastie de resurfaçage de hanche. Par ailleurs, l'équipe intervenant au bloc opératoire (aide-opératoires, infirmiers, anesthésistes) doit elle aussi avoir été formée à la technique.

De plus, ce centre doit participer au recueil exhaustif de données de suivi jusqu'à dix ans de recul. Les centres implantant des prothèses de resurfaçage BHR et CONSERVE + devront utiliser les mêmes critères de jugement et utiliser des scores validés.

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Société MICROPORT ORTHOPEDICS (MicroPort)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3153833	**Hanche, tête fémorale avec tige alliage métal, MicroPort, CONSERVE +, resurfaçage** Prothèse de resurfaçage CONSERVE PLUS, tête fémorale avec tige en alliage métallique en cobalt-chrome-molybdène, de la société MicroPort Orthopedics. Références : 3803-1048, 3803-1050, 3803-1052, 3803-1054, 3803-1056.	93 872	93 872
3113124	**Hanche, cupule acétabulaire, MicroPort, CONSERVE +, resurfaçage** Prothèse de resurfaçage CONSERVE PLUS, cupule acétabulaire en alliage métallique en cobalt-chrome-molybdène, de la société MicroPort Orthopedics.	126 020	126 020

	Références : Cotyles 6 mm sans revêtement en hydroxyapatite (HA) : 3802-4854, 3802-5056, 3802-5258, 3802-5460, 3802-5662, 3802-5664. Cotyles 6 mm avec revêtement en HA : 38HA-4854, 38HA-5056, 38HA-5258, 38HA-5460, 38HA-5662, 38HA-5664. Cotyles 6 mm avec picots : 38SP-4854, 38SP-5056, 38SP-5258, 38SP-5460, 38SP-5662, 38SP-5664. Cotyles 10 mm : 3802-1154, 3802-1156, 3802-1158, 3802-1160, 3802-1162, 3802-1164.		

Société SMITH & NEPHEW ORTHOPAEDICS France SAS (SMITH)

La prise en charge de la prothèse de resurfaçage BHR n'est assurée que pour une arthroplastie totale de la hanche chez des patients atteints de coxarthrose et âgés de moins de 65 ans.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3145064	**Hanche, tête fémorale avec tige alliage métallique, Smith, BHR resurfaçage.** Prothèse de resurfaçage BHR en alliage de cobalt-chrome-molybdène, tête fémorale avec tige de la société Smith & Nephew. Références : 74123148 Tête fémorale BHR diam. 48 mm, 74121150 Tête fémorale BHR diam. 50 mm, 74123152 Tête fémorale BHR diam. 52 mm, 74121154 Tête fémorale BHR diam. 54 mm, 74123156 Tête fémorale BHR diam. 56 mm, 74121158 Tête fémorale BHR diam. 58 mm	93 872	93 872
3140339	**Hanche, cupule acétabulaire recouverte d'hydroxyapatite, Smith, BHR resurfaçage.** Prothèse de resurfaçage BHR en alliage de cobalt-chrome-molybdène, cupule acétabulaire hémisphérique recouverte d'hydroxyapatite de la société Smith & Nephew. Références : 74120154 cupule acétabulaire BHR diam. 54 mm, 74122154 cupule acétabulaire BHR diam. 48/54 mm, 74122156 cupule acétabulaire BHR diam. 48/56 mm, 74120156 cupule acétabulaire BHR diam. 56 mm, 74120158 cupule acétabulaire BHR diam. 58 mm, 74122158 cupule acétabulaire BHR diam. 52/58 mm, 74122160 cupule acétabulaire BHR diam. 52/60 mm, 74120160 cupule acétabulaire BHR diam. 60 mm, 74120162 cupule acétabulaire BHR diam. 62 mm, 74122162 cupule acétabulaire BHR diam. 56/62 mm, 74122164 cupule acétabulaire BHR diam. 56/64 mm, 74120164 cupule acétabulaire BHR diam. 64 mm, 74120166 cupule acétabulaire BHR diam. 66 mm.	126 020	126 020

3.2.4.1.4.9. Autres implants

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

3127988	**Hanche, butée antiluxation, vis incluses.**	6 017	6 017
3142090	**Hanche, anneau de soutien ou fond de cotyle.**	31 845	31 845
3127847	**Hanche, cupule fixe pour nécrose de la tête fémorale.** La prise en charge exclut celle d'une tige, d'une tête et d'un cotyle.	26 276	26 276
3158233	**Hanche, prothèse fémorale unipolaire monobloc (type Moore).**	24 072	24 072
3127161	**Hanche, col amovible à double cône morse.** La prise en charge de cet implant est comprise dans celle de la tige, en cas de première implantation. La prise en charge du col amovible n'est assurée qu'en cas de reprise.	17 194	17 194

3.2.4.1.4.10. Implants spéciaux sur mesure

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Ce sont des implants faits à partir des mesures du malade Ils sont réalisés d'après les données du scanographe et/ou de clichés radiologiques du patient dans les cas particuliers suivants : - morphologie atypique (nanisme, gigantisme, dysplasie importante); - reconstruction osseuse étendue d'origine tumorale ; - grand fracas osseux (notamment lors de reprises importantes). Ils sont pris en charge après entente préalable conformément à l'article LP 33 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée.		
3148281	**Hanche, implant sur mesure, tige spéciale.** Dans la limite de **333 264 F.CFP.**	292 306	292 306
3131903	**Hanche, implant sur mesure, cotyle spécial.** Dans la limite de **156 830 F.CFP.**	137 554	137 554

3.2.4.1.4.11. Accessoires pour pose d'implants articulaires

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3112917	**Accessoire, vis de fixation d'un implant articulaire** Quel qu'en soit le type. Par intervention, à concurrence de **19 134 F.CFP** maximum pour l'épaule et le genou et de **23 913 F.CFP** maximum pour la hanche.	4 449	4 449
3181203	**Accessoire pour implant articulaire, obturateur à ciment centro-médullaire.** La prise en charge est assurée dans la limite d'une unité par intervention.	7 054	7 054

3.2.4.1.4.12. Ciment

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3133262	**Accessoire pour implant articulaire, ciment sans antibiotique (une dose).** Par intervention à concurrence de **9 803 F.CFP** maximum pour la pose d'implants, en première intention, à l'exception d'implants du genou, et à concurrence de **14 703 F.CFP** maximum pour la pose d'implants du genou en première intention et, pour tous les implants, en cas de reprise et de pose d'implants spéciaux.	4 587	4 587
3163659	**Accessoire pour implant articulaire, ciment avec antibiotique (une dose).** La prise en charge des ciments avec antibiotiques est assurée dans les indications suivantes : - intervention chez les malades à risques (état général altéré, dénutris, diabétiques, infections pulmonaires ou urinaires, fragilité osseuse) ; - réintervention pour sepsis de hanche, sepsis d'autres articulations développées sur des prothèses (une dose). Par intervention à concurrence de **14 110 F.CFP** maximum pour la pose d'implants, en première intention, à l'exception d'implants du genou, et à concurrence de **21 176 F.CFP** maximum pour la pose d'implants du genou en première intention, et, pour tous les implants, en cas de reprise et de pose d'implants spéciaux.	6 613	6 613

3.2.4.1.5. Paragraphe 5: Implants du rachis

3.2.4.1.5.1. Implants d'ancrage

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Les systèmes d'assemblage comprennent les vis articulaires, les vis de blocage, les dominos, les agrafes, les étriers, les barres pour crochets, les rondelles, les écrous et éléments de vis inclus, autres...		
3198764	**Rachis, implant d'ancrage, vis spécifique simple.**	3 881	3 881
3131955	**Rachis, implant d'ancrage, vis pédiculaire cervicale.** Vis spécifique du rachis de type pédiculaire cervicale avec système d'assemblage et de blocage.	8 703	8 703
3137283	**Rachis, implant d'ancrage, vis pédiculaire.** Vis spécifique du rachis de type pédiculaire, monoaxiale ou polyaxiale, avec système d'assemblage et de blocage.	23 342	23 342
3181752	**Rachis, implant d'ancrage, crochet, pince-crochet.** Crochet de tout type ou pince crochet, avec accessoires.	19 462	19 462
3114939	**Rachis, implant d'ancrage, fil de cerclage, câble.** Quel que soit le nombre de crins. Forfait unique.	11 680	11 680

3.2.4.1.5.2. Implant d'union longitudinale

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	La prise en charge des plaques et des tiges est assurée dans la limite de deux implants maximum par intervention sauf en cas de scoliose à double courbure.		
3123016	**Rachis, implant d'union longitudinale, plaque.** Quel que soit le niveau anatomique.	23 055	23 055
3111556	**Rachis, implant d'union longitudinale, tige.** Quel que soit le niveau anatomique et quel que soit le nombre de niveaux.	9 779	9 779
3122382	**Rachis, implant d'union longitudinale, cadre.** Quel que soit le niveau anatomique dans la limite d'un implant.	33 197	33 197
3188560	**Rachis, implant d'union longitudinale, connecteur.** En cas de reprise ou de grosse déformation.	9 223	9 223
3127511	**Rachis, implant d'union longitudinal avec appui sacré, monobloc.** La prise en charge de cette référence est assurée dans la limite de deux implants maximum par intervention sauf en cas de scoliose à double courbure.	33 121	33 121

3.2.4.1.5.3. Implant d'union transversale

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3133032	**Rachis, implant d'union transversale.** Implant d'union transversale avec son système d'assemblage, dans la limite de **50 969 F.CFP** par intervention.	23 977	23 977

3.2.4.1.5.4. Autres implants

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3187938	**Rachis, cale métallique inter-épineuse.** Dans la limite de deux par intervention.	19 462	19 462
3115583	**Rachis, coussinet.** Dans la limite de deux par intervention.	5 803	5 803
3188441	**Rachis, implant d'appui sacré.**	23 342	23 342
3128976	**Rachis, cage intersomatique ou équivalent.**	62 265	62 265

3.2.4.1.5.5. Prothèses totales du disque lombaire

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

La prise en charge est assurée en cas de lombalgie discogénique, chronique et invalidante, résistant à un traitement médical bien conduit pendant au moins 6 mois et de préférence 1 an, chez un sujet adulte de moins de 60 ans, porteur d'une discopathie lombaire ou lombo-sacrée symptomatique. Un seul disque pathologique doit être remplacé par prothèse discale lombaire.
Les contre-indications sont les suivantes :
- lombalgie non discogénique ;
- radiculalgie prédominante ;
- discopathie pluri-étagée ;
- déformations (scoliose et spondylolisthesis de grade [1] 1) ;
- canal lombaire étroit ;
- obésité morbide ;
- ostéoporose et maladie métabolique osseuse ;
- lésions dégénératives évoluées des articulaires ;
- traumatisme vertébral lombaire récent ;
- hernie discale exclue ;
- déficit radiculaire récent ;
- antécédents infectieux locaux ;
- conditions psychologiques défavorables ;
- bénéfice secondaire attendu, dans le contexte professionnel, de la prise en charge de la pathologie ;
- spondylarthopathies.

L'évaluation préopératoire doit être menée par une équipe multidisciplinaire, articulée autour de :
- deux chirurgiens du rachis ;
- un médecin rompu à l'évaluation psycho-socio-professionnelle et aux lombalgies chroniques (rhumatologue, médecin de médecine physique et de réadaptation, algologue) ;
- un radiologue ou autre médecin ayant des compétences en rachis ;
- au cas par cas, un psychiatre ;
- au cas par cas, un chirurgien vasculaire.

La décision de pose d'une prothèse discale lombaire doit prendre en compte les trois dimensions suivantes : clinique, imagerie et psycho-socio-professionnelle.
L'indication est posée après réalisation de clichés radiographiques standards (clichés rachis entier face et profil et rachis lombaire), de clichés radiographiques dynamiques, d'un examen IRM et éventuellement d'une discographie si il y a un doute persistant après IRM.
L'équipe chirurgicale est dirigée par un chirurgien du rachis formé à la technique. Elle comporte le personnel habituel de la salle d'opération dont un(e) aide opératoire et un(e)instrumentiste ayant reçu une formation spécifique sur l'instrumentation de pose des implants. Un chirurgien ayant des compétences en chirurgie vasculaire doit être disponible au sein de l'établissement.
Le chirurgien doit avoir la pratique régulière de la voie d'abord antérieure du rachis lombaire et lombo-sacré. Il doit avoir reçu une formation spécifique à l'usage de la prothèse discale lombaire utilisée dans le centre. Cette formation doit inclure la participation à 5 interventions comme opérateur ou comme premier aide opératoire dans un centre formateur. Le chirurgien doit avoir une activité en chirurgie rachidienne lombaire d'au moins 50 interventions instrumentées par an.Les aides opératoires doivent avoir reçu une formation spécifique à l'usage de la prothèse discale lombaire utilisée dans le centre.

Le nombre d'implantations de prothèses discales lombaires attendu par an doit être d'au moins 15 par équipe chirurgicale. Chaque nouvelle équipe chirurgicale doit atteindre cet objectif dans les 2 ans suivant le début de son activité.
Afin que l'évaluation de l'activité de l'équipe chirurgicale soit possible, celle-ci doit disposer d'un fichier patients permettant la conservation des données relatives à l'indication et au matériel implanté.
La prise en charge est assurée pour les prothèses suivantes :

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3189802	**Rachis, prothèse disque lombaire, FH ORTHOPEDICS, LP ESP II - Société FH ORTHOPEDICS SAS (France)** La prothèse discale LP ESP II est un implant monobloc constitué de deux plateaux d'alliage de titane, séparés par une partie déformable destinée à autoriser les mouvements naturels du disque. La prothèse possède des picots en relief et un revêtement d'HAP (hydroxyapatite) sur sous-couche de titane pur (T40), poreux et rugueux. La prothèse a une jonction résistante et étanche entre la partie souple et la partie rigide. La partie déformable est constituée d'un coussin souple en polycarbonate uréthane et d'un noyau central en silicone chargé de billes compressibles. La prothèse est composée d'une gamme à plateaux parallèles et d'une gamme à plateaux inclinés en titane 40 et en hydroxyapatite. Références prises en charge : Plateaux parallèles : Référence 255677, LP ESP – P2H0, hauteur : 10 mm Référence 255678, LP ESP – P2H2, hauteur : 12 mm Référence 255679, LP ESP – P2H4, hauteur : 14 mm Plateaux inclinés : Référence 255682, LP ESP – I2H0, angulation : 7o, hauteur : 10 mm Référence 255683, LP ESP – I2H2, angulation : 7o, hauteur 12 mm Référence 255684, LP ESP – I2H3, angulation : 7o, hauteur 13 mm Référence 255999, LP ESP – I3H0, angulation : 7o, hauteur 10 mm Référence 256000, LP ESP – I3H2, angulation : 7o, hauteur 12 mm Référence 256001, LP ESP – I3H3, angulation : 7o, hauteur 13 mm Référence 255687, LP ESP – J2H0, angulation : 9o, hauteur 10 mm Référence 255688, LP ESP – J2H2, angulation : 9o, hauteur 12 mm Référence 255689, LP ESP – J2H3, angulation : 9o, hauteur 13 mm Référence 256002, LP ESP – J3H0, angulation : 9o, hauteur 10 mm Référence 256003, LP ESP – J3H2, angulation : 9o, hauteur 12 mm Référence 256004, LP ESP – J3H3, angulation : 9o, hauteur 13 mm Référence 255690, LP ESP – K2H0, angulation : 11o, hauteur 10 mm Référence 255691, LP ESP – K2H2, angulation : 11o, hauteur 12 mm	241 110	241 110

	Référence 255692, LP ESP – K2H3, angulation : 11o, hauteur 13 mm Référence 256005, LP ESP – K3H0, angulation : 11o, hauteur 10 mm Référence 256006, LP ESP – K3H2, angulation : 11o, hauteur 12 mm Référence 256007, LP ESP – K3H3, angulation : 11o, hauteur 13 mm		
3184779	**Rachis, prothèse disque lombaire, LDR Médical, MOBIDISC.** La prothèse MOBIDISC est constituée de l'association des éléments suivants : - un plateau inférieur ; - un plateau supérieur ; - un insert (mobile ou stabilisé) ; - deux ailettes modulaires ou deux ancres. Références prises en charge. Plateau supérieur S : profondeur 27 mm : MD362 K (29 mm, T4), MD366 K (29 mm, T4), MD562 K (34 mm, T6), MD566 K (34 mm, T6), MD1002K (29 mm, T4), MD1032K (34 mm, T6) ; profondeur 30 mm : MD762 K (39 mm, T8), MD766 K (39 mm, T8), MD1072K (39 mm, T8), profondeur 33 mm : MD862 K (44 mm, T10). Plateau supérieur M : profondeur 30 mm : MD372 K (29 mm, T4), MD376 K (29 mm, T4), MD572 K (34 mm, T6), MD576 K (34 mm, T6), MD1012K (29 mm, T4) MD1042K (34 mm, T6), profondeur 33 mm : MD772 K (39 mm, T8), MD776 K (39 mm, T8), MD1082K (39 mm, T8), profondeur 36 mm : MD872 K (44 mm, T10). Plateau supérieur L : profondeur 33 mm : MD382 K (29 mm, T4), MD386 K (29 mm, T4), MD582 K (34 mm, T6), MD586 K (34 mm, T6), MD1022K (29 mm, T4), MD1052K (34 mm, T6), profondeur 36 mm : MD782 K (39 mm, T8), MD786 K (39 mm, T8), MD1092K (39 mm, T8), profondeur 39 mm : MD882 K (44 mm, T10). Plateau supérieur XL : profondeur 36 mm : MD392 K (29 mm, T4), MD396 K (29 mm, T4), MD592 K (34 mm, T6), MD596 K (34 mm, T6), profondeur 39 mm : MD792 K (39 mm, T8), MD796 K (39 mm, T8), profondeur 42 mm : MD892 K (44 mm, T10). Plateau inférieur S, angulation 0° : profondeur 27 mm : MD363 K (29 mm, T4), MD367 K (29 mm, T4), MD563 K (34 mm, T6), MD567 K (34 mm, T6), MD1003K (29 mm, T4), MD1033K (34 mm, T6), profondeur 30 mm : MD763 K (39 mm, T8), MD767 K (39 mm, T8), MD1073K (39 mm, T8), profondeur 33 mm : MD863 K (44 mm, T10). Plateau supérieur S, angulation 5° : profondeur 27 mm : MD364 K (29 mm, T4), MD368 K (29 mm, T4), MD564 K (34 mm, T6), MD568 K (34 mm, T6), MD1004K (29 mm, T4), MD1034K (34 mm, T6), profondeur 30 mm : MD764 K (39 mm, T8), MD768 K (39 mm, T8), MD1074K (39 mm, T8), profondeur 33 mm : MD864 K (44 mm, T10). Plateau supérieur S, angulation 10° : profondeur 27 mm : MD365 K (29 mm, T4), MD369 K (29 mm, T4), MD565 K (34 mm, T6), MD569 K (34 mm, T6), MD1005K (29 mm, T4), MD1035K (34 mm, T6), profondeur 30 mm : MD765 K (39 mm, T8), MD769 K (39 mm, T8), MD1075K (39 mm, T8), profondeur 33 mm : MD865 K (44 mm, T10). Plateau supérieur M, angulation 0° : profondeur 30 mm : MD373 K (29 mm, T4), MD377 K (29 mm, T4), MD573 K (34 mm, T6), MD577 K (34 mm, T6), MD1013K (29 mm, T4), MD1043K (34 mm, T6), profondeur 33 mm : MD773 K (39 mm, T8), MD777 K (39 mm, T8), MD1083K (39 mm, T8), profondeur 36 mm : MD873 K (44 mm, T10). Plateau supérieur M, angulation 5° : profondeur 30 mm : MD374 K (29 mm, T4), MD378 K (29 mm, T4), MD574 K (34 mm, T6), MD578 K (34 mm, T6), MD1014K (29 mm, T4), MD1044K (34 mm, T6), profondeur 33 mm : MD774 K (39 mm, T8), MD778 K (39 mm, T8), MD1084K (39 mm, T8), profondeur 36 mm : MD874 K (44 mm, T10).	241 110	241 110

	Plateau supérieur M, angulation 10° : profondeur 30 mm : MD375 K (29 mm, T4), MD379 K (29 mm, T4), MD575 K (34 mm, T6), MD579 K (34 mm, T6), MD1015K (29 mm, T4), MD1045K (34 mm, T6), profondeur 33 mm : MD775 K (39 mm, T8), MD779 K (39 mm, T8), MD1085K (39 mm, T8), profondeur 36 mm : MD875 K (44 mm, T10). Plateau supérieur L, angulation 0° : profondeur 33 mm : MD383 K (29 mm, T4), MD387 K (29 mm, T4), MD583 K (34 mm, T6), MD587 K (34 mm, T6), MD1023K (29 mm, T4), MD1053K (34 mm, T6), profondeur 36 mm : MD783 K (39 mm, T8), MD787 K (39 mm, T8), MD1093K (39 mm, T8), profondeur 39 mm : MD883 K (44 mm, T10). Plateau supérieur L, angulation 5° : profondeur 33 mm : MD384 K (29 mm, T4), MD388 K (29 mm, T4), MD584 K (34 mm, T6), MD588 K (34 mm, T6), MD1024K (29 mm, T4), MD1054K (34 mm, T6), profondeur 36 mm : MD784 K (39 mm, T8), MD788 K (39 mm, T8), MD1094K (39 mm, T8), profondeur 39 mm : MD884 K (44 mm, T10). Plateau supérieur L, angulation 10° : profondeur 33 mm : MD385 K (29 mm, T4), MD389 K (29 mm, T4), MD585 K (34 mm, T6), MD589K (34 mm, T6), MD1025K (29 mm, T4), MD1055K (34 mm, T6), profondeur 36 mm : MD785 K (39 mm, T8), MD789 K (39 mm, T8), MD1095K (39 mm, T8), profondeur 39 mm : MD885 K (44 mm, T10). Plateau supérieur XL, angulation 0° : profondeur 36 mm : MD393 K (29 mm, T4), MD397 K (29 mm, T4), MD593 K (34 mm, T6), MD597 K (34 mm, T6), profondeur 39 mm : MD793 K (39 mm, T8), MD797 K (39 mm, T8), profondeur 42 mm : MD893 K (44 mm, T10).		
	mm, T8), MD1094K (39 mm, T8), profondeur 39 mm : MD884 K (44 mm, T10). Plateau supérieur L, angulation 10° : profondeur 33 mm : MD385 K (29 mm, T4), MD389 K (29 mm, T4), MD585 K (34 mm, T6), MD589K (34 mm, T6), MD1025K (29 mm, T4), MD1055K (34 mm, T6), profondeur 36 mm : MD785 K (39 mm, T8), MD789 K (39 mm, T8), MD1095K (39 mm, T8), profondeur 39 mm : MD885 K (44 mm, T10). Plateau supérieur XL, angulation 0° : profondeur 36 mm : MD393 K (29 mm, T4), MD397 K (29 mm, T4), MD593 K (34 mm, T6), MD597 K (34 mm, T6), profondeur 39 mm : MD793 K (39 mm, T8), MD797 K (39 mm, T8), profondeur 42 mm : MD893 K (44 mm, T10). Plateau supérieur XL, angulation 5° : profondeur 36 mm : MD394 K (29 mm, T4), MD398 K (29 mm, T4), MD594 K (34 mm, T6), MD598 K (34 mm, T6), profondeur 39 mm : MD794 K (39 mm, T8), MD798 K (39 mm, T8), profondeur 42 mm : MD894 K (44 mm, T10). Plateau supérieur XL, angulation 10° : profondeur 36 mm : MD395 K (29 mm, T4), MD399 K (29 mm, T4), MD595 K (34 mm, T6), MD599 K (34 mm, T6), profondeur 39 mm : MD795 K (39 mm, T8), MD799 K (39 mm, T8), profondeur 42 mm : MD895 K (44 mm, T10) Insert mobile : h 6,5 0° : MD400 P, h 7 0° : MD401 P, h 8 0° : MD402 P, h 9 0° : MD403 P, h 10 0° : MD404 P et h 11 0° : MD405 P. Insert stabilisé : h 6,5 0° : MD506 P, h 7 0° : MD507 P, h 8 0° : MD508 P, h 9 0° : MD509P, h 10 0° : MD510 P et h 11 0° : MD511 P. Système de fixation (ancre ou ailette) : MD004 K (ailette modulaire), MD007 K (ailette modulaire 24), MD006 K (ancre simple), MD008T (ancre S), MD008 K (ancre double), MD009T (ancre M). Plateau supérieur "S": profondeur 27 mm : MD1002K (29 mm, T4), MD1032K (34 mm, T6), profondeur 30 mm : MD1072K (39 mm, T8). Plateau supérieur "M" : profondeur 30 mm : MD1012K (29 mm, T4), MD1042K (34 mm, T6), profondeur 33 mm : MD1082K (39 mm, T8). Plateau supérieur "L ": profondeur 33 mm : MD1022K (29 mm, T4), MD1052K (34 mm, T6), profondeur 36 mm : MD1092K (39 mm, T8). Plateau inférieur S, angulation 0° : profondeur 27 mm : MD1003K (29 mm, T4), MD1033K (34 mm,) T6, profondeur 30 mm : MD1073K (39 mm, T8).		

	Plateau inférieur S, angulation 5° : ptofondeur 27 mm : MD1004K (29 mm, T4), MD1034K (34 mm, T6), profondeur 30 mm : MD1074K (39 mm, T8). Plateau inférieur S, angulation 10° : profondeur 27 mm : MD1005K (29 mm, T4), MD1035K (34 mm, T6), profondeur 30 mm : MD1075K (39 mm, T8). Plateau inférieur M, angulation 0° : profondeur 30 mm : MD1013K (29 mm, T4), MD1043K (34 mm, T6), profondeur 33 mm : MD1083K (39 mm, T8). Plateau inférieur M, angulation 5° : profondeur 30 mm : MD1014K (29 mm, T4), MD1044K (34 mm, T6), profondeur 33 mm : MD1084K (39 mm, T8). Plateau inférieur M, angulation 10° : profondeur 30 mm : MD1015K (29 mm, T4), MD1045K (34 mm, T6), profondeur 33 mm : MD1085K (39 mm, T8). Plateau inférieur L, angulation 0° : profondeur 33 mm : MD1023K (29 mm, T4), MD1053K (34 mm, T6), profondeur 36 mm : MD1093K (39 mm, T8). Plateau inférieur L, angulation 5° : profondeur 33 mm : MD1024K (29 mm, T4), MD1054K (34 mm, T6), profondeur 36 mm : MD1094K (39 mm, T8). Plateau inférieur L, angulation 10° : profondeur 33 mm : MD1025K (29 mm, T4), MD1055K (34 mm, T6), profondeur 36 mm : MD1095K (39 mm, T8). Ancre S : MD008T Ancre M : MD009T		
3101368	**Rachis, prothèse disque lombaire, Medtronic, MAVERICK.** La prothèse MAVERICK est constituée de l'association d'un plateau inférieur et d'un plateau supérieur. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Modèle A-MAV Plateau supérieur petit (32 mm x 25 mm) : 9183902, 9183907 et 9183912, moyen (35 mm x 27 mm) : 9183903, 9183908 et 9183913, grand (39 mm x 30 mm) : 9183904, 9183909 et 9183914. Modèle A-MAV Plateau inférieur petit (32 mm x 25 mm) : 9183802 et 9183812, moyen (35 mm x 27 mm) : 9183803 et 9183813, grand (39 mm x 30 mm) : 9183804 et 9183814. Modèle O-MAV Plateau supérieur petit (36 mm x 28 mm) : 7772810, 7772812 et 7772814, moyen (39 mm x 31 mm) : 7773110, 7773112 et 7773114, grand (43 mm x 34 mm) : 7773410, 7773412 et 7773414. Modèle O-MAV Plateau inférieur petit (36 mm x 28 mm) : 7770283 et 7770284, moyen (39 mm x 31 mm) : 7770313 et 7770314, grand (43 mm x 34 mm) : 7770343 et 7770344.	281 295	281 295
3104674	**Rachis, prothèse disque lombaire, SYNTHES, PRODISC L.** La prothèse PRODISC L est constituée de l'association des éléments suivants : - un plateau inférieur ; - un plateau supérieur ; - un insert (ou noyau) en polyéthylène ; - deux ailettes modulaires ou deux ancres (simples ou doubles). La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Plateau supérieur Angulation 3° : taille moyenne SS X 660 K, grande taille SS X 670 K. Plateau supérieur Angulation 6° : taille moyenne SS X 520 K, grande taille SS X 540 K.	241 110	241 110

	Plateau supérieur Angulation 11° : taille moyenne SS X 522 K, grande taille SS X 542 K. Insert en polyéthylène : hauteur 10 mm : taille moyenne SS X 626, grande taille SS X 646, hauteur 12 mm : taille moyenne SS X 627, grande taille SS X 647, hauteur 14 mm : taille moyenne SS X 628, grande taille SS X 648. Plateau inférieur Angulation 3° : taille moyenne SS X 662 K, grande taille SS X 672 K. Plateau inférieur Angulation 8° : taille moyenne SS X 664 K, grande taille SS X 674 K.		
3151290	**Rachis, prothèse disque lombaire, SYNTHES, PRODISC O.** La prothèse PRODISC-O est constituée de l'association des éléments suivants : - un plateau inférieur ; - un plateau supérieur ; - un insert (ou noyau) en polyéthylène ; - deux ailettes modulaires ou deux ancres (simples ou doubles). Références prises en charge : Plateau supérieur angulation 3 : taille moyenne 09.821.023S, grande taille 09.821.043S. Plateau supérieur angulation 6 : taille moyenne 09.821.026S, grande taille 09.821.046S. Insert en polyéthylène : hauteur 10 mm : taille moyenne 08.821.020S, grande taille 08.821.040S ; hauteur 12 mm : taille moyenne 08.821.022S, grande taille 08.821.042S, hauteur 14 mm : taille moyenne 08.821.024S, grande taille 08.821.044S. Plateau inférieur angulation 0 : taille moyenne 09.821.120S, grande taille 09.821.140S, Plateau inférieur angulation 3 : taille moyenne 09.821.123S, grande taille 09.821.143S Contre-indications spécifiques supplémentaires de PRODISC-O : - niveau vertébral L. 5/S1 ; - toute situation empêchant un abord antérolatéral (notamment antécédents chirurgicaux abdominaux avec abord gauche).	241 110	241 110

3.2.4.1.5.6. Cages intersomatiques et implants de reconstruction corporéale

Cages intersomatiques

1)Définitions

Les cages intersomatiques sont des dispositifs médicaux permettant de restituer et maintenir la hauteur intervertébrale après discectomie, en attendant que le pont osseux se forme entre plusieurs vertèbres afin de stabiliser par arthrodèse le rachis. Elles sont nécessairement en relation avec les corps vertébraux.

2) Spécificités techniques

Elles peuvent comporter un système de verrouillage intégré

Les cages intersomatiques sont constituées de matériaux biocompatibles (hors céramique) :

– cages métalliques constituées principalement d'un alliage de titane ;

– cages en PEEK ou en PEKK avec des marqueurs en tantale ou alliage de titane ou tantale ;

– cages en composite de polymère (PEEK, PEKEKK) et de fibre de carbone.

Elles sont rigides pour maintenir la hauteur intersomatique et faciliter la fusion, et comportent un repérage radio-opaque, compatible avec une exploration

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

d'imagerie. Elles peuvent être remplies d'un substitut osseux
Elles peuvent être commercialisées vides pour permettre au chirurgien le choix du substitut osseux (autologue ou non) ou pré-remplies par un substitut osseux fourni avec la cage
Il existe des cages intersomatiques cervicales, thoraciques et lombaires
3) Modalités de prescription et d'utilisation
a)Pour les cages intersomatiques cervicales
L'utilisation d'une cage avec un système de verrouillage intégré n'exclut pas l'utilisation d'un système d'ostéosynthèse complémentaire.
Un ou plusieurs niveaux vertébraux peuvent être traités en fonction de la situation clinique
Seuls les codes 3129823 et 3178477 sont compatibles avec l'utilisation des codes des substituts osseux figurant au:
– titre III, chapitre 1er, section 3, sous-section 4;
– titre III, chapitre 2, section 2, sous-section 1;
– et titre III, chapitre 3, section 3.
b) Pour les cages intersomatiques thoraciques et lombaires
L'utilisation d'une cage avec un système de verrouillage intégré n'exclut pas l'utilisation d'un système d'ostéosynthèse complémentaire.
Un ou plusieurs niveaux vertébraux peuvent être traités en fonction de la situation clinique.
La voie d'abord définit la forme de la cage et le nombre d'implants nécessaires:
– cage à insertion postérieure (Posterior Lumbar Interbody Fusion, PLIF): l'implantation peut comprendre une ou deux cages symétriques ou asymétriques, à contact étroit en
fonction de la situation clinique;
– cage à insertion antérieure (Anterior Lumbar Interbody Fusion, ALIF): l'implantation comprend une cage, de forme anatomique, à contact large avec ou sans système de fixation;
– cage à insertion postérolatérale (Transforaminal Lumbar Interbody Fusion, TLIF): l'implantation peut comprendre une ou deux cages de forme anatomique en fonction de la situation clinique;
– cage à insertion latérale (lateral Lumbar Interbody Fusion LLIF);
– cage à insertion antérolatérale (Oblique Lumbar interbody Fusion OLIF).
Seuls les codes 3185394 et 3177851 sont compatibles avec l'utilisation des codes des substituts osseux figurant au :
– titre III, chapitre 1er, section 3, sous-section 4;
– titre III, chapitre 2, section 2, sous-section 1;
– et titre III, chapitre 3, section 1.
4) Indications prises en charge
a) Pour les cages intersomatiques cervicales
Les cages inter-somatiques cervicales sont indiquées dans les pathologies dégénératives suivantes:
– discectomie pour hernie discale symptomatique;
– uncarthrose;
– discarthrose compliquée de névralgie cervico-brachiale ou de myélopathie;
– instabilité intervertébrale
Elles sont également utilisées en traumatologie dans les indications suivantes:

– entorse grave cervicale;
– fracture articulaire avec radiculopathie;
– luxation cervicale;
– hernie discale traumatique symptomatique;
– fracture séparation du massif articulaire
Elles peuvent également être utilisées dans le traitement de déformations rachidiennes afin de stabiliser le rachis. Une ostéosynthèse complémentaire est le plus souvent nécessaire
b) Pour les cages intersomatiques thoraciques
L'utilisation des cages intersomatiques thoraciques est exceptionnelle dans les indications suivantes :
– pathologies dégénératives : discopathie évoluée symptomatique, hernie discale ;
– déformation rachidienne (scoliose, déséquilibre sagittal et/ou frontal du rachis);
– traumatologie en cas de nécessité d'une discectomie pour le traitement d'une fracture.
Une ostéosynthèse complémentaire est le plus souvent nécessaire
c) Pour les cages intersomatiques lombaires
Les cages intersomatiques lombaires sont indiquées dans les pathologies suivantes:
– pathologies dégénératives: discopathie évoluée symptomatique, hernie discale, spondylolisthésis;
– spondylolisthésis par lyse isthmique symptomatique;
– déformation rachidienne (scoliose, déséquilibre sagittal et/ou frontal du rachis);
– sténose canalaire potentiellement instable et sténose foraminale;
– traumatologie en cas de nécessité d'une discectomie pour le traitement d'une fracture.
Une ostéosynthèse complémentaire est le plus souvent nécessaire
La prise en charge est assurée pour les codes suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3129823	**RACHIS, cage cervicale avec syst de verrouillage et sans substitut osseux Cage intersomatique** cervicale avec système de verrouillage intégré, commercialisée sans substitut osseux	82 033	82 033
3177851	**RACHIS, cage thoracique/lombaire sans verrouillage et sans substitut osseux** Cage intersomatique thoracique ou lombaire sans système de verrouillage intégré, commercialisée sans substitut osseux	59 759	59 759

Implants de reconstruction corporéale

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3177727	**Rachis, implant de reconstruction corporéale, STRYKER, VLIFT, cage** Cage distractable in situ VLIFT de la société STRYKER France SAS. Le système VLIFT est en alliage de titane	89 077	89 077

	Chaque implant se compose d'éléments préassemblés : - une base, - un anneau, - une vis, - un corps fileté permettant la distraction de l'implant - une vis de verrouillage en or anodisé permettant de bloquer le mécanisme de distraction et de fixer la hauteur de la cage. Deux diamètres d'implants sont proposés (18 et 22 mm) et différentes hauteurs sont proposées. Des plateaux modulaires s'encliquètent dans chaque extrémité de l'implant VLIFT. Des extensions (si nécessaires) peuvent être ajoutées par encliquetage. INDICATIONS Remplacement d'un corps vertébral tassé, lésé ou instable ou d'une vertèbre réséquée ou excisée au cours d'une vertébrectomie consécutive à une tumeur ou un traumatisme (une fracture) ou une infection au niveau du rachis thoraco-lombaire (T1-L5). MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Un dispositif peut traiter 1 segment ou 2 segments contigus. Selon le nombre de niveaux traités, 1 ou 2 dispositifs peuvent être nécessaires. REFERENCES PRISES EN CHARGE 48291820, 48291825, 48291832, 48292225, 48292232, 48292237, 48291820S, 48291825S, 48291832S, 48292225S, 48292232S, 48292237S		
3146260	**Rachis, implant de reconstruction corporéale, STRYKER, VLIFT, extension** INDICATIONS Remplacement d'un corps vertébral tassé, lésé ou instable ou d'une vertèbre réséquée ou excisée au cours d'une vertébrectomie consécutive à une tumeur ou un traumatisme (une fracture) ou une infection au niveau du rachis thoraco-lombaire (T1-L5). REFERENCES PRISES EN CHARGE 48291800, 48292200, 48291800S, 48292200S	32 148	32 148
3129711	**Rachis, implant de reconstruction corporéale, STRYKER, VLIFT, 2 plateaux** INDICATIONS Remplacement d'un corps vertébral tassé, lésé ou instable ou d'une vertèbre réséquée ou excisée au cours d'une vertébrectomie consécutive à une tumeur ou un traumatisme (une fracture) ou une infection au niveau du rachis thoraco-lombaire (T1-L5). REFERENCES PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour 2 plateaux dans les références suivantes : 48291180, 48291183, 48291188, 48291220, 48291223, 48291228, 48292215, 48290220, 48290225, 48290230, 48291180S, 48291183S, 48291188S, 48291220S, 48291223S, 48291228S, 48292215S, 48290220S, 48290225S, 48290230S	40 185	40 185

3.2.4.1.6. Paragraphe 6: Implants articulaires de poignet

3.2.4.1.6.1. Implants de l'extrémité inférieure du radius

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3137484	**Poignet, implant radial, non métallique.**	35 301	35 301
3109803	**Poignet, implant radial, métallique ou mixte.** Il comporte une tige et une surface articulaire, convexe ou concave.	162 779	162 779

3.2.4.1.6.2. Implants carpo-métacarpiens

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3130476	**Poignet, implant carpo-métacarpien, avec tige(s) et surface articulaire.** Il comporte une (ou deux) tige(s) vissée(s) ou non et une surface articulaire, convexe ou concave.	211 808	211 808
3131760	**Poignet, implant carpo-métacarpien, avec tige(s) sans surface articulaire.** Implant comportant une (ou deux) tige(s).	205 926	205 926
3115465	**Poignet, implant carpo-métacarpien intermédiaire, articulaire.** Il comporte la surface articulaire (ou tête). La référence 3115465 ne peut s'ajouter qu'à la référence 3131760.	5 883	5 883

3.2.4.1.6.3. Implants trapézo-métacarpiens

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3100624	**Poignet, implant trapézo-métacarpien non métallique**	80 409	80 409
3125529	**Poignet, implant trapézo-métacarpien métallique ou mixte**	169 642	169 642

3.2.4.1.6.4. Implants carpiens

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3128350	**Poignet, implant carpien du scaphoïde, céramique.**	105 903	105 903
3157386	**Poignet, implant carpien du scaphoïde ou du semi-lunaire, métallique.**	92 177	92 177
3164890	**Poignet, implant carpien-trapézien, non métallique.**	25 496	25 496
3138437	**Poignet, implant carpien-trapézien, métallique ou mixte.**	47 069	47 069

3140032	**Poignet, implant carpien, insert trapézien de reprise.** La prise en charge de la référence 3140032 ne peut s'ajouter à la référence 3138437. Elle est assurée en cas de reprise uniquement.	18 239	18 239

3.2.4.1.7. Paragraphe 7: Prothèses totales de cheville

Une prothèse totale de cheville est constituée :
- d'un implant tibial ;
- d'un insert intermédiaire en polyéthylène ; et d'un implant astragalien.

La prise en charge de ces prothèses totales de cheville est assurée en remplacement des articulations tibio-talienne et talo-malléolaire en 1re intention ou en chirurgie de reprise pour les patients dont l'articulation de la cheville est endommagée par une forme sévère d'arthrite rhumatoïde, d'arthrose post-traumatique ou de toute atteinte articulaire susceptible de détériorer l'articulation talo-crurale et sa fonction.

Les contre-indications absolues sont :
- nécrose complète du talus ;
- arthropathie de Charcot
- arthrodèse de cheville avec exérèse des malléoles ;
- troubles neurologiques loco-régionaux ;
- absence de fonction musculaire du membre inférieur.

Les contre-indications relatives sont :
- séquelles d'infection ;
- ostéoporose sévère ;
- couverture cutanée de mauvaise qualité ;
- perte irréparable du ligament collatéral de la cheville.

Le nécessaire alignement des implants repose sur l'utilisation d'un ancillaire de pose spécifique. Compte tenu de la difficulté de l'implantation d'une prothèse totale de cheville et de la courbe d'apprentissage qui en résulte, l'implantation d'une prothèse de cheville est réservée aux chirurgiens orthopédistes, fortement impliqués dans la prise en charge chirurgicale des affections du pied et de la cheville, et formés par compagnonnage auprès d'un chirurgien expérimenté pour l'arthroplastie de cheville.

La nécessaire fiabilité du geste opératoire conditionnant les résultats de l'arthroplastie impose l'implantation régulière de ce type d'implants par le chirurgien compétent.

L'arthroplastie de la cheville est réservée aux centres pratiquant un nombre minimum d'implantations de prothèses totales de cheville de 10 par an, depuis au moins trois ans.

La prise en charge est assurée pour les implants articulaires de cheville suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3147212	**Cheville, implant tibial, non cimenté, INTEGRA, HINTEGRA.** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 301200 à 301206 droit et 302200 à 302206 gauche pour la première intention correspondant aux tailles 0 à 6 ; 301221 à 301226 droit 8 mm, 301231 à 301236 droit 12 mm, 302221 à 302226 gauche 8 mm et 302231 à 302236 gauche 12 mm pour la révision correspondant aux tailles 1 à 6.	108 457	108 457

3194393	**Cheville, implant astragalien, non cimenté, INTEGRA, HINTEGRA.** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 301110 à 301116 droit et 302110 à 302116 gauche pour la première intention correspondant aux tailles 0 à 6 ; 301121 à 301126 droit et 302121 à 302126 gauche pour la révision correspondant aux tailles 1 à 6.	98 571	98 571
3137805	**Cheville, insert en polyéthylène, INTEGRA, HINTEGRA.** Insert en polyéthylène pour prothèse totale de cheville HINTEGRA de la société INTEGRA LifeSciences Services France. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : 300x0y (x = 0 à 6 et y = 5/6/7/9 : tailles 0 à 6 épaisseur en mm).	24 706	24 706
3136898	**Cheville, implant tibial, non cimenté, SBi, STAR** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 400-230, 400-231, 400-232, 400-233 et 400-234.	10 8457	10 8457
3130938	**Cheville, implant astragalien, non cimenté, SBi, STAR** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 400-211, 400-212, 400-213, 400-214, 400-215, 400-216, 400-217, 400-218, 400-219 et 400-220	98 571	98 571
3157015	**Cheville, implant tibial, cimenté, SBi, STAR** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 400-128, 400-130, 400-132, 400-134 et 400-136 concernant les implants à cimenter. 400-300, 400-302, 400-304, 400-306 et 400-307 concernant les reprises à cimenter.	103 769	103 769
3104728	**Cheville, implant astragalien, cimenté, SBi, STAR** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 400-097, 400-098, 400-099, 400-100, 400-101,400-102, 400-103, 400-104, 400-105 et 400-106	93 883	93 883
3108436	**Cheville, insert en polyéthylène, SBi, STAR** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 400-140, 400-141, 400-142, 400-143 et 400-144.	24 706	24 706
3143007	**Cheville, implant tibial non cimenté, TORNIER SAS (France), SALTO** Implant tibial pour prothèse totale de cheville, version mobile, CoCr, SALTO, de la société TORNIER SAS (France). La prise en charge est assurée pour les références suivantes : LJU 120, LJU 121, LJU 122, LJU 123, LJU 130, LJU 131, LJU 132 et LJU 133 concernant les implants tibiaux avec plot ; LJU 181, LJU 182, LJU 183, LJU 191, LJU 192 et LJU 193 concernant les implants tibiaux CoCr sans plot.	108 457	108 457
3160543	**Cheville, implant astragalien, non cimenté, TORNIER SAS (France), SALTO** Implant talien pour prothèse totale de cheville, version mobile-fixe, SALTO, de la société TORNIER SAS (France). La prise en charge est assurée pour les références suivantes : LJU 100, LJU 101, LJU 102, LJU 103, LJU 110, LJU 111, LJU 112 et LJU 113.	98 571	98 571
3134400	**Cheville, insert en polyéthylène, TORNIER SAS (France), SALTO**	24 706	24 706

	Insert en polyéthylène pour prothèse totale de cheville, version mobile, SALTO, de la société TORNIER SAS (France). La prise en charge est assurée pour les références suivantes : LJU 008, LJU 009, LJU 010, LJU 011, LJU 012, LJU 014, LJU 015, LJU 016, LJU 017, LJU 018, LJU 019, LJU 020, LJU 021, LJU 024, LJU 025, LJU 026, LJU 027, LJU 028, LJU 029, LJU 030, LJU 031, LJU 034, LJU 035, LJU 036, LJU 037, LJU 038, LJU 039, LJU 040 et LJU 041.		
3179494	**Cheville, implant tibial non cimenté, TORNIER SAS (France), SALTO TALARIS.** Implant tibial pour prothèse totale de cheville SALTO TALARIS, en chrome cobalt (CoCr) avec revêtement plasma spray de titane. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : LJU520, LJU521, LJU522 et LJU523.	108 457	108 457
3150830	**Cheville, implant astragalien, non cimenté, TORNIER SAS (France), SALTO TALARIS.** Implant talien pour prothèse totale de cheville SALTO TALARIS, en chrome cobalt (CoCr) avec revêtement plasma spray de titane. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : LJU500, LJU501, LJU502, LJU503, LJU510, LJU511, LJU512 et LJU513.	98 571	98 571
3137604	**Cheville, insert talien en polyéthylène, TORNIER SAS (France), SALTO TALARIS.** Insert talien fixe en polyéthylène pour prothèse totale de cheville SALTO TALARIS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : LJU408, LJU409, LJU410, LJU411, LJU418, LJU419, LJU420, LJU421, LJU215, LJU216, LJU217, LJU218, LJU225, LJU226, LJU227, LJU228, LJU235, LJU236, LJU237, LJU238, LJU239, LJU240, LJU241 LJU242, LJU243, LJU245, LJU246, LJU247, LJU248, LJU249, LJU250, LJU251, LJU252, LJU253, LJU255, LJU256, LJU257, LJU258, LJU259, LJU260, LJU261, LJU262, LJU263, LJU265, LJU266, LJU267, LJU268, LJU269, LJU270, LJU271, LJU272, LJU273, LJU275, LJU276, LJU277, LJU278, LJU279, LJU280, LJU281, LJU282, LJU283, LJU285, LJU286, LJU287, LJU288, LJU289, LJU290, LJU291, LJU292 et LJU293.	24706	24706

3.2.4.1.8. Paragraphe 8: Implants articulaires de doigt (mains et pieds)

3.2.4.1.8.1. Implants métacarpiens ou métatarsiens monobloc

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3113561	**Doigt, implant métacarpien ou métatarsien monobloc, non métallique.** Il est composé d'une tige et d'une extrémité céphalique.	27 457	27 457
3192017	**Doigt, implant métacarpien ou métatarsien monobloc, métallique ou mixte.** Il est composé d'une tige (vissée ou non) et d'une extrémité céphalique convexe ou non.	87 273	87 273

3.2.4.1.8.2. Implants métacarpiens ou métatarsiens modulaires

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3177800	**Doigt, implant métacarpien ou métatarsien, modulaire, tige.** Tige métacarpienne ou métatarsienne.	78 448	78 448
3186554	**Doigt, implant métacarpien ou métatarsien, modulaire, embase avec tête et col.** La référence 3186554 ne peut s'ajouter qu'à la référence 3177800.	40 793	40 793
3181232	**Doigt, implant métacarpien ou métatarsien, cupule.** Cupule métacarpienne ou métatarsienne.	49 030	49 030

3.2.4.1.8.3. Implants phalangiens

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3143438	**Doigt, implant phalangien, non métallique.**	24 516	24 516
3175131	**Doigt, implant phalangien, métallique ou mixte.** Il est composé d'une tige (vissée ou non) et d'une surface articulaire	50 010	50 010

3.2.4.1.8.4. Implants métacarpophalangiens, métatarsophalangiens et interphalangiens, bipolaires, correspondant à une prothèse totale.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3163671	**Doigt, implant bipolaire (prothèse totale), non métallique.** Implant métacarpophalangien, métatarsophalangien ou interphalangien bipolaire, non métallique. Il correspond à une prothèse totale avec ou sans grommets.	33 340	33 340
3122583	**Doigt, implant bipolaire (prothèse totale), non métallique avec articulation.** Implant métacarpophalangien, métatarsophalangien ou interphalangien, bipolaire, non métallique. Il correspond à une prothèse totale comportant un dispositif permettant l'articulation (type charnière ou pivot).	68 641	68 641
3115689	**Doigt, implant bipolaire (prothèse totale), métallique ou mixte avec articulation.** Implant métacarpophalangien, métatarsophalangien ou interphalangien bipolaire, métallique ou mixte. Il correspond à une prothèse totale comportant un dispositif d'articulation (type charnière ou pivot).	139 245	139 245

3.2.4.1.8.5. Surface articulaire ou bouton métacarpien, métatarsien ou phalangien

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3140049	**Doigt, surface articulaire ou bouton métacarpien, métatarsien ou phalangien.**	60 797	60 797

3.2.4.2. Sous-section 2: Ligaments artificiels

La prise en charge des implants de substitution ou de renfort de tendon (tendon conformateur de Hunter ou renfort de suture pour rupture du tendon d'Achille...) n'est pas assurée sous ce code mais sous les codes 3138160 et 3133240.
La prise en charge est assurée dans la limite d'un ligament par articulation.

3.2.4.2.1. Ligament articulaire de remplacement ou de renfort pour les articulations de l'épaule, du genou ou de la cheville

Ils ont un diamètre de section supérieure ou égale à 3 mm et ont prouvé par des évaluations médicales leur efficacité clinique au delà de 4 ans minimum.
La prise en charge est assurée pour les ligaments suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3114684	**Ligament articulaire artificiel, LARS SA, GENOU.** La prise en charge du ligament artificiel LARS est assurée pour la chirurgie de reprise pour les reconstructions des ligaments croisés antérieurs et postérieurs du genou lorsque tous les transplants autologues ont été utilisés. A titre exceptionnel, en chirurgie de reconstruction du genou, en cas de lésions multiligamentaires (en particulier récentes et intéressant le LCP), et en l'absence de transplants autologues en nombre suffisant. Le ligament artificiel pour le genou LARS ne doit pas être utilisé en cas d'arthrite septique, de tissu infecté et de risque d'infection secondaire. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : PC 60, PC 80, AC PC PL. 60 CK 1, PC 100, PC 100 4B, PPLY 100, PPLY 110, AC 60 L, AC 60 R, AC 60 C, AC 60 SC, AC 60 DB, AC 80 C, AC 80 CK, AC 80 L, AC 80 R, AC 100 2B L, AC 100 2B R, AC 120 2B L, AC 120 2B R, AC 160 2B L, AC 160 2B R, AC 30 RA, AC 20 DB, AC 30 DB, AC 30 RA, ACTOR 8, ACTOR 10, AC 44 RA, AC FAR 32 CK, IT 20 RA, IT 32 RA, MCL 32, PPLY LCL 100, PPLY FP 80, AC 40 DB/AM, AC 40 DB, AC 50 DB, AC 100 C, AC 100 2BL/S, AC 100 2BR/S.	67 387	67 387
3145928	**Ligament articulaire artificiel, ORTHOMED SA, Ligastic de genou** Réf. LCP 88 NE, LCP 44 NE Ig 30, LCA 44 NEF, LCA 60 NEF, LCA 72 NEF, L 30	67 387	67 387

3.2.4.2.2. Ligament articulaire de remplacement ou de renfort du rachis

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3104616	**Ligament articulaire artificiel du rachis, de remplacement ou de renfort.**	32 658	32 658

3.2.4.2.3. Ligament articulaire aiguillé ou ligament articulaire non aiguillé des articulations autre que l'épaule, le genou la cheville et le rachis

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3183165	**Ligament articulaire artificiel aiguillé autres qu'épaule, genou, cheville et rachis.**	7 338	7 338
3195197	**Ligament articulaire artificiel non aiguillé autres qu'épaule, genou, cheville et rachis.**	7 338	7 338

3.2.4.2.4. Ligament articulaire artificiel, système de fixation ou de sertissage

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3183633	**Ligament articulaire artificiel système de fixation ou de sertissage.** Accessoires pour ligamentoplastie, système de fixation ou de sertissage, quel qu'en soit le type (dans la limite de **28 181 F.CFP** par intervention). Lorsque les ligaments sont livrés avec un système de fixation serti, ils sont pris en charge par addition des références 3145928, 3114684, 3104616 ou 3183165 et de la référence 3183633.	8 885	8 885

3.2.4.3. Sous-section 3: Implants d'ostéosynthèse

La prise en charge est assurée pour les implants livrés stériles, ou livrés en vrac et stérilisés en bloc opératoire.
La notion d'adhérence dont fait état la nomenclature fait référence à la définition de la norme AFNOR NFS 90 426 ou l'équivalent de cette norme, c'est-à-dire « à crénage sur la face osseuse ».

3.2.4.3.1. Vis et contre vis

Avec ou sans accessoires : écrou, rondelle, quel que soit le diamètre.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3162223	**Ostéosynthèse, vis d'interférence, non résorbable, ligamentoplastie.** Vis d'interférence pour fixation de greffon osseux et/ou tendineux lors de ligamentoplastie. Dans la limite de **25 486 F.CFP** par intervention.	12 050	12 050
3175830	**Ostéosynthèse, vis d'interférence, résorbable, ligamentoplastie.** Vis d'interférence pour fixation de greffon osseux et tendineux lors de ligamentoplastie. Dans la limite de **62732 F.CFP** par intervention.	29 662	29 662

3.2.4.3.2. Implants d'ostéosynthèse divers et supplément

Le tarif des accessoires pour vis et broches (embout à l'exception des embouts antimigration, rondelle, écrou et contre écrou) est compris dans celui des vis et des broches correspondant.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3197753	**Ostéosynthèse, système d'ancrage tendineux ou ligamentaire, non résorbable.**	15 760	15 760
3190857	**Ostéosynthèse, système d'ancrage tendineux ou ligamentaire, résorbable.**	24 102	24 102

3.2.4.3.3. Implants d'allongement

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3196943	**Ostéosynthèse, clou d'allongement, avec son système de verrouillage.** La prise en charge des implants d'allongement est assurée en cas de nanisme et en cas d'inégalité de longueur des membres, supérieure à 3 cm. Pour les inégalités de longueur post traumatiques, la prise en charge est assurée pour une inégalité de longueur des membres supérieure à 2,5 cm.	296 628	296 628

3.2.4.3.4. Implants pour chirurgie cranio-maxillo-faciale

3.2.4.3.4.1. Prothèses totales de l'articulation temporomandibulaire

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3172658	**Prothèses totales de l'articulation temporo-mandibulaire. Société BIOMET SAS (France)** Indications prises en charge Reconstruction de l'articulation temporo-mandibulaire : – après une greffe ostéochondrale en l'absence d'alternative ; ou – en première intention en cas de perte de substance osseuse massive ou en cas d'ankylose affectant la base du crâne. Les prothèses totales ayant une composante mandibulaire (condyle mandibulaire) en alliage de titane-aluminiumvanadium (Ti-6Al-4V) sont indiquées chez les patients ayant une sensibilité connue ou présumée au nickel. Modalités de prescription et d'utilisation Une prothèse totale nécessite, en primo-implantation, l'association d'une composante temporale et d'une composante mandibulaire. L'utilisation des PROTHÈSES TMJ est réservée aux centres de chirurgie maxillo-faciale et aux praticiens ayant expérience de cette technique et de la reconstruction de l'articulation temporo-mandibulaire. Lors de la primo-implantation, une composante temporale et une composante mandibulaire sont toujours associées pour constituer la prothèse totale. Lors d'une reprise chirurgicale le remplacement d'une seule composante est possible. 3172658 Prothèse maxillo-faciale, Biomet, TMJ, temporale.	402 788	402 788

	Composante temporale ou fosse de la prothèse de l'articulation temporo-mandibulaire TMJ. Références prises en charge : 24-6563 ou 24-6563-INT (TMJ SM gauche fosse COMP/INVST, petite taille). 24-6561 ou 24-6561-INT (TMJ MED gauche fosse COMP/INVST, moyenne taille). 24-6565 ou 24-6565-INT (TMJ LRG gauche fosse COMP/INVST, grande taille). 24-6562 ou 24-6562-INT (TMJ SM droite fosse COMP/INVST, petite taille). 24-6560 ou 24-6560-INT (TMJ MED droite fosse COMP/INVST, moyenne taille). 24-6564 ou 24-6564-INT (TMJ LRG droite fosse COMP/INVST, grande taille).		
3140629	**Prothèse maxillo-faciale, Biomet, TMJ, élément mandibulaire CRCOMO.** Composante mandibulaire ou condyle mandibulaire de la prothèse en alliage de chrome-cobalt-molybdène de l'articulation temporo-mandibulaire TMJ. Références prises en charge : 24-6546 ou 24-6546-INT (TMJ 45 mm INVST Mandibulaire Gauche, Standard). 24-6551 ou 24-6551-INT (TMJ 50 mm INVST Mandibulaire Gauche, Standard). 24-6556 ou 24-6556-INT (TMJ 55 mm INVST Mandibulaire Gauche, Standard). 24-6545 ou 24-6545-INT (TMJ 45 mm INVST Mandibulaire Droite, Standard). 24-6550 ou 24-6550-INT (TMJ 50 mm INVST Mandibulaire Droite, Standard). 24-6555 ou 24-6555-INT (TMJ 55 mm INVST Mandibulaire Droite, Standard). 01-6546 ou 01-6546-INT (TMJ 45 mm Mandibulaire Gauche, Etroit). 01-6551 ou 01-6551-INT (TMJ 50 mm Mandibulaire Gauche, Etroit). 01-6556 ou 01-6556-INT (TMJ 55 mm Mandibulaire Gauche, Etroit). 01-6545 ou 01-6545-INT (TMJ 45 mm Mandibulaire Droite, Etroit). 01-6550 ou 01-6550-INT (TMJ 50 mm Mandibulaire Droite, Etroit). 01-6555 ou 01-6555-INT (TMJ 55 mm Mandibulaire Droite, Etroit). 24-6646 ou 24-6646-INT (TMJ 45 mm Mandibulaire Gauche, Désaxé). 24-6651 ou 24-6651-INT (TMJ 50 mm Mandibulaire Gauche, Désaxé). 24-6645 ou 24-6645-INT (TMJ 45 mm INVST Mandibulaire Droite, Désaxé). 24-6650 ou 24-6650-INT (TMJ 50 mm INVST Mandibulaire Droite, Désaxé).	402 788	402 788
3118630	**Prothèse maxillo-faciale, Biomet, TMJ, élément mandibulaire Ti-6Al-4V.** Composante mandibulaire ou condyle mandibulaire de la prothèse en alliage de titane-aluminium-vanadium de l'articulation temporo-mandibulaire TMJ, de la société BIOMET SAS. Références prises en charge : 24-6546TI ou 24-6546TI-INT (TMJ 45 mm INVST Mandibulaire Gauche, Standard). 24-6551TI ou 24-6551TI-INT (TMJ 50 mm INVST Mandibulaire Gauche, Standard). 24-6556TI ou 24-6556TI-INT (TMJ 55 mm INVST Mandibulaire Gauche, Standard). 24-6545TI ou 24-6545TI-INT (TMJ 45 mm INVST Mandibulaire Droite, Standard). 24-6550TI ou 24-6550TI-INT (TMJ 50 mm INVST Mandibulaire Droite, Standard).	402 788	402 788

	24-6555TI ou 24-6555TI-INT (TMJ 55 mm INVST Mandibulaire Droite, Standard). 01-6546TI ou 01-6546TI-INT (TMJ 45 mm Mandibulaire Gauche, Etroit). 01-6551TI ou 01-6551TI-INT (TMJ 50 mm Mandibulaire Gauche, Etroit). 01-6556TI ou 01-6556TI-INT (TMJ 55 mm Mandibulaire Gauche, Etroit). 01-6545TI ou 01-6545TI-INT (TMJ 45 mm Mandibulaire Droite, Etroit). 01-6550TI ou 01-6550TI-INT (TMJ 50 mm Mandibulaire Droite, Etroit). 01-6555TI ou 01-6555TI-INT (TMJ 55 mm Mandibulaire Droite, Etroit). 24-6646TI ou 24-6646TI-INT (TMJ 45 mm Mandibulaire Gauche, Désaxé). 24-6651TI ou 24-6651TI-INT (TMJ 50 mm Mandibulaire Gauche, Désaxé). 24-6645TI ou 24-6645TI-INT (TMJ 45 mm INVST Mandibulaire Droite, Désaxé). 24-6650TI ou 24-6650TI-INT (TMJ 50 mm INVST Mandibulaire Droite, Désaxé).		

3.2.4.3.4.2. Plaques crânio-maxillo-faciales

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3185767	**Implant crânio-maxillo-facial, plaque, droite.**	7 397	7 397
3195932	**Implant crânio-maxillo-facial, plaque micro droite.** Plaque crânio-maxillo-faciale (d'épaisseur inférieure ou égale à 0,6 mm).	10 759	10 759
3183389	**Implant crânio-maxillo-facial, plaque, non droite.**	9 078	9 078
3125452	**Implant crânio-maxillo-facial, plaque micro non droite.** Plaque crânio-maxillo-faciale (d'épaisseur inférieure ou égale à 0,6 mm).	12 438	12 438
3148306	**Implant crânio-maxillo-facial, plaque alvéolée de surfaçage, surface inférieure ou égale à 4 cm².**	14 121	14 121
3133026	**Implant crânio-maxillo-facial, plaque alvéolée de surfaçage, surface supérieure à 4 cm².**	37 991	37 991
3132601	**Implant crânio-maxillo-facial, plaque, construction partielle de la mandibule, droite.**	35 301	35 301
3115169	**Implant crânio-maxillo-facial, plaque, construction partielle de la mandibule, non droite.**	47 069	47 069
3163317	**Implant crânio-maxillo-facial, plaque, pour construction totale de la mandibule.**	84 051	84 051
3161548	**Implant crânio-maxillo-facial, plaque à losanges à réglage sur site.**	43 707	43 707
3172517	**Implant crânio-maxillo-facial, plaque nasale, préformée, pour génioplastie.**	18 491	18 491
3153307	**Implant crânio-maxillo-facial, plaque ronde pour neurochirurgie.**	16 137	16 137

3.2.4.3.4.3. Vis crânio-maxillo-faciales

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

3180860	**Implant crânio-maxillo-facial, vis filetée micro ou mini.** Vis de diamètre inférieur ou égal à 2,3 mm.	1 512	1 512
3179790	**Implant crânio-maxillo-facial, vis filetée maxi.** Vis de diamètre supérieur à 2,3 mm.	5 042	5 042
3108910	**Implant crânio-maxillo-facial, vis filetée, tête autopréhensive ou autorétentive.** Quel que soit le diamètre. Cette référence concerne les vis restant solidaires du tournevis pendant le vissage, sans maintien manuel : - soit par le biais du maintien de la tête de la vis par la mâchoire du tournevis adapté, pour les vis dites "autopréhensives", - soit par l'incrustation de l'extrémité du tournevis dans la tête de la vis conçue spécifiquement pour s'adapter au plus juste avec le tournevis, pour les vis dites "autorétentives".	2 689	2 689
3171400	**Implant crânio-maxillo-facial, vis micro, mini ou maxi, à ailettes de filetage larges** Vis à ailettes de filetage larges (type Schendel).	4 371	4 371
3199522	**Implant crânio-maxillo-facial, vis micro, mini ou maxi, autoforeuse ou à ailettes** Vis autoforeuse ou à ailettes de filetage larges (type Schendel) et à filetage partiel.	8 069	8 069

3.2.4.3.4.4. Implant osseux pouvant intéresser plusieurs appareils anatomiques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3156174	**Implant osseux, avec pilier, adaptation d'une épiprothèse.**	31 180	31 180

3.2.4.3.4.5. Autres implants

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3157937	**Implant crânio-maxillo-facial, Fil de cerclage en titane par intervention.**	4 371	4 371

3.2.4.4. Sous-section 4: Substituts osseux

3.2.4.4.1. Paragraphe 1: Substituts synthétiques de l'os

La prise en charge est assurée dans le cas des comblements osseux, ou renforcement d'une perte de substance osseuse d'origine traumatique ou orthopédique, dans la perspective d'une reconstitution du stock osseux.
La prise en charge d'une unité de substitut d'origine animale ne peut s'ajouter à celle d'une unité de substitut d'origine synthétique. Lors d'interventions pour tumeurs, reprises de prothèse totale de hanche, la prise en charge est assurée dans la limite de **88 830 F.CFP.**
Lorsque, dans ces indications, sont utilisés des greffons d'origine humaine en association avec un substitut d'origine synthétique, la prise en charge est assurée dans la limite de **434 958 F.CFP** sur justificatifs apportés par la facture et les étiquettes attestant du nombre d'unités implantées.
Dans tous les autres cas, la prise en charge est assurée dans la limite d'une unité par intervention.

3.2.4.4.1.1. La prise en charge est assurée pour les produits dont la composition est l'une des suivantes : phosphates de calcium (produits biphasiques) et sulfates de calcium

a) Phosphates de calcium:
- phosphate tricalcique (PTC) pur (> 95 %) ;
- hydroxyapatite (HAP) pur (> 95 %) ;
- PTC/HAP : produits biphasiques.

b) Sulfates de calcium:
- sulfate de calcium pur (> 98 %),
et qui se présentent soit sous forme géométrique (sphère, granulé, cube, cône, parallélépipède, cylindre), soit sous forme anatomique (vertèbre, disque intervertébral, coin d'ostéotomie ou celles utilisées notamment en chirurgie maxillo-faciale, ORL ou neurochirurgie).

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3104556	Implant osseux, géométrique, volume < ou = 5 cm³. Implant osseux de forme géométrique pour un volume inférieur ou égal à 5 cm³	20 420	20 420
3164140	Implant osseux, géométrique, > 5 cm³ et < ou = 15 cm³. Implant osseux de forme géométrique pour un volume supérieur à 5 cm³ et inférieur ou égal à 15 cm³.	22 462	22 462
3159072	Implant osseux, géométrique, > 15 cm³. Implant osseux de forme géométrique pour un volume supérieur à 15 cm³.	32 673	32 673
3115028	Implant osseux, anatomique, chirurgie orthopédique. Implant osseux de forme anatomique utilisé en chirurgie orthopédique (vertèbre, disque intervertébral, coin d'ostéotomie...)	28 589	28 589
3193519	Implant osseux, anatomique, chirurgie non orthopédique. Implant osseux de forme anatomique utilisé en chirurgie autre qu'orthopédique (maxillo-facial, ORL ou neurochirurgie notamment).	20 420	20 420

- Ciments sulfocalciques :
La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3191348	**Implant osseux, poudre < 15 cm³, CERAVER, CERAPLAST CMT prise rapide.** Ciment injectable sulfocalcique CERAPLAST CMT prise rapide dose de 10 cm³.	20 420	20 420
3166801	**Implant osseux, poudre > 15 cm³, CERAVER, CERAPLAST CMT prise rapide.** Ciment injectable sulfocalcique, CERAVER, CERAPLAST CMT prise rapide dose de 20 cm³.	29 610	29 610

3.2.4.4.1.2. Pour les produits d'autres compositions, la prise en charge est assurée pour les produits suivants

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Phosphates de calcium

Produits multiphasiques

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3152897	**Implant osseux géométrique, < ou = 5 cm³, DEPUY, CONDUIT R.**	20 420	20 420
3152897	**Implant osseux géométrique, < ou = 5 cm³, DEPUY, CONDUIT R.**	20 420	20 420
3117369	**Implant osseux géométrique, > 5 cm³ et < ou = 15 cm³, DEPUY, CONDUIT R.**	22 462	22 462
3138420	**Implant osseux géométrique, > 15 cm³, DEPUY, CONDUIT R.**	32 673	32 673
3142226	**Implant osseux anatomique, chirurgie orthopédique, DEPUY, CONDUIT R.**	28 589	28 589
3158724	**Implant osseux anatomique, chirurgie non orthopédique, DEPUY, CONDUIT R.**	20 420	20 420

Ciments phosphocalciques injectables et modelables

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3134416	**Implant osseux, poudre, <ou = 15 cm3, BIOMET, CALCIBON.** Indications : Les substituts osseux sont indiqués en cas d'un apport osseux de substitution (comblement, reconstruction, fusion), lorsque les solutions autologues ne sont pas applicables ou suffisantes. Modalites de prescription et d'utilisation : Précautions d'emploi : Le recours aux substituts osseux est proscrit en milieu septique, dans l'os irradié (selon des critères radiologiques indiquant une ostéo-nécrose), en cas de brèche méningée dans la chirurgie crânio-rachidienne. Une mise en garde sur leur utilisation est de rigueur chez les patients traités par biphosphonates et dans les situations cliniques particulières (tumeur, chimiothérapie en cours, immunodéficience, diabète non équilibré, allergies...). Conditions de prise en charge : Le chirurgien doit utiliser le conditionnement optimal en termes de volume et de forme. A défaut, le recours à plusieurs unités de substituts osseux doit être envisageable, en quantité la plus restreinte possible, en fonction du volume à combler. Références prises en charge : Ciment injectable CALCIBON 5 g, volume final de pâte : 4 cm3. Ciment injectable CALCIBON 10 g, volume final de pâte : 8 cm3.	20 420	20 420
3146655	**Implant osseux, poudre, < 15 cm3, BIOMET, CALCIBON.** Indications :	29 610	29 610

	Les substituts osseux sont indiqués en cas d'un apport osseux de substitution (comblement, reconstruction, fusion), lorsque les solutions autologues ne sont pas applicables ou suffisantes. Modalites de prescription et d'utilisation : Précautions d'emploi : Le recours aux substituts osseux est proscrit en milieu septique, dans l'os irradié (selon des critères radiologiques indiquant une ostéo-nécrose), en cas de brèche méningée dans la chirurgie crânio-rachidienne. Une mise en garde sur leur utilisation est de rigueur chez les patients traités par biphosphonates et dans les situations cliniques particulières (tumeur, chimiothérapie en cours, immunodéficience, diabète non équilibré, allergies...). Conditions de prise en charge : Le chirurgien doit utiliser le conditionnement optimal en termes de volume et de forme. A défaut, le recours à plusieurs unités de substituts osseux doit être envisageable, en quantité la plus restreinte possible, en fonction du volume à combler. Références prises en charge : Ciment injectable CALCIBON 20 g, volume final de pâte : 16 cm3.		
3100564	**Implant osseux, poudre, < 15 cm³, injectable, SYNTHES, NORIAN.** Substitut synthétique de l'os NORIAN, composé d'une poudre de phosphate de calcium et d'une solution de phosphate de sodium, emballés séparément et mélangés lors de l'intervention, sous forme injectable (seringue), de la société SYNTHES SAS. La prise en charge du substitut de l'os NORIAN est assurée pour le comblement osseux en chirurgie orthopédique et traumatologie à l'exception de la chirurgie crânio-maxillaire faciale. Le substitut de l'os Norian doit être utilisé pour le comblement de volume cavitaire inférieur à 40 cm³. La mise en place du substitut en phase liquide à proximité d'une articulation prothétique n'est pas recommandée. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - SRS-0300-RMS : volume 3 cc (6 g) ; - SRS-0500-RMS : volume 5 cc (9 g) ; - SRS-1000-RMS : volume 10 cc (17 g).	20 420	20 420
3102824	**Implant osseux, poudre, ≤ 15 cm³, modelable, SYNTHES, NORIAN.** Substitut synthétique de l'os, NORIAN, composé d'une poudre de phosphate de calcium et d'une solution de phosphate de sodium, emballés séparément et mélangés lors de l'intervention, sous forme modelable (coupelle), de la société SYNTHES SAS. La prise en charge du substitut de l'os NORIAN est assurée pour le comblement osseux en chirurgie orthopédique et traumatologie à l'exception de la chirurgie crânio-maxillaire faciale. Le substitut de l'os NORIAN doit être utilisé pour le comblement de volume cavitaire inférieur à 40 cm³. La mise en place du substitut en phase liquide à proximité d'une articulation prothétique n'est pas recommandée. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - SRS-0300-FSP : volume 3 cc (6 g) ;	20 420	20 420

	- SRS-0500-FSP : volume 5 cc (9 g) ; - SRS-1000-FSP : volume 10 cc (17 g).		
3159497	**Implant osseux, poudre, < ou = 10 cm³, injectable, SYNTHES, CHRONOS INJECT.** La prise en charge est assurée pour le comblement osseux, ou renforcement d'une perte de substance osseuse d'origine traumatique ou orthopédique, d'un volume inférieur ou égal à 10 cm³, dans la perspective d'une reconstitution du stock osseux. L'utilisation de CHRONOS INJECT est contre-indiquée dans les cas suivants : - infections aiguës ou chroniques, en particulier au niveau du site opératoire (infections de l'os ou des tissus mous) ; - lymphome malin ou myélome non traité ; - défaut à proximité d'une épiphyse ouverte ; - fractures ouvertes ; - fractures avec accès ouvert à l'articulation après réduction ; - comblement de défaut ostéocartilagineux ; - pathologie du métabolisme calcique (comme des endocrinopathies) ; - insuffisance rénale fonctionnelle. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - 710.065S, CHRONOS INJECT, 2,5 cm³, dans cartouche de mixage et d'application ; - 710.066S, CHRONOS INJECT, 5 cm³, dans cartouche de mixage et d'application ; - 710.067S, CHRONOS INJECT, 10 cm³, dans cartouche de mixage et d'application.	20 420	20 420
3158530	**Implant osseux, poudre, < ou = 15 cm³, TEKNIMED, CEMENTEK.** Comblement osseux, ou renforcement d'une perte de substance osseuse d'origine traumatique ou orthopédique, dans la perspective d'une reconstitution du stock osseux. Référence prise en charge : Ciment injectable phosphocalcique CEMENTEK dose 20 g correspondant à 8 cm³ : T815020	20 420	20 420
3199456	**Implant osseux, poudre, > 15 cm³, TEKNIMED, CEMENTEK.** Comblement osseux, ou renforcement d'une perte de substance osseuse d'origine traumatique ou orthopédique, dans la perspective d'une reconstitution du stock osseux. Références prises en charge : Ciment injectable phosphocalcique CEMENTEK ou CEMENTEK LV dose 40 g correspondant à 16 cm³ : T815040 et T8150LV.	29 610	29 610
3139247	**Implant osseux, pâte, <= 5 cm³, seringue de 5 ml, FH ORTHOPEDICS, OSTIBONE.** Pâte injectable composée de 35 % d'hydroxyapatite. Indications : Comblement de perte de substance dans les cas suivants : - fractures métaphysaires ; - curetages de tumeur bénigne ;	19 400	19 400

	- ostéotomies métaphysaires ; - arthrodèses (pied, cheville et rachis). Modalités de prescription et d'utilisation : - le substitut osseux OSTIBONE doit être utilisé pour des comblements de petits volumes cavitaires (? 5 cm³) ; - le substitut osseux OSTIBONE ne doit pas être placé au contact direct de la peau ni à proximité d'une articulation. Référence prise en charge : 253 431		
3180741	**Implant osseux, pâte, <= 5 cm³, seringue de 2 ml, FH ORTHOPEDICS, OSTIBONE.** Implant osseux, OSTIBONE, pâte injectable composée de 35 % d'hydroxyapatite, seringue de 2 ml, avec aiguille, de la société FH ORTHOPEDICS SAS. Indications : Comblement de perte de substance dans les cas suivants : - fractures métaphysaires ; - curetages de tumeur bénigne ; - ostéotomies métaphysaires ; - arthrodèses (pied, cheville et rachis). Modalités de prescription et d'utilisation : - le substitut osseux OSTIBONE doit être utilisé pour des comblements de petits volumes cavitaires (= 5 cm³) ; - le substitut osseux OSTIBONE ne doit pas être placé au contact direct de la peau ni à proximité d'une articulation. Référence prise en charge : 253430.	19 400	19 400
3134110	**Implant osseux, pâte, <= 5 cm³, seringue de 1 ml, FH ORTHOPEDICS, OSTIBONE.** Implant osseux, OSTIBONE pâte injectable composée de 35 % d'hydroxyapatite, seringue de 1 ml, avec aiguille, de la société FH ORTHOPEDICS SAS. Indications : Comblement de perte de substance dans les cas suivants : - fractures métaphysaires ; - curetages de tumeur bénigne ; - ostéotomies métaphysaires ; - arthrodèses (pied, cheville et rachis). Modalités de prescription et d'utilisation : - le substitut osseux OSTIBONE doit être utilisé pour des comblements de petits volumes cavitaires (= 5 cm³) ; - le substitut osseux OSTIBONE ne doit pas être placé au contact direct de la peau ni à proximité d'une articulation. Référence prise en charge : 253 429.	19 400	19 400
3137478	**Implant osseux, pâte, _ 5 cm3, seringue de 5 ml, Medtronic, NANOSTIM.**	19 400	19 400

	Implant osseux, NANOSTIM, pâte injectable composée de 35 % d'hydroxyapatite, seringue de 5 ml, avec canule, de la société MEDTRONIC France SAS. Indications : Comblement de perte de substance dans les cas suivants : – fractures métaphysaires ; – fractures sur prothèse totale de hanche ; – ablations de tumeur bénigne ; – ostéotomies métaphysaires ; – arthrodèses (pied et rachis) ; – kystes osseux ; – prélèvement d'autogreffe. Spécifications techniques : Les conditions précises dans lesquelles la résorption et la résistance à la compression des biomatériaux ont été évaluées doivent être renseignées. L'absence de résistance à la compression doit également être documentée, le cas échéant. Le conditionnement doit faire mention du volume final de comblement exprimé en cm3 et non le volume ou la masse de poudre. Modalités de prescription et d'utilisation : Le recours aux substituts osseux est proscrit en milieu septique, dans l'os irradié (selon des critères radiologiques indiquant une ostéonécrose), en cas de brèche méningée dans la chirurgie crânio-rachidienne. Une mise en garde sur leur utilisation est de rigueur chez les patients traités par biphosphonates et dans les situations cliniques particulières (tumeur, chimiothérapie en cours, immunodéficience, diabète non équilibré, allergies...). Le chirurgien doit utiliser le conditionnement optimal en termes de volume et de forme. A défaut, le recours à plusieurs unités de substituts osseux doit être envisageable, en quantité la plus restreinte possible, en fonction du volume à combler. Références prises en charge **:** – 8470050		
3128812	**Implant osseux, pâte, _ 5 cm3, seringue de 2 ml, Medtronic, NANOSTIM.** Implant osseux, NANOSTIM, pâte injectable composée de 35 % d'hydroxyapatite, seringue de 2 ml, avec aiguille, de la société MEDTRONIC France SAS. Indications : Comblement de perte de substance dans les cas suivants : – fractures métaphysaires ; – fractures sur prothèse totale de hanche ; – ablations de tumeur bénigne ; – ostéotomies métaphysaires ;	19 400	19 400

	– arthrodèses (pied et rachis) ; – kystes osseux ; – prélèvement d'autogreffe. Spécifications techniques : Les conditions précises dans lesquelles la résorption et la résistance à la compression des biomatériaux ont été évaluées doivent être renseignées. L'absence de résistance à la compression doit également être documentée, le cas échéant. Le conditionnement doit faire mention du volume final de comblement exprimé en cm3 et non le volume ou la masse de poudre. Modalités de prescription et d'utilisation : Le recours aux substituts osseux est proscrite en milieu septique, dans l'os irradié (selon des critères radiologiques indiquant une ostéo-nécrose), en cas de brèche méningée dans la chirurgie crânio-rachidienne. Une mise en garde sur leur utilisation est de rigueur chez les patients traités par biphosphonates et dans les situations cliniques particulières (tumeur, chimiothérapie en cours, immunodéficience, diabète non équilibré, allergies...). Le chirurgien doit utiliser le conditionnement optimal en termes de volume et de forme. A défaut, le recours à plusieurs unités de substituts osseux doit être envisageable, en quantité la plus restreinte possible, en fonction du volume à combler. Références prises en charge : – 8470020		
3129898	**Implant osseux, pâte, _ 5 cm3, seringue de 1 ml, Medtronic, NANOSTIM.** Implant osseux, NANOSTIM pâte injectable composée de 35 % d'hydroxyapatite, seringue de 1 ml, avec aiguille, de la société MEDTRONIC France SAS. Indications : Comblement de perte de substance dans les cas suivants : – fractures métaphysaires ; – fractures sur prothèse totale de hanche ; – ablations de tumeur bénigne ; – ostéotomies métaphysaires ; – arthrodèses (pied et rachis) ; – kystes osseux ; – prélèvement d'autogreffe. Spécifications techniques : Les conditions précises dans lesquelles la résorption et la résistance à la compression des biomatériaux ont été évaluées doivent être renseignées. L'absence de résistance à la compression doit également être documentée, le cas échéant.	19 400	19 400

	Le conditionnement doit faire mention du volume final de comblement exprimé en cm3 et non le volume ou la masse de poudre. Modalités de prescription et d'utilisation : Le recours aux substituts osseux est proscrit en milieu septique, dans l'os irradié (selon des critères radiologiques indiquant une ostéonécrose), en cas de brèche méningée dans la chirurgie crânio-rachidienne. Une mise en garde sur leur utilisation est de rigueur chez les patients traités par biphosphonates et dans les situations cliniques particulières (tumeur, chimiothérapie en cours, immunodéficience, diabète non équilibré, allergies...). Le chirurgien doit utiliser le conditionnement optimal en termes de volume et de forme. A défaut, le recours à plusieurs unités de substituts osseux doit être envisageable, en quantité la plus restreinte possible, en fonction du volume à combler. Références prises en charge : – 8470010		

Bioverre

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3195300	**Implant osseux, synth bioverre, > 15 cm3, NORAKER, GLASSBONE** DESCRIPTION GLASSBONE est un substitut osseux d'origine synthétique. Il est constitué de verre bioactif 45S5 résorbable dont la composition est la suivante : - Oxyde de silicium (SiO2) : 45%, - Oxyde de sodium (Na2O) : 24,5%, - Oxyde de calcium (CaO) : 24,5%, - Oxyde de phosphore (P2O5) : 6%. GLASSBONE se présente sous la forme de granules (granulométries de 0,04-0,05 mm, 0,5-1 mm et 1-3,15 mm). INDICATION Apport osseux de substitution (comblement, reconstruction, fusion), lorsque les solutions autologues ne sont pas applicables ou suffisantes. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION - Précautions d'emploi : Le recours aux substituts osseux est proscrit en milieu septique, dans l'os irradié (selon des critères radiologiques indiquant une ostéo-nécrose), en cas de brèche méningée dans la chirurgie crânio-rachidienne. Une mise en garde sur leur utilisation est de rigueur chez les patients traités par biphosphonates et dans les situations cliniques particulières (tumeur, chimiothérapie en cours, immunodéficience, diabète non équilibré, allergies,...). - Conditions de prise en charge :	31 202	31 202

	Le chirurgien doit utiliser le conditionnement optimal en termes de volume et de forme. A défaut, le recours à plusieurs unités de substituts osseux doit être envisageable, en quantité la plus restreinte possible, en fonction du volume à combler. REFERENCE PRISE EN CHARGE GB1.3/16		
3116625	**Implant osseux, synth bioverre, < ou = 5 cm3, NORAKER, GLASSBONE INJECTABLE PUTTY** Substitut osseux synthétique injectable GLASSBONE INJECTABLE PUTTY de la société NORAKER. DESCRIPTION GLASSBONE INJECTABLE PUTTY est un substitut osseux résorbable, d'origine synthétique. Il est constitué à 70% de granules de verre bioactif 45S5 (granulométries de 0,09-0,71 mm) et à 30% d'un liant polymère de polyéthylène glycol (PEG) / glycérol, qui vise à faciliter l'injection du produit. La composition du verre bioactif 45S5 est la suivante : - Oxyde de silicium (SiO2) : 45%, - Oxyde de sodium (Na2O) : 24,5%, - Oxyde de calcium (CaO) : 24,5%, - Oxyde de phosphore (P2O5) : 6%. INDICATION PRISE EN CHARGE Apport osseux de substitution (comblement, reconstruction, fusion), lorsque les solutions autologues ne sont pas applicables ou suffisantes. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION - Précautions d'emploi : Le recours aux substituts osseux est proscrit en milieu septique, dans l'os irradié (selon des critères radiologiques indiquant une ostéo-nécrose), en cas de brèche méningée dans la chirurgie crânio-rachidienne. Une mise en garde sur leur utilisation est de rigueur chez les patients traités par biphosphonates et dans les situations cliniques particulières (tumeur, chimiothérapie en cours, immunodéficience, diabète non équilibré, allergies...). - Conditions de prise en charge : Le chirurgien doit utiliser le conditionnement optimal en termes de volume et de forme. A défaut, le recours à plusieurs unités de substituts osseux doit être envisageable, en quantité la plus restreinte possible, en fonction du volume à combler. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE GB-IP1.0 : GLASSBONE INJECTABLE PUTTY 1 cm3 ; GB-IP2.5 : GLASSBONE INJECTABLE PUTTY 2,5 cm3 ; GB-IP5.0 : GLASSBONE INJECTABLE PUTTY 5 cm3.	17 214	17 214

3.2.4.4.2. Paragraphe 2: Autres éléments de substitution et de comblement à matrice bio-inerte avec ou sans bio-activité de surface

3.2.4.4.2.1. Cales d'interposition

La prise en charge est assurée pour le produit suivant:

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3170487	**Implant osseux anatomique, chirurgie orthopédique, MIL, CERAMIL.** Ceramil, cale d'interposition. La prise en charge est assurée pour l'ostéotomie tibiale d'addition. La prise en charge est assurée pour les références : M69CC5, M69CC6, M69CC7, M69CC8, M69CC9, M69CC10, M69CC11, M69CC12 M69CC13, M69CC14, M69CC15, M69CC16 et M69CC17. Ce code ne permet pas la prise en charge des coins dièdres.	28 589	28 589

3.2.4.4.2.2. Prothèse osseuse sur mesure pour la reconstruction de la voûte crânienne

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3164937	**Implant osseux sur mesure, reconstruction voûte crânienne, Codman, CUSTOMBONE.** Substitut osseux sur mesure en hydroxyapatite poreuse de calcium pour la reconstruction de la voûte crânienne de la société Codman, division d'Ethicon SAS. Description : CUSTOMBONE est une prothèse sur-mesure constituée de céramique d'hydroxyapatite poreuse (40 à 70 % de porosité par rapport au volume total). L'implant est livré en deux exemplaires stériles, et emballés individuellement. Indications : Les substituts osseux sont indiqués en cas d'un apport osseux de substitution (comblement, reconstruction, fusion), lorsque les solutions autologues ne sont pas applicables ou suffisantes. Les substituts osseux sur mesure destinés à la reconstruction crânienne sont indiqués en cas de reconstruction crânienne après échec de l'autogreffe ou dans le cas d'un délabrement supérieur à 35 cm2 et/ou situé dans la zone antérieure ou fronto-temporale, chez des patients ayant un bon pronostic neurologique et/ou carcinologique. Accord préalable : La prise en charge par l'assurance maladie est assurée après accord préalable du médecin conseil conformément à l'article LP 33 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée. Modalités de prescription et d'utilisation : Le recours aux substituts osseux est proscrit en milieu septique (ou infecté), dans l'os irradié (selon des critères radiologiques indiquant une ostéonécrose), en cas de brèche méningée dans la chirurgie crânio-rachidienne. Une mise en garde sur leur utilisation est de rigueur chez les patients traités par bisphosphonates et dans les situations cliniques particulières (tumeur, chimiothérapie en cours, immunodéficience, diabète non équilibré, allergies, etc.).	1 071 600	1 071 600

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

3.2.4.5. Sous-section 5: Implants tendineux

3.2.4.5.1. Implants prothétiques ou de renfort tendineux, textiles

La prise en charge du système de fixation de l'implant prothétique ou de renfort tendineux est assurée sous le code 3183633.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3138160	**Implant tendineux, prothétique ou de renfort, textile hors rupture de la coiffe des rotateurs.**	22 497	22 497
3124240	**Implant tendineux, prothétique ou de renfort, textile pour rupture de la coiffe des rotateurs.**	54 073	54 073

3.2.4.5.2. Implants tendineux conformateurs (dits tiges de Hunter) pour lésions des tendons de la main

La prise en charge est assurée dans la limite d'un implant par tendon.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3161465	**Implant tendineux, conformateur actif, lésions des tendons de la main, définitif.** Implant pour pose définitive.	34 181	34 181
3133240	**Implant tendineux, conformateur passif, lésions des tendons de la main, temporaire.** Implant pour pose temporaire.	22 981	22 981

3.2.4.5.3. Implant de suture percutanée du tendon d'Achille

La prise en charge est assurée pour les implants de suture suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3150697	**Implant de suture percutanée du tendon d'Achille, FH, TENOLIG, boîte de 2 kits.** 1- Conditionnement : Le conditionnement contient les deux kits nécessaires à la ténosynthèse. Un kit contient : 1 fil (implant) en polymère de type polyéthylènetéréphtalate de 0,85 mm de diamètre et 360 mm de longueur utile, serti d'une aiguille courbée à pointe trocart d'une longueur de 150 mm et d'un harpon serti sur le fil à 250 mm de l'aiguille ; 2 plombs perforés (pour le serrage) ; 1 rondelle de fixation en polyéthylène (pour le serrage).	49 010	49 010

	2- Indication : La prise en charge de l'implant de suture percutanée du tendon d'Achille TENOLIG est assurée pour la suture du tendon d'Achille, en cas de rupture récente (entre 0 et 8 jours après la rupture). 3- Conditions d'utilisation : TENOLIG doit être utilisé dans les conditions suivantes : - mise en place percutanée par incision proximale, 4 à 5 cm au-dessus de la zone de rupture, guidage distal de l'aiguille et sortie en rétromalléolaire ; - ancrage du harpon sur la gaine tendineuse et blocage distal de la suture à l'aide de la rondelle en polyéthylène (serrage par écrasement des plombs sertis sur la suture) ; - suivi par un kinésithérapeute pour s'assurer que le patient respecte les consignes, de rééducation immédiate avec exclusion d'appui ou de rééducation après immobilisation ; - ablation du dispositif six semaines après la mise en place. Il est nécessaire d'utiliser 2 kits de ténosynthèse par tendon rompu. 4 - Contre-indications : TENOLIG ne doit pas être utilisé en cas : - d'infection ou d'infection latente touchant la zone d'intervention ; - de ruptures anciennes ou avec perte de substance importante ; - de ruptures basses ; - de désinsertions calcanéennes ou de ruptures hautes à la jonction myo- tendineuse. 5-Référence prise en charge : référence 232942		

3.2.4.6. Sous-section 6: Implants sur mesure

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Ce sont des implants faits à l'unité à partir des mesures du malade. Ils sont réalisés d'après les données du scanographe et/ou de clichés radiologiques du patient. Ils sont pris en charge après entente préalable conformément à l'article R LP 33 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée et sont posés lorsque la preuve médicale a été apportée, sur cette entente préalable, que la pose d'un implant standard, de reprise ou de reconstruction ne convient pas.		
3182697	**Implant sur mesure, pour reconstruction de bassin.** II peut être pris en charge dans les cas particuliers suivants : - morphologie atypique (nanisme, gigantisme, dysplasie importante) ; - reconstruction osseuse étendue d'origine tumorale ; - grand fracas osseux (notamment lors de reprises importantes). La prise en charge est assurée dans la limite de **657 799 F.CFP**.	657 799	657 799
3187097	**Implant sur mesure, pour reconstruction du fémur total.**	1 397 347	1 397 347

	Il peut être pris en charge dans les cas particuliers de reconstruction osseuse étendue d'origine tumorale et infectieuse. La prise en charge est assurée dans la limite de **1 397 347 F.CFP**		
3198244	**Implant sur mesure, pour reconstruction de la tête du fémur avec appui ischiatique dite de "selle".** II peut être pris en charge dans les cas particuliers de reconstruction osseuse étendue d'origine tumorale ou infectieuse. La prise en charge est assurée dans la limite de **374 907 F.CFP**	374 907	374 907

3.2.4.7. Sous-section 7: Systèmes modulaires de reconstruction fémorale

La prise en charge de la prothèse modulaire de reconstruction fémorale SYSTEME METS est assurée en cas de :
- tumeurs osseuses primitives localisées ;
- métastases osseuses entraînant une destruction massive du fémur ;
- toutes situations exceptionnelles de destruction massive du fémur d'autre origine.

La prise en charge des éléments revêtus d'hydroxyapatite de la prothèse modulaire de reconstruction fémorale SYSTEME METS est assurée pour des patients atteints de tumeurs osseuses fémorales primitives localisées ou présentant des situations exceptionnelles de destruction fémorale massive et ayant, dans ces deux indications, une espérance de vie élevée.

La pose du système modulaire METS de reconstruction fémorale ainsi que les séquences pré-, per-, et post-opératoires doivent relever d'une décision concertée, prise par une équipe multidisciplinaire. La prise en charge des patients doit avoir lieu dans un centre spécialisé dans le traitement des tumeurs osseuses.

Les contre-indications sont les suivantes :
- infection ;
- couverture par les parties molles inadéquate ou incomplète ;
- patient non coopératif, réticent ou incapable de suivre les préconisations liées à sa pathologie ;
- sensibilité aux corps étrangers ;
- obésité ;
- troubles vasculaires, neuromusculaires ou dystrophie musculaire.

Dans le cadre d'une reconstruction de fémur distal, la prothèse modulaire METS peut être constituée d'une prothèse de genou SMILES comprenant un composant épiphysaire genou (livré avec paliers, axe et circlip) et un composant tibial constitué d'une charnière rotatoire métal, d'une plaque d'augmentation tibiale, d'une diaphyse, d'une diaphyse d'extension,'une bague revêtue HAP et d'une tige fémorale. Dans le cas le plus simple, elle est constituée d'une prothèse de genou SMILES comprenant un composant épiphysaire genou (livré avec paliers, axe et circlip) et un composant tibial constitué d'une charnière fixe et d'un composant monobloc diaphyse/tige non revêtu d'hydroxyapatite (HAP). La prise en charge de la prothèse modulaire pour la reconstruction d'un fémur distal est assurée dans la limite de **1 388 443 F.CFP TTC** s'il comprend des éléments revêtus d'hydroxyapatite et dans la limite de **76 905 F.CFP TTC** s'il ne comprend pas d'éléments HAP.

Dans le cadre d'une reconstruction du fémur proximal, la prothèse modulaire METS peut être constituée d'un trochanter revêtu d'hydroxyapatite, d'une plaque et des vis de réinsertion trochantérienne, d'une diaphyse, d'une diaphyse d'extension, d'une bague ronde revêtue d'hydroxyapatite, d'une tige fémorale intramédullaire. Dans le cas le plus simple, elle est constituée d'un trochanter non revêtu d'hydroxyapatite, d'un composant monobloc diaphyse/tige non revêtu d'hydroxyapatite. La prise en charge de la prothèse modulaire pour la reconstruction du fémur proximal est assurée dans la limite de **911 555 F.CFP TTC** s'il comprend des éléments revêtus d'hydroxyapatite et dans la limite de **549 018 F.CFP TTC** s'il ne comprend pas d'éléments HAP.

Dans le cadre d'une reconstruction du fémur total, la prothèse modulaire METS peut être constituée d'un trochanter revêtu d'hydroxyapatite, d'une diaphyse, d'une plaque et des vis de réinsertion trochantérienne, d'un connecteur fémur total, d'une plaque d'augmentation tibiale, d'une prothèse de genou SMILES constituée d'un composant épiphysaire genou (livré avec axe, paliers et circlip) et d'un composant tibial constitué d'une charnière rotatoire métal. Dans le cas le plus simple, elle est constituée d'un trochanter non revêtu d'hydroxyapatite, d'une diaphyse, d'un connecteur fémur total, d'une prothèse de genou SMILES constituée d'un composant épiphysaire genou (livré avec axe, paliers et circlip) et d'un composant tibial constitué d'une charnière fixe. La prise en charge de la prothèse modulaire pour la reconstruction du fémur totale est assurée dans la limite de **1 596 238 F.CFP TTC** s'il comprend des éléments revêtus d'hydroxyapatite et dans la limite de **1 332 622 F.CFP TTC** s'il ne comprend pas d'éléments HAP.
La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3109335	**Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, trochanter non HAP.** Trochanter non revêtu d'hydroxyapatite (HAP) de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. Références prises en charge : Trochanter Gauche Small Non Revêtu (s.mstrc/LSmlU), Trochanter Gauche Standard Non Revêtu (s.mstrc/LStdU), Trochanter Droit Small Non Revêtu (s.mstrc/RSmlU), Trochanter Droit Standard Non Revêtu (s.mstrc/RStdU).	169 581	169 581
3150987	**Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, trochanter HAP.** Trochanter revêtu d'hydroxyapatite (HAP) de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. La prise en charge des éléments revêtus d'hydroxyapatite est assurée pour des patients atteints de tumeurs osseuses fémorales primitives localisées ou présentant des situations exceptionnelles de destruction fémorale massive et ayant, dans ces deux indications, une espérance de vie élevée. Références prises en charge : Trochanter Gauche Small Revêtu HAP (s.mstrc/LSmlC), Trochanter Gauche Standard Revêtu HAP (s.mstrc/LStdC), Trochanter Droit Small Revêtu HAP (s.mstrc/RSmlC), Trochanter Droit Standard Revêtu HAP (s.mstrc/RStdC).	325 030	325 030
3157950	**Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, plaque réinsertion.** Plaque de réinsertion trochantérique de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. Référence prise en charge : Plaque réinsertion trochantérique (s.msfpte).	89 089	89 089
3168266	**Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, câble réinsertion.** Câble de réinsertion trochantérique de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. Référence prise en charge : Câble réinsertion trochantérique (s.mstrw).	12 013	12 013
3140368	**Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, vis plaque.** Vis plaque trochantérique de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE.	19 077	19 077

	Références prises en charge : Vis plaque trochantérique 23 mm (s.msfscw/Short), Vis plaque trochantérique 28 mm (s.msfscw/Medium), Vis plaque trochantérique 35 mm (s.msfscw/Long).		
3184207	**Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, composant genou.** Composant épiphysaire genou de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. Références prises en charge : Composant épiphysaire genou Gauche Small (inclut axe, paliers et circlip) (s.mkfe/LSm), Composant épiphysaire genou Droit Small (inclut axe, paliers et circlip) (s.mkfe/RSm), Composant épiphysaire genou Gauche Standard (inclut axe, paliers et circlip) (s.mkfe/LStd), Composant épiphysaire genou Droit Standard (inclut axe, paliers et circlip) (s.mkfe/RStd). Le tarif inclut l'axe, les paliers et le circlip.	409 821	409 821
3120012	**Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, charnière rotatoire métal.** Tibia charnière rotatoire métal de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. Références prises en charge : Tibia charnière rotatoire métal Small Queue longue (s.mkrhm/SmLg), Tibia charnière rotatoire métal Small Queue courte (s.mkrhm/SmSt), Tibia charnière rotatoire métal Standard Queue longue (s.mkrhm/StdLg), Tibia charnière rotatoire métal Standard Queue courte (s.mkrhm/StdSt). Le tarif inclut le tampon.	438 084	438 084
3165210	**Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, charnière rotatoire PE.** Tibia charnière rotatoire polyéthylène (PE) de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. Tibia charnière rotatoire polyéthylène Small (s.mkrhp/Sm), Tibia charnière rotatoire polyéthylène Standard (s.mkrhp/Std). Le tarif inclut le tampon.	325 030	325 030
3126486	**Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, charnière fixe.** Tibia charnière fixe de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. Références prises en charge : Tibia charnière fixe Small Queue longue (s.mkfh/SmLg), Tibia charnière fixe Small Queue courte (s.mkfh/SmSt), Tibia charnière fixe Standard Queue longue (s.mkfh/StdLg), Tibia charnière fixe Standard Queue courte (s.mkfh/StdSt). Le tarif inclut le tampon.	282 635	282 635
3180698	**Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, plaque augmentation tibiale.** Plaque d'augmentation tibiale de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. Références prises en charge : Plaque d'augmentation tibiale Small 5 mm, (s.mktp/Sm5), Plaque d'augmentation tibiale Small 10 mm, (s.mktp/Sm10), Plaque d'augmentation tibiale Small 15 mm, (s.mktp/Sm15), Plaque d'augmentation tibiale Small 20 mm, (s.mktp/Sm20), Plaque d'augmentation tibiale Standard 5 mm, (s.mktp/Std5), Plaque d'augmentation tibiale Standard 10 mm, (s.mktp/Std10), Plaque d'augmentation tibiale Standard 15 mm, (s.mktp/Std15), Plaque d'augmentation tibiale Standard 20 mm, (s.mktp/Std20).	60 061	60 061
3155950	**Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, diaphyse.**	113 054	113 054

	Références prises en charge : Diaphyse 45 mm (s.msfshft/45), Diaphyse 60 mm (s.msfshft/60), Diaphyse 75 mm (s.msfshft/75), Diaphyse 90 mm (s.msfshft/90), Diaphyse 105 mm (s.msfshft/105), Diaphyse 120 mm (s.msfshft/120), Diaphyse 135 mm (s.msfshft/135), Diaphyse 150 mm (s.msfshft/150), Diaphyse d'extension 120 mm (s.msfsext/120).		
3140836	**Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, tige fémorale.** Références prises en charge : Tige fémorale courbe 150 mm dia. 10¹ 8,5 mm, (s.msstm/10x150), Tige fémorale courbe 150 mm dia. 11¹ 9,5 mm (s.msstm/11x150), Tige fémorale courbe 150 mm dia. 12¹ 10,5 mm, (s.msstm/12x150), Tige fémorale courbe 150 mm dia. 13¹ 11,5 mm, (s.msstm/13x150), Tige fémorale courbe 150 mm dia. 14¹ 12,5 mm, (s.msstm/14x150), Tige fémorale courbe 150 mm dia. 15¹ 13,5 mm, (s.msstm/15x150), Tige fémorale droite 100 mm dia. 14¹ 13,2 mm, (s.msstm/14x100), Tige fémorale droite 100 mm dia. 15¹ 14,2 mm, (s.msstm/15x100).	84 790	84 790
3132989	**Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, composant monobloc non HAP.** Composant monobloc non revêtu d'hydroxyapatite (HAP) de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. Références prises en charge : Composant monobloc 15*27 non revêtu (s.msiss/15x27), Composant monobloc 15*30 non revêtu (s.msiss/15x30), Composant monobloc 30*27 non revêtu (s.msiss/30x27), Composant monobloc 30*30 non revêtu (s.msiss/30x30).	169 581	169 581
3108643	**Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, composant monobloc HAP.** Composant monobloc revêtu d'hydroxyapatite (HAP) de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. La prise en charge des éléments revêtus d'hydroxyapatite est assurée pour des patients atteints de tumeurs osseuses fémorales primitives localisées ou présentant des situations exceptionnelles de destruction fémorale massive et ayant, dans ces deux indications, une espérance de vie élevée. Références prises en charge : Composant monobloc 15*27 revêtu HAP (s.msiss/15x27C), Composant monobloc 15*30 revêtu HAP (s.msiss/15x30C), Composant monobloc 30*27 revêtu HAP (s.msiss/30x27C), Composant monobloc 30*30 revêtu HAP (s.msiss/30x30C).	261 437	261 437
3196883	**Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, composant oval non HAP.** Composant oval non revêtu d'hydroxyapatite (HAP) de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. Références prises en charge : Composant monobloc oval 15*30*38 non revêtu (s.msiss/O15x30x38), Composant monobloc oval 30*30*38 non revêtu (s.msiss/O30x30x38), Composant monobloc oval 15*36*44 non revêtu (s.msiss/O15x36x44), Composant monobloc oval 30*36*44 non revêtu (s.msiss/O30x36x44).	197 844	197 844
3149576	**Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, composant oval HAP.** Composant monobloc oval revêtu d'hydroxyapatite (HAP) de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE La prise en charge des éléments revêtus d'hydroxyapatite est assurée pour des patients atteints de tumeurs osseuses fémorales primitives localisées ou présentant des situations exceptionnelles de destruction fémorale massive et ayant, dans ces deux indications, une espérance de vie élevée. Références prises en charge : Composant monobloc oval 15*30*38 revêtu HAP	282 635	282 635

	(s.msiss/O15x30x38C), Composant monobloc oval 30*30*38 revêtu HAP (s.msiss/O30x30x38C), Composant monobloc oval 15*36*44 revêtu HAP (s.msiss/O15x36x44C), Composant monobloc oval 30*36*44 revêtu HAP (s.msiss/O30x36x44C).		
3152265	**Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, connecteur fémur.** Connecteur fémur total de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. Références prises en charge : Connecteur fémur total 165 mm (s.mstfl/165), Connecteur fémur total 225 mm (s.mstfl/225)	130 012	130 012
3181485	**Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, bague ronde non HAP.** Bague ronde non revêtue d'hydroxyapatite de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. Références prises en charge : Bague ronde dia.27 mm non revêtue (s.mscol/R. 27S), Bague ronde dia.30 mm non revêtue (s.mscol/R. 30S), Bague ronde dia.33 mm non revêtue (s.mscol/R. 33S), Bague ronde dia.36 mm non revêtue (s.mscol/R. 36S).	56 527	56 527
3161643	**Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, bague ronde HAP.** Bague ronde revêtue d'hydroxyapatite de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. La prise en charge des éléments revêtus d'hydroxyapatite est assurée pour des patients atteints de tumeurs osseuses fémorales primitives localisées ou présentant des situations exceptionnelles de destruction fémorale massive et ayant, dans ces deux indications, une espérance de vie élevée. Références prises en charge : Bague ronde dia.27 mm revêtue HAP (s.mscol/R. 27C), Bague ronde dia.30 mm revêtue HAP (s.mscol/R. 30C), Bague ronde dia.33 mm revêtue HAP (s.mscol/R. 33C), Bague ronde dia.36 mm revêtue HAP (s.mscol/R. 36C).	155 449	155 449
3183099	**Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, bague ovale non HAP.** Bague ovale non revêtue d'hydroxyapatite de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. Références prises en charge : Bague ovale dia.27*30 mm non revêtue (s.mscol/O27x30S), Bague ovale dia.30*33 mm non revêtue (s.mscol/O30x33S), Bague ovale dia.33*36 mm non revêtue (s.mscol/O33x36S), Bague ovale dia.36*39 mm non revêtue (s.mscol/O36x39S),	63 593	63 593
3196802	**Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, bague ovale HAP.** Bague ovale revêtue d'hydroxyapatite de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. La prise en charge des éléments revêtus d'hydroxyapatite est assurée pour des patients atteints de tumeurs osseuses fémorales primitives localisées ou présentant des situations exceptionnelles de destruction fémorale massive et ayant, dans ces deux indications, une espérance de vie élevée.	169 581	169 581

	Références prises en charge : Bague ovale dia.27*30 mm revêtue HAP (s.mscol/O27x30C), Bague ovale dia.30*33 mm revêtue HAP (s.mscol/O30x33C), Bague ovale dia.33*36 mm revêtue HAP (s.mscol/O33x36C), Bague ovale dia.36*39 mm revêtue HAP (s.mscol/O36x39C).		
3101173	**Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, remplacement axe.** Axe pour composant épiphysaire de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. Références prises en charge : Axe SMILES Small (SMAX01), Axe SMILES Standard (SMAX02).	52 299	52 299
3114052	**Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, remplacement tampon.** Tampon pour charnière de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. Références prises en charge : Tampon SMILES Small (SMBPR. 01), Tampon SMILES Standard (SMBPR. 02).	34 624	34 624
3158078	**Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, remplacement paliers.** Paliers pour composant épiphysaire de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. Références prises en charge : Paliers SMILES Small (SMBSH01), Paliers SMILES Standard (SMBSH02).	37 450	37 450
3104993	**Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, remplacement circlip.** Circlip pour composant épiphysaire de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. Référence prise en charge : Circlip (SMCIC01).	6 783	6 783

3.2.5. Section 5 - Implants otorhinolaryngologiques

3.2.5.1. Implants de l'oreille

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3135746	**Implant ORL, oreille, reconstruction totale ou partielle, en téflon.** Implant de reconstruction totale ou partielle de la chaîne ossiculaire, en téflon.	4 696	4 696
3182591	**Implant ORL, oreille, reconstruction totale, autre que téflon.** Implant de reconstruction totale de la chaîne ossiculaire, constitué d'un seul matériau autre que le téflon.	33 899	33 899
3127994	**Implant ORL, oreille, reconstruction totale, plus d'un matériau.** Implant de reconstruction totale de la chaîne ossiculaire, constitué de plus d'un matériau.	37 369	37 369
3174380	**Implant ORL, oreille, reconstruction partielle, d'un matériau autre que le téflon.** Implant de reconstruction partielle de la chaîne ossiculaire, constitué d'un seul matériau autre que le téflon.	32 468	32 468
3145242	**Implant ORL, oreille, reconstruction partielle, plus d'un matériau.** Implant de reconstruction partielle de la chaîne ossiculaire, constitué de plus d'un matériau.	35 225	35 225
3171311	**Implant ORL, oreille, piston pour ankylose de l'étrier, d'un matériau.** Il est constitué d'un seul matériau.	3 881	3 881

3103077	**Implant ORL, oreille, piston pour ankylose de l'étrier, plus d'un matériau.** Il est constitué de plus d'un matériau.	9 700	9 700
3123364	**Implant ORL, oreille, attache pour connecter le piston au muscle de l'étrier.**	10 823	10 823
3138650	**Implant ORL, oreille, sabot pour fixation de la platine de l'étrier.**	11 537	11 537
3197687	**Implant ORL, oreille, protection contre adhérences, chaîne ossiculaire et tympan.** Implant (type membrane ou éponge) de protection contre les adhérences s'interposant entre la chaîne ossiculaire et le tympan ou entre la chaîne ossiculaire et l'oreille interne.	4 493	4 493
3171587	**Implant ORL, oreille, reconstruction du conduit auditif.**	48 804	48 804

3.2.5.2. Implants trachéaux

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3134511	**Implant ORL, trachée, phonatoire, pour fistule trachéo-oesophagienne, non amovible**	27 568	27 568
3146282	**Implant ORL, trachée, phonatoire, pour fistule trachéo-oesophagienne, amovible.**	12 252	12 252
3150332	**Implant ORL, tuteur pour sténose trachéale.**	28 793	28 793

3.2.6. Section 6. - Prothèses auditives ostéo-intégrées

3.2.6.1. Société Cochlear France SAS (Cochlear)

La prise en charge de la prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA est assurée pour :
- les surdités de transmission ou surdités mixtes pour lesquelles la chirurgie d'oreille moyenne ne peut être réalisée et l'appareillage traditionnel par voie aérienne ou osseuse est inefficace ou impossible (implantation unilatérale) ;
- les surdités nensorielles unilatérales sévères.

BAHA doit être prescrite et implantée par une équipe pluridisciplinaire (dans le cadre d'un réseau de soins) ayant
- un ORL ;
- un audioprothésiste.

Cette équipe doit assurer l'ensemble des étapes de la prise en charge du patient à savoir :
- le bilan clinique et audiométrique pré-implantation ;
- l'essai préalable standardisé, lorsqu'il est possible avec prothèse en conduction aérienne et osseuse : l'essai doit permettre d'évaluer le bénéfice des différentes solutions prothétiques en situation de vie courante pendant trois semaines environ. A l'issue de cet essai, une évaluation du bénéfice objectif et subjectif doit être réalisée : audiométrie tonale et vocale dans le silence et dans le bruit (évaluation du gain et de la compréhension), questionnaire de qualité de vie, stéréoaudiométrie dans certaines situations ;
- la mise en place chirurgicale ;
- le réglage et le suivi des patients (aussi bien pour l'implant que pour le processeur).

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

La prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA est composée d'un implant (ou fixture), d'un pilier et d'un processeur. Un bandeau ou serre-tête est nécessaire dans le cas où le patient ne peut être opéré (enfant trop jeune...).
Dans certaines indications, une chirurgie en deux temps est recommandée. Elle consiste à mettre en place l'implant pendant un premier temps chirurgical, puis un pilier lors d'un second, après ostéo-intégration de l'implant.
La maintenance (pièces et main-d'œuvre) ainsi que la réparation du processeur doivent être assurées pendant la période de garantie.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3109246	**Prothèse ostéo-intégrée, COCHLEAR, BAHA, implant (fixture)** Implant (fixture) pour prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA, de la société Cochlear France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 90430 : implant (fixture) autotaraudant 3 mm, 90432 : implant (fixture) autotaraudant 4 mm.	57 375	57 375
3173706	**Prothèse ostéo-intégrée, COCHLEAR, BAHA, implant (fixture) BI300 TiOblast.** Implant (fixture) revêtu de TiOblast pour prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA, de la société Cochlear France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 92128 : implant (fixture) 3 mm, 92129 : implant (fixture) 4 mm.	57 375	57 375
3142114	**Prothèse ostéo-intégrée, COCHLEAR, BAHA, implant (fixture) avec pilier.** Implant (fixture) avec pilier prémonté pour prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA, de la société Cochlear France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 90480 : implant (fixture) autotaraudant 3 mm avec pilier BAHA prémonté, 90434 : implant (fixture) auto taraudant 4 mm avec pilier BAHA prémonté.	122 946	122 946
3154689	**Prothèse ostéo-intégrée COCHLEAR, BAHA, implant (fixture) avec pilier BIA300 TiOblast.** Implant (fixture) revêtu de TiOblast avec pilier pré-monté pour prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA, de la société Cochlear France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 92126 : implant (fixture) 3 mm avec pilier 6 mm BAHA prémonté ; 92127 : implant (fixture) 4 mm avec pilier 6 mm BAHA prémonté, 92346 : implant (fixture) 4 mm avec pilier 9 mm BAHA prémonté.	122 946	122 946
3193749	**Proth. ostéo-intég., COCHLEAR, BAHA, implant (fixture) avec pilier, BIA400.** Implant (fixture) de 4 mm revêtu de TiOblast avec pilier prémonté revêtu d'hydroxyapatite pour prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA, de la société Cochlear France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 93329 : implant avec pilier 6 mm ; 93330 : implant (fixture) avec pilier 8 mm ; 93331 : implant (fixture) avec pilier 10 mm ; 93332 : implant (fixture) avec pilier 12 mm.	122 946	122 946
3135404	**Prothèse ostéo-intégrée, COCHLEAR, BAHA, pilier.** Pilier pour prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA, de la société Cochlear France SAS. Ce pilier n'est compatible qu'avec les implants (fixtures) du code 3109246.	65 571	65 571

	La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 90305 : pilier standard 5,5 mm, 90410 : pilier standard 8,5 mm.		
3128189	**Prothèse ostéo-intégrée, COCHLEAR, BAHA, pilier concave BA400.** Pilier pour prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA, de la société Cochlear France SAS. Pilier concave avec revêtement de surface en hydroxyapatite. Le pilier BA400 est compatible avec l'ensemble des processeurs BAHA inscrits sur la LPPR : processeurs INTENSO, DIVINO, CORDELLE II, BP100 et BP110 Power. Ce pilier est compatible avec l'implant BI300. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 93333 : pilier 6 mm ; 93334 : pilier 8 mm ; 93335 : pilier 10 mm ; 93336 : pilier 12 mm.	65 571	65 571
3133517	**Prothèse ostéo-intégrée, COCHLEAR, BAHA, pilier concave BA210.** Pilier concave pour prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA, de la société Cochlear France SAS. Ce pilier n'est compatible qu'avec les implants (fixtures) du code 3109246. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 92132 : pilier 5,5 mm, 92133 : pilier 8,5 mm.	65 571	65 571
3157908	**Prothèse ostéo-intégrée, COCHLEAR, BAHA, pilier concave BA300 6 mm.** Pilier concave 6 mm pour prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA, de la société Cochlear France SAS. Ce pilier n'est compatible qu'avec les implants (fixtures) des codes 3173706 ou 3154689. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 92130 : pilier 6 mm.	65 571	65 571
3148683	**Prothèse ostéo-intégrée, COCHLEAR, BAHA, pilier concave BA300 9 mm.** Pilier concave 9 mm de deuxième intention pour prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA, de la société Cochlear France SAS. Le pilier 9 mm est quasi exclusivement mis en place en deuxième intention, en cas de croissance tissulaire entraînant un recouvrement du pilier. Ce pilier n'est compatible qu'avec les implants (fixtures) des codes 3173706 ou 3154689. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : 92131 : pilier 9 mm	65 571	65 571

3.2.6.2. Société PRODITION France (PRODITION)

La prise en charge de la prothèse auditive ostéo-intégrée PONTO est assurée pour :
- les surdités de transmission ou surdités mixtes pour lesquelles la chirurgie d'oreille moyenne ne peut être réalisée et l'appareillage traditionnel par voie aérienne ou osseuse est inefficace ou impossible (implantation unilatérale) ;
- les surdités neurosensorielles unilatérales sévères.

PONTO doit être prescrite et implantée par une équipe pluridisciplinaire (dans le cadre d'un réseau de soins) ayant bénéficié d'une formation spécifique pour son implantation et comprenant notamment :
- un ORL ;
- un audioprothésiste.

Cette équipe doit assurer l'ensemble des étapes de la prise en charge du patient à savoir :
- le bilan clinique et audiométrique pré-implantation ;
- l'essai préalable standardisé, lorsqu'il est possible avec prothèse en conduction aérienne et osseuse : l'essai doit permettre d'évaluer le bénéfice des différentes solutions prothétiques en situation de vie courante pendant trois semaines environ. A l'issue de cet essai, une évaluation du bénéfice objectif et subjectif doit être réalisée : audiométrie tonale et vocale dans le silence et dans le bruit (évaluation du gain et de la compréhension), questionnaire de qualité de vie, stéréo-audiométrie dans certaines situations ;
- la mise en place chirurgicale ;
- le réglage et le suivi des patients (aussi bien pour l'implant que pour le processeur).

La prothèse auditive ostéo-intégrée PONTO est composée d'un implant (ou fixture), d'un pilier et d'un processeur. Un bandeau ou serre-tête est nécessaire dans le cas où le patient ne peut être opéré (enfant trop jeune...).

Dans certaines indications, une chirurgie en deux temps est recommandée. Elle consiste à mettre en place l'implant pendant un premier temps chirurgical, puis un pilier lors d'un second, après ostéo-intégration de l'implant.

La maintenance (pièces et main-d'œuvre) ainsi que la réparation du processeur doivent être assurée pendant la période de garantie.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3146856	**Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO, implant 3,75 mm avec pilier.** Implant avec pilier pour prothèse auditive ostéo-intégrée PONTO, de la société Prodition France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : M50358 : implant, 4 mm, avec pilier 6 mm prémonté ; M50784 : implant, 3 mm, avec pilier 6 mm prémonté ; M50785 : implant, 4 mm, avec pilier 9 mm prémonté.	122 946	122 946
3154956	**Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO, implant large 4,5 mm avec pilier.** Références: – M51140: implant, 3 mm, avec pilier 6 mm prémonté; – M51136: implant, 4 mm, avec pilier 6 mm prémonté; – M51141: implant, 3 mm, avec pilier 9 mm prémonté; – M51137: implant, 4 mm, avec pilier 9 mm prémonté; – M51138: implant, 4 mm, avec pilier 12 mm prémonté.	122 946	122 946
3147755	**Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO, implant 3,75 mm** Implant pour prothèse auditive ostéo-intégrée PONTO, de la société Prodition France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : M50220 : implant, 4 mm ; M50319 : implant, 3 mm.	57 375	57 375
3115703	**Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO, implant large 4,5 mm.** Références: – M51142: implant large, 3 mm; – M51139: implant large, 4 mm.	57 375	57 375

3105857	**Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO, pilier 6 mm.** Pilier pour prothèse auditive ostéo-intégrée PONTO, de la société Prodition France. Pilier standard de 6 mm : il peut être prémonté sur l'implant (3 ou 4 mm) pour une chirurgie en un temps ou délivré seul pour une utilisation lors de la deuxième intervention d'une procédure chirurgicale en deux temps ou lors d'un changement de pilier. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : M50349 : pilier, 6 mm,	65 571	65 571
3195323	**Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO, pilier 9 mm.** Pilier pour prothèse auditive ostéo-intégrée PONTO, de la société Prodition France. Pilier de 9 mm : utilisé lorsque l'épaisseur de la peau du patient, même réduite chirurgicalement, ne permet pas l'adaptation du processeur vocal externe. Ce pilier est délivré seul ou prémonté sur un implant (uniquement de 4 mm). La prise en charge est assurée pour la référence suivante : M50318 : pilier, 9 mm.	65 571	65 571
3116944	**Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO, pilier 12 mm.** Références: – M51149.	65 571	65 571
3196222	**Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO, pilier angulaire 10°.** Pilier pour prothèse auditive ostéo-intégrée PONTO, de la société Prodition France. Pilier angulaire de 10° : délivré seul, cet élément est utilisé lorsque l'aide auditive externe rentre en contact avec la peau (ce qui peut engendrer un effet Larsen), pour éviter une reprise chirurgicale du lambeau cutané sur une peau saine. Ce pilier peut être mis en place secondairement si besoin. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : M50362 : pilier angulaire 10°.	65 571	65 571

3.2.7. Section 7. - Implants urogénitaux

3.2.7.1. Implant sphinctérien péri-urétral

3.2.7.1.1. Société AMERICAN MEDICAL SYSTEMS (AMS)

La prise en charge de l'implant sphinctérien périurétral est assurée pour les patients atteints d'incontinence urinaire sévère par insuffisance sphinctérienne :
- persistant plus de neuf mois après une prostatectomie ou une chirurgie de l'hypertrophie bénigne de prostate et après échec de la rééducation sphinctérienne ;
- chez la femme :
  .soit isolée ;
  .soit associée à une hypermobilité urétrale, non corrigée par les manœuvres cliniques de soutènement ni par une chirurgie de soutènement ;
- neurologique (spina-bifida, lésion médullaire traumatique ou dégénérative) ;
- par malformation congénitale.

Une formation spécifique à la technique est nécessaire aussi bien pour le chirurgien que pour le médecin rééducateur.
L'implantation d'AMS 800 est réservée à un urologue :
- justifiant d'un apprentissage de la technique ;

- expérimenté dans la prise en charge des troubles mictionnels ;
- en mesure de proposer la rééducation auprès d'un médecin rééducateur formé à la technique, ainsi que le suivi postimplantation du patient.

Chez l'enfant, l'implantation peut être envisagée à partir de sept ans ; avant la puberté, en première intention, la manchette doit être placée au niveau du col vésical.
La famille doit être prévenue du nombre non négligeable de reprises chirurgicales dues à la tolérance du produit et de son usure possible au fil du temps.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3121402	**Urogénital, implant sphinctérien, périurétral, AMS, AMS 800.** Implant sphinctérien périurétral hydraulique, AMS 800, système complet composé d'une manchette occlusive, d'un ballon régulateur de pression, d'une pompe de contrôle et d'un kit de connexion. La prise en charge de ce code est assurée uniquement en cas de première pose.	734 850	734 850
3153276	**Urogénital, AMS, kit de connexion, AMS 800.** La prise en charge de ce code n'est assurée qu'en cas de reprise.	30 474	30 474
3162298	**Urogénital, AMS, ballon de régulation de pression, AMS 800.** La prise en charge est assurée pour les plages de pression suivantes : 51 à 60 cm H20, 61 à 70 cm H20 et 71 à 80 cm H20. La prise en charge de ce code est assurée uniquement en cas de reprise.	138 987	138 987
3123387	**Urogénital, AMS, pompe de contrôle, AMS 800.** La prise en charge de ce code est assurée uniquement en cas de reprise.	452 564	452 564
3128723	**Urogénital, AMS, manchette occlusive, AMS 800.** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - pour les hommes : 3,5 cm, 4 cm, 4,5 cm, 5 cm, 5,5 cm et, sur demande, 6 cm ; - pour les femmes et les enfants : 3,5 cm, 4 cm, 4,5 cm, 5 cm, 5,5 cm, 6 cm, 6,5 cm, 7 cm, 7,5 cm, 8 cm, 9 cm, 10 cm et, sur demande, 11 cm. La prise en charge de ce code est assurée uniquement en cas de reprise.	112 826	112 826

3.2.7.2. Implants pour le traitement du reflux vésico-rénal

3.2.7.2.1. Laboratoires Coloplast

Indications :
La prise en charge est assurée pour le traitement du reflux vésico-rénal chez l'enfant avec pyélonéphrite récidivante sous antibioprophylaxie et le traitement du reflux vésico-rénal chez l'adulte.
Modalités de prescription et d'utilisation :
L'injection doit être réalisée par un urologue doté de matériel endoscopique pédiatrique adapté lors de l'utilisation chez l'enfant.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3116476	**Urogénital, macroplastique, COLOPLAST, volume _ 2 cm3, réf. NP 1500.** Implant urétéral de polydiméthylsiloxane macroplastique. Modèle et référence : NP 1500 (seringue de 1,5 ml). Pour un conditionnement d'un volume _ 2 cm3.	58 607	58 607
3148826	**Urogénital, macroplastique, COLOPLAST, volume _ 2 cm3, réf. NP 2500.** Implant urétéral de polydiméthylsiloxane macroplastique. Modèle et référence : NP 2500 (seringue de 2,5 ml). Pour un conditionnement d'un volume supérieur ou égal à 2 cm3.	92 504	92 504

3.2.7.2.2. Société OCEANA THERAPEUTICS Ltd (OCEANA)

Indications :
La prise en charge est assurée pour le traitement du reflux vésico-rénal chez l'enfant, avec pyélonéphrite récidivante sous antibioprophylaxie.
Modalités de prescription et d'utilisation :
L'injection doit être réalisée par un urologue doté de matériel endoscopique pédiatrique adapté.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3138390	**Implant urétéral de copolymère, OCEANA, DEFLUX, seringue de 1 ml.**	50 874	50 874

3.2.7.3. Implants péniens

3.2.7.3.1. Génériques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	la prise en charge n'est assurée que pour pallier un état pathologique avéré et après insuccès de tout autre traitement.		
3174580	**Urogénital, implant pénien expansible par un mécanisme hydraulique.**	390 543	390 543
3153299	**Urogénital, implant pénien semi rigide, intégrant une structure interne rigidifiable.**	64 733	64 733
3163599	**Urogénital, implant pénien semi rigide, intégrant une structure interne en silicone.**	158 423	158 423

3.2.7.3.2. Société AMS France SAS (AMS)

La prise en charge des implants péniens de la gamme AMS InhibiZone est assurée pour le traitement du dysfonctionnement érectile organique et chronique chez l'homme, pour pallier un état pathologique avéré et après insuccès de tout autre traitement.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3198221	**Urogénital, implant pénien + antibiotique, AMS, AMS 700 InhibiZone.** Description : Implant pénien gonflable avec traitement antibiotique de surface à base de rifampicine et minocycline constitué de 3 éléments reliés par des tubulures : - pompe et valve ; - réservoir rempli de sérum physiologique ; - paire de cylindres. Références prises en charge : CX, CXR et LGX. Dans les gammes CX, CXR et LGX, est ajouté le réservoir compact 100 ml AMS Conceal, à revêtement Parylène, avec InhibiZone, référence 720185-01.	390 543	390 543

3.2.7.4. Implant pour stérilisation tubaire

3.2.7.4.1. Société BAYER HealthCare SAS (BAYER)

Indications :
La prise en charge du dispositif ESSURE est assurée pour les femmes majeures en âge de procréer souhaitant une stérilisation tubaire permanente comme moyen de contraception définitive et irréversible.
Modalités de prescription et d'utilisation :
L'indication globale de stérilisation (ligature tubaire ou ESSURE) doit être posée après discussion entre la patiente et son chirurgien. Le choix de la technique doit prendre en compte l'âge de la femme, la parité, l'âge du dernier enfant, le nombre d'IVG le cas échéant, la contre-indication aux méthodes de contraception, la stabilité du couple et le moment de la demande (la période post-partum ou post-IVG n'est pas le meilleur moment).
ESSURE est destiné à la femme n'ayant plus de désir de maternité, ayant reçu un dossier d'information écrit et ayant observé un délai de réflexion de 4 mois, ayant donné un consentement écrit et éclairé, et utilisant une contraception efficace pendant 3 mois après la pose.
ESSURE doit être posé par un gynécologue obstétricien. Il doit avoir une bonne maîtrise de la pratique de l'hystéroscopie opératoire et de la pose de l'implant, justifiant d'un apprentissage auprès d'un praticien expérimenté (> 5 femmes) et d'une réalisation d'au moins 5 procédures par an.
La pose doit avoir lieu dans des conditions d'asepsie de bloc opératoire, dans un établissement de santé avec proximité d'un environnement chirurgical.
Précautions d'emploi :
- ne poser ESSURE qu'en cas de bonne visualisation des ostia lors de la procédure ;
- s'assurer de l'absence de toute infection gynécologique, notamment toute cervicite aiguë non traitée ;
- s'assurer de la bonne perméabilité tubaire devant un antécédent de salpingite ou d'une infertilité d'origine tubaire ;
- poser ESSURE pendant la première moitié du cycle après vérification d'une absence de grossesse par un test de grossesse ;
- éviter une pose concomitante à une prise régulière de corticostéroïdes ;
- contrôler par un abdomen sans préparation, au bout de 3 mois et avant l'arrêt de la contraception, le bon positionnement d'ESSURE (un abdomen sans préparation peut être réalisé après la pose d'ESSURE en cas de difficulté au moment de la pose) ;
- par mesure de précaution, ne pas utiliser chez les femmes avec une intolérance avérée au nickel.

Contre-indications :
- ne pas poser ESSURE suite à une naissance ou une interruption de grossesse datant de moins de 6 semaines ;
- incertitude quant au souhait d'interrompre sa fertilité ;
- grossesse avérée ou suspectée ;
- cervicites aiguës en cours ;
- saignements anormaux non explorés.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3159669	**Implant pour stérilisation tubaire, BAYER, ESSURE, boîte de 2 implants.** Référence prise en charge : ESS305 contenant 2 kits à usage unique, stériles (poignée de fonctionnement, un cathéter porteur et l'implant à l'extrémité) et 2 introducteurs avec valve anti-retour.	93 765	93 765

3.2.8. Section 8. - Implants de plastie endocanalaire dits “stent”

3.2.8.1. Implants pour plastie endocanalaire dits « stent »

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	La prise en charge est assurée dans la limite d'une unité au maximum, par voie excrétrice ou par conduit (œsophage, trachée, bronches, pylore, duodénum, côlon, rectum, voies biliaires, pancréatiques ou urinaires).		
3184093	**Implant pour plastie endocanalaire, expansible, métallique.** Système de pose compris. La prise en charge est assurée pour le traitement des affections digestives, urinaires ou bronchiques.	117 623	117 623
3118943	**Implant pour plastie endocanalaire, expansible, autre que métallique.** Implant expansible par ses propriétés élastiques, et déployable lors de la pose. Système de pose compris. La prise en charge est assurée pour le traitement des affections bronchiques.	46 559	46 559
3102385	**Implant pour plastie endocanalaire, non expansible, non élastique, non déployable.** (système de pose compris). La prise en charge est assurée pour le traitement des affections digestives ou urinaires.	13 968	13 968
3183998	**Implant plastie endocanalaire, digestive, non métallique.** Implant de plastie endocanalaire (stent), non expansible, non élastique, non déployable. INDICATION Utilisation dans le traitement des affections des voies biliaires et des voies pancréatiques.	13 968	13 968
3146572	**Implant plastie endocanalaire, digestive, métallique nu.**	117 623	117 623

	Implant de plastie endocanalaire (stent), expansible, métallique nu. INDICATION Utilisation dans le traitement de différents types d'affections digestives : œsophage, duodénum, pylore, voies biliaires, voies pancréatiques, côlon, rectum.		
3151403	**Implant plastie endocanalaire, digestive, métallique partiellement couvert.** Implant de plastie endocanalaire (stent), expansible, métallique partiellement couvert. INDICATION Utilisation dans le traitement de différents types d'affections digestives : œsophage, duodénum, pylore, voies biliaires, voies pancréatiques, côlon, rectum.	117 623	117 623
3192891	**Implant plastie endocanalaire, digestive, métallique couvert.** Implant de plastie endocanalaire (stent), expansible, métallique couvert. INDICATION Utilisation dans le traitement de différents types d'affections digestives : œsophage, duodénum, pylore, voies biliaires, voies pancréatiques, côlon, rectum.	117 623	117 623
3187068	**Implant plastie endocanalaire, urinaires, métallique nu.** Implant de plastie endocanalaire (stent), expansible, métallique nu. INDICATION Utilisation dans le traitement des affections urinaires.	117 623	117 623

3.2.9. Section 9. - Implants mammaires

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3124263	**Implant mammaire, rond, gel, lisse, GROUPE SEBBIN.** Il s'agit d'un implant de forme ronde, pré-rempli de gel de silicone, constitué d'une enveloppe lisse en élastomère de silicone. Un gabarit, constitué d'une enveloppe lisse, en élastomère de silicone peut être utilisé. INDICATIONS DE PRISE EN CHARGE : La prise en charge est accordée uniquement dans les reconstructions mammaires à l'exception des interventions à visée exclusivement esthétique. SPECIFICITES TECHNIQUES : L'implant doit respecter les exigences de la norme NF EN ISO 14607 relative aux implants mammaires. L'implant est soit gonflable rempli de sérum physiologique (valve), soit pré-rempli de gel de silicone de cohésivité différentes ou de sérum physiologique. REFERENCES PRISES EN CHARGE : -Implants souples, gel cohésif, Morpho-Aesthetic, Profil Bas, Enveloppe Lisse LS 52 - Implants souples, gel cohésif, Extra-Base, Profil Modéré, Enveloppe Lisse LS 56 - Implants souples, gel cohésif, Extra-Base, Profil Haut, Enveloppe Lisse LS 57 - Implants classiques, gel cohésif, Profil Modéré, Enveloppe Lisse LS 50	49 562	49 562

	- Implants classiques, gel cohésif, Profil Haut, Enveloppe Lisse LS 51 - Implants fermes, gel de haute cohésion, Profil Modéré, Enveloppe Lisse, LSC 54 - Implants fermes, gel de haute cohésion, Profil Haut, Enveloppe Lisse, LSC 55		
3186838	**Implant mammaire, rond, gel, texturé, GROUPE SEBBIN.** Il s'agit d'un implant de forme ronde, pré-rempli de gel de silicone, constitué d'une enveloppe texturée en élastomère de silicone. Un gabarit à enveloppe lisse, en élastomère de silicone peut être utilisé. INDICATIONS DE PRISE EN CHARGE : La prise en charge est accordée uniquement dans les reconstructions mammaires à l'exception des interventions à visée exclusivement esthétique. SPECIFICITES TECHNIQUES : L'implant doit respecter les exigences de la norme NF EN ISO 14607 relative aux implants mammaires. L'implant est soit gonflable rempli de sérum physiologique (valve), soit pré-rempli de gel de silicone de cohésivité différentes ou de sérum physiologique. REFERENCES PRISES EN CHARGE : -Implants souples, gel cohésif, Morpho-Aesthetic, Profil Bas, Enveloppe Texturée LS 94 nplants souples, gel cohésif, Extra-Base, Profil Modéré, Enveloppe Texturée LS 96 -Implants souples, gel cohésif, Extra-Base, Profil Haut, Enveloppe Texturée LS 95 -Implants classiques, gel cohésif, Profil Modéré, Enveloppe Texturée LS 90 -Implants classiques, gel cohésif, Profil Haut, Enveloppe Texturée LS 91 -Implants fermes, gel de haute cohésion, Profil Modéré, Enveloppe Texturée, Référence LSC 92 -Implants fermes, gel de haute cohésion, Profil Haut, Enveloppe Texturée, LSC 93 -Implants classiques, gel cohésif, Profil Semi-modéré, Enveloppe Micro-texturée, LS 74 -Implants classiques, gel cohésif, Profil Modéré, Enveloppe Micro-texturée, LS 70 -Implants classiques, gel cohésif, Profil Haut, Enveloppe Micro-texturée, LS 71 -Implants fermes, gel de haute cohésion, Profil Semi-modéré, Enveloppe Micro-texturée, LSC 76 -Implants fermes, gel de haute cohésion, Profil Modéré, Enveloppe Micro-texturée, LSC 72 -Implants fermes, gel de haute cohésion, Profil Haut, Enveloppe Micro-texturée, LSC 73 -Implants Integrity, gel de haute cohésion, Profil Low, Enveloppe Micro-texturée, LSM RL -Implants Integrity, gel de haute cohésion, Profil Semi moderate, Enveloppe Micro-texturée, LSM RS - Implants Integrity, gel de haute cohésion, Profil Moderate, Enveloppe Micro-texturée, LSM RM - Implants Integrity, gel de haute cohésion, Profil Full, Enveloppe Micro-texturée, LSM RF	49 562	49 562
3193057	**Implant mammaire.** La prise en charge est accordée uniquement dans les reconstructions mammaires à l'exception des interventions à visée exclusivement esthétique. Seuls sont pris en charge les implants comportant une enveloppe texturée répondant aux conditions de mise sur le marché prévues par la réglementation en vigueur.	44 109	44 109

3.2.10. Section 10. - Produit pour le comblement des lipoatrophies faciales iatrogènes

3.2.10.1. Société Sinclair Pharma France

La prise en charge est assurée pour la correction des lipoatrophies faciales chez les patients présentant une infection par le VIH sous traitement antirétroviral dans les conditions suivantes :
La prescription et l'utilisation de l'acide L-polylactique devront être faites par des médecins ayant l'expérience du comblement des dépressions cutanées faciales et de l'utilisation de l'acide L-polylactique dans cette indication ; c'est-à-dire par des :
- dermatologues ;
- chirurgiens plasticiens ;
- ou des médecins prenant en charge les patients atteints de l'infection par le VIH et formés pour l'injection de l'acide polylactique. Cette formation, réalisée par compagnonnage auprès d'un médecin expérimenté, intègre les rappels d'anatomie du visage, la gestion du produit et des déchets, les techniques d'injection et la gestion des événements indésirables.

Les injections seront réalisées à intervalles d'un mois, dans la limite de cinq injections par cure.
Le renouvellement des injections sera autorisé dans un délai de douze à dix-huit mois après la dernière injection.
Une évaluation objective (à l'appui de photographies avant et après traitement) et subjective doit être réalisée deux mois après les 5 premières injections et en l'absence de bénéfice après ces 5 injections, le traitement doit être interrompu.
La gestion des déchets devra être sécurisée.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3180630	**Produit de comblement, New-Fill, Sinclair Pharma France.** Produit de comblement biodégradable, acide L-polylactique, pour le comblement des lipoatrophies faciales iatrogènes, New-Fill, de la société Sanofi Aventis France, les 2 flacons en verre contenant chacun 367,5 mg de lyophilisat.	39 515	

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

3.3. Chapitre II. - Dispositifs médicaux implantables issus de dérivés, de tissus d'origine animale non viables ou en comportant (Nomenclature et tarifs)

Seuls sont pris en charge les dispositifs médicaux implantables issus de dérivés, de tissus d'origine animale non viables ou en comportant répondant aux "Conditions générales" du présent titre et aux critères suivants :
1°- Ils doivent être inscrits spécifiquement dans la nomenclature de la liste des produits et prestations remboursables.
2°- Ils doivent être inscrits sur la liste des dispositifs à potentiel élevé de risque publiée sur le site internet de l'ANSM. En l'absence d'inscription sur la liste susmentionnée, ils doivent avoir fait l'objet d'une validation de l'ANSM, sur demande de la Haute Autorité de santé.
Le prix de vente au public doit être conforme à la réglementation en vigueur.

3.3.1. Section 1. - Implants cardio-vasculaires

3.3.1.1. Sous-section 1: Bioprothèses valvulaires

3.3.1.1.1. Paragraphe 1: Bioprothèses valvulaires par voie transcutanée

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3261103	**Bioprothèse valvulaire, transcutanée, aortique, BOSTON, LOTUS EDGE.** La bioprothèse LOTUS EDGE se compose d'un stent radio-opaque auto expansible en Nitinol et d'une valve à 3 feuillets en péricarde bovin. La bioprothèse est dotée d'un joint nommé Adaptive Seal destiné à réduire les fuites paravalvulaires. Elle est montée sur un cathéter d'insertion en vue d'être implantée par voie rétrograde transfémorale sans retrait de la valve native par auto expansion. Le déploiement de la valve LOTUS EDGE est contrôlé avec une possibilité de retrait ou de repositionnement. 1) INDICATIONS La prise en charge est assurée pour: - Patients avec sténose aortique sévère symptomatique contre-indiqués à la chirurgie. L'indication du remplacement valvulaire aortique doit être posée et la contre-indication à la chirurgie évaluée lors d'une réunion multidisciplinaire en prenant en compte les scores de risque opératoire (Euroscore logistique ≥ 20 % ou STS ≥ 10 %) et les comorbidités. Cette réunion doit être assortie de la rédaction d'un compte rendu qui sera annexé au dossier médical du patient. - Patients avec sténose aortique sévère symptomatique à haut risque chirurgical caractérisé par un score STS compris entre 8 et 10 % et un risque de mortalité ou morbidité irréversible opératoire (jusqu'à 30 jours post-opératoires) > 15 %. L'indication du remplacement valvulaire aortique doit être évaluée lors d'une réunion multidisciplinaire en prenant en compte les comorbidités et les scores dédiées. Cette réunion doit être assortie de la rédaction d'un compte rendu qui sera annexé au dossier médical du patient. Il est rappelé la nécessité du respect de toutes les contre-indications figurant au marquage CE des dispositifs.	2 174 109	2 174 109

	Le refus de la chirurgie de remplacement valvulaire aortique ne constitue pas une indication à la technique de remplacement valvulaire aortique par voie transartérielle ou transapicale. Les patients ayant une espérance de vie inférieure à 1 an compte tenu de facteurs extracardiaques (comorbidités) ne sont pas éligibles à la technique (non indication). 2) MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION 2.1 Environnement technique: Les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque doivent être regroupés sur le même site et dans le même bâtiment, au cas où une conversion en urgence serait nécessaire. Quelle que soit la voie d'abord, en cas d'intervention en salle de cathétérisme cardiaque, la salle doit être conditionnée comme un bloc opératoire de chirurgie cardio-vasculaire en termes d'asepsie et un site d'anesthésie conforme à celui d'un bloc doit être disponible. En cas d'intervention en bloc opératoire, la qualité de l'imagerie doit être la plus proche possible de celle d'une salle de cathétérisme cardiaque. En fonction de l'existence ou non de complications, les patients sont orientés en unité de surveillance continue, en unité de soins intensifs cardiologiques ou en réanimation. 2.2 Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) L'indication du remplacement valvulaire aortique doit être évaluée lors d'une réunion de concertation multidisciplinaire (RCP) en prenant en compte les comorbidités et les scores dédiés. Cette RCP doit être assortie de la rédaction d'un compte rendu qui sera annexé au dossier médical du patient. La réunion de concertation pluridisciplinaire doit impliquer un chirurgien cardiaque, un cardiologue interventionnel, un cardiologue clinicien et un anesthésiste-réanimateur. L'obtention de l'avis d'un gériatre est très fortement recommandée. Cette position se fonde sur les données de la littérature et sur l'avis des experts consultés. 2.3 Composition des equips La composition de l'équipe durant l'intervention est relative à la voie d'abord. Pour la voie transfémorale, doivent être présents en salle d'intervention un anesthésiste-réanimateur formé à la chirurgie cardiaque, un infirmier anesthésiste et deux opérateurs qualifiés dont au moins un cardiologue interventionnel et en plus doivent être disponibles un cardiologue échographiste et un chirurgien cardio-vasculaire et thoracique ou un chirurgien vasculaire. 2.4 Bilan préopératoire Il est nécessaire de documenter correctement les items suivants (les examens à réaliser pour évaluer tous ces critères étant à adapter au cas par cas et devant respecter les recommandations en vigueur): - Taille de l'anneau et sa géométrie; - Nombre de cuspides aortiques et leur symétrie; - Géométrie sous-aortique; - Géométrie de la racine aortique (hauteur des ostia coronaires, profondeur des sinus de Valsalva); - Aorte ascendante: diamètre, calcifications, athérosclérose, débris aortiques, axes (si possible);		

	- Anatomie vasculaire: diamètres, tortuosités, thrombus, calcifications, athérosclérose, repères; - Anatomie coronaire; - Fonction myocardique et valvulaire avec si besoin évaluation de la réserve contractile. Ces évaluations s'accompagnent de la consultation spécialisée d'anesthésie au minimum 48 heures avant le geste (sauf urgence) et des examens classiques nécessaires au bilan pré-opératoire d'un remplacement valvulaire aortique chirurgical avec un bilan biologique et bactériologique. Une attention particulière doit être portée sur la prévention de toute insuffisance rénale post-procédurale. Le patient doit bénéficier d'une préparation adaptée en séparant dans le temps la procédure des examens pré-opératoires nécessitant l'utilisation de produits de contraste iodés. 2.5 Formation requise Tout opérateur d'un centre actuellement habilité ou amené à l'être doit: - Appartenir à un centre pratiquant plus de 200 remplacements valvulaires aortiques par an; - Avoir l'expérience de la valvuloplastie par ballonnet ou une expérience des techniques de mise en place des endoprothèses aortiques thoraciques couvertes ou des ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation) percutanées; - Avoir l'expérience du franchissement du rétrécissement aortique serré; - Avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique aux dispositifs implantés dans le centre ou dans un centre habilité, la connaissance nécessaire à cette activité et la maintenir; - Avoir une formation pratique par compagnonnage à la technique effectuée. 2.6 Volume d'activité Au minimum, réalisation de 2 actes d'implantation de bioprothèses valvulaires aortiques par voie artérielle transcutanée ou par voie transapicale par mois. 2.7 Modalités de suivi du patient Les patients doivent être suivis à 1 mois, 6 mois, 1 an puis une fois par an avec la réalisation d'un bilan biologique et d'une échocardiographie. Les suivis à 1 mois et 1 an doivent être réalisés dans le centre implanteur avec une évaluation cardiaque et gériatrique. 3) RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE - système de valve LOTUS EDGE, diamètre 23 mm, référence H749LVS230; - système de valve LOTUS EDGE, diamètre 25 mm, référence H749LVS250; - système de valve LOTUS EDGE, diamètre 27 mm, référence H749LVS270.		
3200509	**Bioprothèse valvulaire, transcutanée, aortique, BOSTON, LOTUS.** La bioprothèse LOTUS se compose d'un stent radio-opaque auto expansible en Nitinol et d'une valve à 3 feuillets en péricarde bovin. La bioprothèse est dotée d'un joint nommé Adaptive Seal destiné à réduire les fuites paravalvulaires. Elle est montée sur un cathéter d'insertion en vue d'être implantée par voie rétrograde transfémorale sans retrait de la valve native par auto expansion. Le déploiement de la valve LOTUS est contrôlé avec une possibilité de retrait ou de repositionnement. 1. INDICATIONS	2 174 109	2 174 109

	La prise en charge est assurée pour: Patients avec sténose aortique sévère symptomatique contre-indiqués à la chirurgie. L'indication du remplacement valvulaire aortique doit être posée et la contre-indication à la chirurgie évaluée lors d'une réunion multidisciplinaire en prenant en compte les scores de risque opératoire (Euroscore logistique ≥ 20% ou STS ≥ 10%) et les comorbidités. Cette réunion doit être assortie de la rédaction d'un compte rendu qui sera annexé au dossier médical du patient. Patients avec sténose aortique sévère symptomatique à haut risque chirurgical caractérisé par un score STS compris entre 8 et 10% et un risque de mortalité ou morbidité irréversible opératoire (jusqu'à 30 jours post-opératoires) > 15%. L'indication du remplacement valvulaire aortique doit être évaluée lors d'une réunion multidisciplinaire en prenant en compte les comorbidités et les scores dédiées. Cette réunion doit être assortie de la rédaction d'un compte rendu qui sera annexé au dossier médical du patient. Il est rappelé la nécessité du respect de toutes les contre-indications figurant au marquage CE des dispositifs. Le refus de la chirurgie de remplacement valvulaire aortique ne constitue pas une indication à la technique de remplacement valvulaire aortique par voie transartérielle ou transapicale. Les patients ayant une espérance de vie inférieure à 1 an compte tenu de facteurs extracardiaques (comorbidités) ne sont pas éligibles à la technique (non indication). 2. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION 2.1. Environnement technique: Les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque doivent être regroupés sur le même site et dans le même bâtiment, au cas où une conversion en urgence serait nécessaire. La salle hybride doit avoir les caractéristiques techniques qui permettraient de réaliser indifféremment des actes de chirurgie cardiaque ou de cardiologie interventionnelle (ECMO en salle, qualité d'imagerie optimale, caractéristiques d'un site d'anesthésie, traitement de l'air conforme à celui d'un bloc opératoire, condition de température). Quelle que soit la voie d'abord, en cas d'intervention en salle de cathétérisme cardiaque, la salle doit être conditionnée comme un bloc opératoire de chirurgie cardio-vasculaire en termes d'asepsie et un site d'anesthésie conforme à celui d'un bloc doit être disponible. En cas d'intervention en bloc opératoire, la qualité de l'imagerie doit être la plus proche possible de celle d'une salle de cathétérisme cardiaque. En fonction de l'existence ou non de complications, les patients sont orientés en unité de surveillance continue, en unité de soins intensifs cardiologiques ou en réanimation. 2.2. Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) L'indication du remplacement valvulaire aortique doit être évaluée lors d'une réunion de concertation multidisciplinaire (RCP) en prenant en compte les comorbidités et les scores dédiés. Cette RCP doit être assortie de la rédaction d'un compte rendu qui sera annexé au dossier médical du patient. La réunion de concertation pluridisciplinaire doit impliquer un chirurgien cardiaque, un cardiologue interventionnel, un cardiologue clinicien et un anesthésiste-réanimateur. L'obtention de l'avis d'un gériatre		

	est très fortement recommandée. Cette position se fonde sur les données de la littérature et sur l'avis des experts consultés. 2.3. Composition des equips La composition de l'équipe durant l'intervention est relative à la voie d'abord. Pour la voie transfémorale, doivent être présents en salle d'intervention un anesthésiste-réanimateur formé à la chirurgie cardiaque, un infirmier anesthésiste et deux opérateurs qualifiés dont au moins un cardiologue interventionnel et en plus doivent être disponibles un cardiologue échographiste et un chirurgien cardio-vasculaire et thoracique ou un chirurgien vasculaire. 2.4. Bilan préopératoire Il est nécessaire de documenter correctement les items suivants (les examens à réaliser pour évaluer tous ces critères étant à adapter au cas par cas et devant respecter les recommandations en vigueur): Taille de l'anneau et sa géométrie; Nombre de cuspides aortiques et leur symétrie; Géométrie sous-aortique; Géométrie de la racine aortique (hauteur des ostia coronaires, profondeur des sinus de Valsalva); Aorte ascendante: diamètre, calcifications, athérosclérose, débris aortiques, axes (si possible); Anatomie vasculaire: diamètres, tortuosités, thrombus, calcifications, athérosclérose, repères; Anatomie coronaire; Fonction myocardique et valvulaire avec si besoin évaluation de la réserve contractile. Ces évaluations s'accompagnent de la consultation spécialisée d'anesthésie au minimum 48 heures avant le geste (sauf urgence) et des examens classiques nécessaires au bilan pré-opératoire d'un remplacement valvulaire aortique chirurgical avec un bilan biologique et bactériologique. Une attention particulière doit être portée sur la prévention de toute insuffisance rénale post-procédurale. Le patient doit bénéficier d'une préparation adaptée en séparant dans le temps la procédure des examens pré-opératoires nécessitant l'utilisation de produits de contraste iodés. 2.5. Formation requise Tout opérateur d'un centre actuellement habilité ou amené à l'être doit: Appartenir à un centre pratiquant plus de 200 remplacements valvulaires aortiques par an; Avoir l'expérience de la valvuloplastie par ballonnet ou une expérience des techniques de mise en place des endoprothèses aortiques thoraciques couvertes ou des ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation) percutanées; Avoir l'expérience du franchissement du rétrécissement aortique serré; Avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique aux dispositifs implantés dans le centre ou dans un centre habilité, la connaissance nécessaire à cette activité et la maintenir; Avoir une formation pratique par compagnonnage à la technique effectuée. 2.6. Volume d'activité		

	Au minimum, réalisation de 2 actes d'implantation de bioprothèses valvulaires aortiques par voie artérielle transcutanée ou par voie transapicale par mois. 2.7. Modalités de suivi du patient Les patients doivent être suivis à 1 mois, 6 mois, 1 an puis une fois par an avec la réalisation d'un bilan biologique et d'une échocardiographie. Les suivis à 1 mois et 1 an doivent être réalisés dans le centre implanteur avec une évaluation cardiaque et gériatrique. 3. REFERENCES PRISES EN CHARGE - système de valve LOTUS, diamètre 23 mm, référence H749LTV230; - système de valve LOTUS, diamètre 25 mm, référence H749LTV250; - système de valve LOTUS, diamètre 27 mm, référence H749LTV270.		
3205292	**Bioprothèse valvulaire, transcutanée aortique, EDWARDS + SAPIEN XT + ASCENDRA est une valve pulmonaire d'origine bovine implantée par voie veineuse transcutanée avec le système d'implantation ENSEMBLE.** 1. Références prises en charges : 1.1.Système de 23 mm 9350AS223 regroupant : la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien XT 9300TFX de 23 mm et les ancillaires (ASCENDRA2) dont les références sont : - valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien XT 9300TFX (23 mm) ; - système de mise en place Ascendra 2 9350AS223 ; - ensemble de la gaine d'introduction Ascendra 2/Ascendra 9320IS24 (24 F) ; - cathéter à ballonnet pour valvuloplastie aortique Ascendra 9100BAVC (20 mm) ; - sertisseur 9350CR ; - dispositif de gonflage Atrion QL2530 96402 (25 ml). 1.2. Système de 26 mm 9350AS226 regroupant : la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien XT 9300TFX de 26 mm et les ancillaires (ASCENDRA2) dont les références sont : - valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien XT 9300TFX (26 mm) ; - système de mise en place Ascendra 2 9350AS26 ; - ensemble de la gaine d'introduction Ascendra 2/Ascendra 9320IS24 (24 F) ; - cathéter à ballonnet pour valvuloplastie aortique Ascendra 9100BAVC (20 mm) ; - sertisseur 9350CR ; - dispositif de gonflage atrion QL2530 96402 (25 ml). 1.3. Système de 29 mm 9350AS129 regroupant : la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien XT 9300TFX de 29 mm et les ancillaires (ASCENDRA) dont les références sont : - ensemble de la gaine d'introduction Ascendra 9100IS ; - cathéter à ballonnet Ascendra 9350BCL29 ; - cathéter à ballonnet pour valvuloplastie aortique Ascendra 9100BAVC (20 mm) ; - sertisseur 9350CR ; - dispositif de gonflage Atrion QL2530 96402 (25 ml) ;	2 614 370	2 614 370

	- dispositif de gonflage Atrion QL4015 96313 (40 ml). 2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge 2.1. Composition du plateau technique Les prérequis indispensables à l'implantation de valves pulmonaires par voie veineuse transcutanée ont été définis comme suit : - le centre médico-chirurgical doit regrouper sur le même site et dans le même bâtiment les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle congénitale et de chirurgie cardiaque congénitale dans le cas où une conversion en urgence est nécessaire ; - l'acte doit être réalisé dans une salle de cathétérisme conforme à un bloc opératoire en termes d'asepsie avec une salle de réveil à proximité ; - la nécessité d'une définition optimale d'images radiographiques pour la réalisation des procédures de cathétérisme et de contrôle radiologique ; - la possibilité de réaliser dans le centre une circulation extra-corporelle. D'autre part, l'accès à un capteur biplan est recommandé.		
	2.2. Composition de l'équipe pluridisciplinaire Pendant l'intervention, en salle de cathétérisme doivent être présents deux médecins justifiant d'une formation et d'une expérience dans la pratique d'actes interventionnels, sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie attestées selon les modalités précisées par la réglementation en vigueur et ayant l'expérience des cardiopathies congénitales ainsi qu'un anesthésiste réanimateur habitué à la chirurgie à cœur ouvert et à la prise en charge des patients ayant des cardiopathies congénitales. Dans le centre, doit également être présent un chirurgien cardiaque ayant l'expérience du traitement des cardiopathies congénitales. 2.3. Formation et expérience requises Pour prétendre à l'implantation d'une valve pulmonaire par voie veineuse transcutanée, les praticiens doivent : - avoir une formation de cathétérisme cardiaque interventionnel congénital ; - avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique aux dispositifs implantés dans le centre, la connaissance nécessaire à cette activité et la maintenir ; - avoir une formation pratique à la technique effectuée par compagnonnage. 2.4. Modalités de suivi du patient Les patients doivent être suivis à leur sortie de l'établissement et à un mois, six mois et un an après l'implantation puis une fois par an. A chaque visite, un examen clinique devra être effectué ainsi qu'une échocardiographie doppler transthoracique, une fluoroscopie et un électrocardiogramme. Une IRM sera effectuée à un an puis une fois par an. 2.5. Traitement antiagrégant plaquettaire Acide acétylsalicylique maintenu à dose antiagrégante pendant au moins six mois. 2.6. Attribution systématique d'une carte d'identification au patient		

	Une carte d'identification doit obligatoirement être remise au patient. Cette carte doit préciser la marque de la valve posée, l'origine biologique du matériau implanté, le numéro de série, la date d'implantation et le nom du patient. L'étiquette commerciale du produit devra également être apposée sur la carte d'identification.		
3241796	**Bioprothèse valvulaire, transcutanée, aortique, EDWARDS, SAPIEN XT+ ASCENDRA+ EDWARDS SAPIEN XT est une valve aortique d'origine bovine implantée par voie apicale transcutanée avec système d'implantation ASCENDRA+.** 1. Indication La prise en charge est assurée chez les patients contre-indiqués à la chirurgie ayant une sténose aortique sévère symptomatique. L'indication du remplacement valvulaire aortique doit être posée et la contre-indication à la chirurgie évaluée lors d'une réunion multidisciplinaire en prenant en compte les scores de risque opératoire (Euroscore logistique ? 20 % ou STS ? 10 %) et les comorbidités. Cette réunion doit être assortie de la rédaction d'un compte rendu qui sera annexé au dossier médical du patient. Il est rappelé la nécessité du respect de toutes les contre-indications figurant au marquage CE des dispositifs. Le refus de la chirurgie de remplacement valvulaire aortique ne constitue pas une indication à la technique de remplacement valvulaire aortique par voie transcutanée. Les patients ayant une espérance de vie inférieure à 1 an compte tenu de facteurs extracardiaques (comorbidités) ne sont pas éligibles à la technique (non indication). 2. Références prises en charge 2.1. Système de 23 mm 9355AS323 regroupant : la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien XT 9300TFX de 23 mm et les ancillaires (ASCENDRA+) dont les références sont : - système de mise en place Ascendra+ 9355AS23 ; - ensemble de la gaine d'introduction Ascendra+ 9350IS23 (24 F) ; - cathéter à ballonnet pour valvuloplastie aortique Ascendra 9100BAVC (20 mm); - sertisseur 9350CR ; - dispositif de gonflage Atrion QL2530 96402 ; - dispositif de seringue à embout verrouillable Atrion QL38 96406. 2.2. Système de 26 mm 9355AS326 regroupant : la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien XT 9300TFX de 26 mm et les ancillaires (ASCENDRA+) dont les références sont : - système de mise en place Ascendra+ 9355AS26 ; - ensemble de la gaine d'introduction Ascendra+ 9350IS26 (24 F) ; - cathéter à ballonnet pour valvuloplastie aortique Ascendra 9100BAVC (20 mm); - sertisseur 9350CR ; - dispositif de gonflage Atrion QL2530 96402 ; - dispositif de seringue à embout verouillable Atrion QL38 96406.	2 614 370	2 614 370

	2.3. Système de 29 mm 9355AS329 regroupant : la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien XT 9300TFX de 29 mm et les ancillaires (ASCENDRA+) dont les références sont : - système de mise en place Ascendra+ 9355AS29 ; - ensemble de la gaine d'introduction Ascendra+ 9350IS29 (26 F) ; - cathéter à ballonnet pour valvuloplastie aortique Ascendra 9100BAVC (20 mm); - sertisseur 9350CR ; - dispositif de gonflage Atrion QL2530 96402 ; - dispositif de seringue à embout verrouillable Atrion QL38 96406.		
	3. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge 3.1. Composition du plateau technique Les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque doivent être regroupés sur le même site et dans le même bâtiment, au cas où une conversion en urgence serait nécessaire. La salle hybride doit avoir les caractéristiques techniques qui permettraient de réaliser indifféremment des actes de chirurgie cardiaque ou de cardiologie interventionnelle (ECMO en salle, qualité d'imagerie optimale, caractéristiques d'un site d'anesthésie, traitement de l'air conforme à celui d'un bloc opératoire, condition de température). Quelle que soit la voie d'abord, en cas d'intervention en salle de cathétérisme cardiaque, la salle doit être conditionnée comme un bloc opératoire de chirurgie cardio-vasculaire en termes d'asepsie et un site d'anesthésie conforme à celui d'un bloc doit être disponible. En cas d'intervention en bloc opératoire, la qualité de l'imagerie doit être la plus proche possible de celle d'une salle de cathétérisme cardiaque. En fonction de l'existence ou non de complications, les patients sont orientés en unité de surveillance continue, en unité de soins intensifs cardiologiques ou en réanimation. 3.2. Composition de l'équipe pluridisciplinaire La sélection des patients éligibles à la procédure doit être réalisée lors d'une réunion multidisciplinaire impliquant un chirurgien cardiaque, un cardiologue interventionnel, un cardiologue clinicien et un anesthésiste-réanimateur. L'obtention de l'avis d'un gériatre est très fortement recommandée. Cette position se fonde sur les données de la littérature et sur l'avis des experts consultés. La composition de l'équipe durant l'intervention est relative à la voie d'abord. Seule est prise en charge la voie d'abord transapicale décrite ci-dessous. Voie transapicale : Doivent être présents en salle d'intervention un anesthésiste-réanimateur formé à la chirurgie cardiaque, un infirmier anesthésiste et deux opérateurs qualifiés dont au moins un chirurgien cardio-vasculaire et thoracique et en plus doivent être disponibles un cardiologue échographiste et un cardiologue interventionnel. 3.3. Bilan préopératoire		

	Il est nécessaire de documenter correctement les items suivants (les examens à réaliser pour évaluer tous ces critères étant à adapter au cas par cas et devant respecter les recommandations en vigueur) : -taille de l'anneau et sa géométrie ; - nombre de cuspides aortiques et leur symétrie ; - géométrie sous-aortique ; - géométrie de la racine aortique (hauteur des ostia coronaires, profondeur des sinus de Valsalva) ; - aorte ascendante : diamètre, calcifications, athérosclérose, débris aortiques, axes (si possible) ; - anatomie vasculaire : diamètres, tortuosités, thrombus, calcifications, athérosclérose, repères ; - anatomie coronaire ; - fonction myocardique et valvulaire avec si besoin évaluation de la réserve contractile. Ces évaluations s'accompagnent de la consultation spécialisée d'anesthésie au minimum 48 heures avant le geste (sauf urgence) et des examens classiques nécessaires au bilan préopératoire d'un remplacement valvulaire aortique chirurgical avec un bilan biologique et bactériologique. Une attention particulière doit être portée sur la prévention de toute insuffisance rénale post-procédurale. Le patient doit bénéficier d'une préparation adaptée en séparant dans le temps la procédure des examens préopératoires nécessitant l'utilisation de produits de contraste iodés.		
	3.4. Formation et expérience requises Tout opérateur d'un centre actuellement habilité ou amené à l'être doit : - appartenir à un centre pratiquant plus de 200 remplacements valvulaires aortiques par an ; - avoir l'expérience de la valvuloplastie par ballonnet ou une expérience des techniques de mise en place des endoprothèses aortiques thoraciques couvertes ou des ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation) percutanées ; - avoir l'expérience du franchissement du rétrécissement aortique serré ; - avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique aux dispositifs implantés dans le centre ou dans un centre habilité, - la connaissance nécessaire à cette activité et la maintenir ; - avoir une formation pratique par compagnonnage à la technique effectuée. 3.5. Volume d'activité Au minimum, réalisation de deux actes d'implantation de bioprothèses valvulaires aortiques par voie transartérielle ou par voie transapicale par mois. 3.6. Modalités de suivi du patient Les patients doivent être suivis à un mois, six mois, un an puis une fois par an avec la réalisation d'un bilan biologique et d'une échocardiographie. Les suivis à un mois et un an doivent être réalisés dans le centre implanteur avec une évaluation cardiaque et gériatrique.		
3239144	**Bioprothèse valvulaire, transcutanée, aortique, EDWARDS, SAPIEN XT + NOVAFLEX + EDWARDS SAPIEN XT est une valve aortique d'origine bovine implantée par voie aortique fémorale transcutanée avec système d'implantation NOVAFLEX +.**	2 614 370	2 614 370

	1. Indication. La prise en charge est assurée chez les patients contre-indiqués à la chirurgie ayant une sténose aortique sévère symptomatique. L'indication du remplacement valvulaire aortique doit être posée et la contre-indication à la chirurgie évaluée lors d'une réunion multidisciplinaire en prenant en compte les scores de risque opératoire (Euroscore logistique = 20 % ou STS = 10 %) et les comorbidités. Cette réunion doit être assortie de la rédaction d'un compte rendu qui sera annexé au dossier médical du patient. Il est rappelé la nécessité du respect de toutes les contre-indications figurant au marquage CE des dispotitifs. Le refus de la chirurgie de remplacement valvulaire aortique ne constitue pas une indication à la technique de remplacement valvulaire aortique par voie transcutanée. Les patients ayant une espérance de vie inférieure à 1 an compte tenu de facteurs extracardiaques (comorbidités) ne sont pas éligibles à la technique (non indication). 2. Références prises en charge. 2.1. Système de 23 mm 9355NF23 regroupant : la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien XT 9300TFX de 23 mm et les ancillaires (Novaflex+) dont les références sont : - système de mise en place Novaflex+ (qui comprend l'accessoire de sertissage Qualcrimp, 9300QC et butée de sertissage en 2 pièces) 9355 FS23 - ensemble de la gaine d'introduction extensible Edwards 916ES23 ; - kit de dilatateurs Retroflex 9100DKS ; - cathéter à ballonnet transfémoral Edwards 9350BC20 ; - sertisseur 9350CR ; - dispositif de gonflage Atrion QL 2530 96402. 2.2. Système de 26 mm 9355NF26 regroupant : la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien XT 9300TFX de 26 mm et les ancillaires (Novaflex+) dont les références sont : - système de mise en place Novaflex+ (qui comprend l'accessoire de sertissage Qualcrimp, 9300QC et butée de sertissage en 2 pièces) 9355 FS26 - ensemble de la gaine d'introduction extensible Edwards 918ES26 ; - kit de dilatateurs Retroflex 9100DKS ; - cathéter à ballonnet transfémoral Edwards 9350BC23 ; - sertisseur 9350CR ; - dispositif de gonflage Atrion QL 2530 96402. 2.3. Système de 29 mm regroupant : la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien XT 9300TFX de 29 mm et les ancillaires (Novaflex+) dont les références sont : - système de mise en place Novaflex+ (qui comprend l'accessoire de sertissage Qualcrimp, 9300QC et butée de sertissage en 2 pièces) 9355 FS29 ; - ensemble de la gaine d'introduction extensible Edwards 920ES29 ; - kit de dilatateurs Retroflex 9100DKS ; - cathéter à ballonnet transfémoral Edwards 9350BC25 ;		

	- sertisseur 9350CR ; - dispositif de gonflage Atrion QL 38 96406.		
	3. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge. 3.1. Composition du plateau technique. Les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque doivent être regroupés sur le même site et dans le même bâtiment, au cas où une conversion en urgence serait nécessaire. La salle hybride doit avoir les caractéristiques techniques qui permettraient de réaliser indifféremment des actes de chirurgie cardiaque ou de cardiologie interventionnelle (ECMO en salle, qualité d'imagerie optimale, caractéristiques d'un site d'anesthésie, traitement de l'air conforme à celui d'un bloc opératoire, condition de température). Quelle que soit la voie d'abord, en cas d'intervention en salle de cathétérisme cardiaque, la salle doit être conditionnée comme un bloc opératoire de chirurgie cardio-vasculaire en termes d'asepsie et un site d'anesthésie conforme à celui d'un bloc doit être disponible. En cas d'intervention en bloc opératoire, la qualité de l'imagerie doit être la plus proche possible de celle d'une salle de cathétérisme cardiaque. En fonction de l'existence ou non de complications, les patients sont orientés en unité de surveillance continue, en unité de soins intensifs cardiologiques ou en réanimation. 3.2. Composition de l'équipe pluridisciplinaire. La sélection des patients éligibles à la procédure doit être réalisée lors d'une réunion multidisciplinaire impliquant un chirurgien cardiaque, un cardiologue interventionnel, un cardiologue clinicien et un anesthésiste-réanimateur. L'obtention de l'avis d'un gériatre est très fortement recommandée. Cette position se fonde sur les données de la littérature et sur l'avis des experts consultés. La composition de l'équipe durant l'intervention est relative à la voie d'abord. Seule est prise en charge la voie d'abord transfémorale décrite ci-dessous. Voie transfémorale : Doivent être présents en salle d'intervention un anesthésiste-réanimateur formé à la chirurgie cardiaque, un infirmier anesthésiste et deux opérateurs qualifiés dont au moins un cardiologue interventionnel et en plus doivent être disponibles un cardiologue échographiste et un chirurgien cardio-vasculaire et thoracique ou un chirurgien vasculaire. 3.3. Bilan préopératoire. Il est nécessaire de documenter correctement les items suivants (les examens à réaliser pour évaluer tous ces critères étant à adapter au cas par cas et devant respecter les recommandations en vigueur) : - Taille de l'anneau et sa géométrie ; - Nombre de cuspides aortiques et leur symétrie ; - Géométrie sous-aortique ; - Géométrie de la racine aortique (hauteur des ostia coronaires, profondeur des sinus de Valsalva) ;		

	- Aorte ascendante : diamètre, calcifications, athérosclérose, débris aortiques, axes (si possible) ; - Anatomie vasculaire : diamètres, tortuosités, thrombus, calcifications, athérosclérose, repères ; - Anatomie coronaire ; - Fonction myocardique et valvulaire avec si besoin évaluation de la réserve contractile. Ces évaluations s'accompagnent de la consultation spécialisée d'anesthésie au minimum 48 heures avant le geste (sauf urgence) et des examens classiques nécessaires au bilan préopératoire d'un remplacement valvulaire aortique chirurgical avec un bilan biologique et bactériologique. Une attention particulière doit être portée sur la prévention de toute insuffisance rénale post- procédurale. Le patient doit bénéficier d'une préparation adaptée en séparant dans le temps la procédure des examens pré-opératoires nécessitant l'utilisation de produits de contraste		
	iodés. 3.4. Formation et expérience requises. Tout opérateur d'un centre actuellement habilité ou amené à l'être doit : Appartenir à un centre pratiquant plus de 200 remplacements valvulaires aortiques par an ; - Avoir l'expérience de la valvuloplastie par ballonnet ou une expérience des techniques de mise en place des endoprothèses aortiques thoraciques couvertes ou des ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation) percutanées ; - Avoir l'expérience du franchissement du rétrécissement aortique serré ; - Avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique aux dispositifs implantés dans le centre ou dans un centre habilité, la connaissance nécessaire à cette activité et la maintenir ; - Avoir une formation pratique par compagnonnage à la technique effectuée. 3.5. Volume d'activité. Au minimum, réalisation de 2 actes d'implantation de bioprothèses valvulaires aortiques par voie transartérielle ou par voie transapicale par mois. 3.6. Modalités de suivi du patient. Les patients doivent être suivis à 1 mois, 6 mois, 1 an puis une fois par an avec la réalisation d'un bilan biologique et d'une échocardiographie. Les suivis à 1 mois et 1 an doivent être réalisés dans le centre implanteur avec une évaluation cardiaque et gériatrique.		
3239865	**Bioprothèse valvulaire, transcutanée, aortique, EDWARDS SAPIEN 3 + CERTITUDE.** EDWARDS SAPIEN 3 est une valve aortique d'origine bovine implantée par voie transapicale avec cathéter de pose CERTITUDE. 1- Indication : La prise en charge est assurée chez les patients contre-indiqués à la chirurgie ayant une sténose aortique sévère symptomatique. L'indication du remplacement valvulaire aortique doit être posée et la contre-indication à la chirurgie évaluée lors d'une réunion multidisciplinaire en prenant en compte les scores de risque opératoire (Euroscore logistique	2 614 370	2 614 370

	≥ 20% ou STS ≥ 10%) et les comorbidités. Cette réunion doit être assortie de la rédaction d'un compte rendu qui sera annexé au dossier médical du patient. Il est rappelé la nécessité du respect de toutes les contre-indications figurant au marquage CE des dispositifs. Le refus de la chirurgie de remplacement valvulaire aortique ne constitue pas une indication à la technique de remplacement valvulaire aortique par voie transcutanée. Les patients ayant une espérance de vie inférieure à 1 an compte tenu de facteurs extracardiaques (comorbidités) ne sont pas éligibles à la technique (non indication). 2. Références prises en charge : 2.1. Système de 23 mm S3FTA123 regroupant : la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien 39600TFX de 23 mm et les ancillaires (CERTITUDE) dont les références sont: - valve cardiaque transcathéter Edwards SAPIEN 39600TFX (23 mm); - système de mise en place CERTITUDE 9620TA23; - ensemble de la gaine d'introduction Edwards CERTITUDE 9620IS18 (18Fr); - cathéter à ballonnet pour valvuloplastie aortique 9100BAVC (20 mm); - sertisseur 9600CR; - dispositif de gonflage 96402 (2 unités). 2.2. Système de 26 mm S3FTA126 regroupant : la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien XT 9600TFX de 26 mm et les ancillaires (CERTITUDE) dont les références sont : - valve cardiaque transcathéter Edwards SAPIEN 39600TFX (26 mm); - système de mise en place CERTITUDE 9620TA26; - ensemble de la gaine d'introduction Edwards CERTITUDE 9620IS18 (18Fr); - cathéter à ballonnet pour valvuloplastie aortique 9100BAVC (20 mm); - sertisseur 9600CR; - dispositif de gonflage 96402 (2 unités). 2.3. Système de 29 mm S3FTA129 regroupant: la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien 39600TFX de 29 mm et les ancillaires (CERTITUDE) dont les références sont : - valve cardiaque transcathéter Edwards SAPIEN 39600TFX (29 mm); - système de mise en place CERTITUDE 9620TA29 - ensemble de la gaine d'introduction Edwards CERTITUDE 9620IS21 (21Fr); - cathéter à ballonnet pour valvuloplastie aortique 9100BAVC (20 mm); - sertisseur 9600CR; - dispositif de gonflage 96406 (2 unités).		
	3. Conditions de prescription ety d'utilisation pour la prise en charge : 3.1. Composition du plateau technique : Les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque doivent être regroupés sur le même site et dans le même bâtiment, au cas où une conversion en urgence serait nécessaire.		

	La salle hybride doit avoir les caractéristiques techniques qui permettraient de réaliser indifféremment des actes de chirurgie cardiaque ou de cardiologie interventionnelle (ECMO en salle, qualité d'imagerie optimale, caractéristiques d'un site d'anesthésie, traitement de l'air conforme à celui d'un bloc opératoire, condition de température). Quelle que soit la voie d'abord, en cas d'intervention en salle de cathétérisme cardiaque, la salle doit être conditionnée comme un bloc opératoire de chirurgie cardio-vasculaire en termes d'asepsie et un site d'anesthésie conforme à celui d'un bloc doit être disponible. En cas d'intervention en bloc opératoire, la qualité de l'imagerie doit être la plus proche possible de celle d'une salle de cathétérisme cardiaque. En fonction de l'existence ou non de complications, les patients sont orientés en unité de surveillance continue, en unité de soins intensifs cardiologiques ou en réanimation. 3.2. Composition de l'équipe pluridisciplinaire : La sélection des patients éligibles à la procédure doit être réalisée lors d'une réunion multidisciplinaire impliquant un chirurgien cardiaque, un cardiologue interventionnel, un cardiologue clinicien et un anesthésiste-réanimateur. L'obtention de l'avis d'un gériatre est très fortement recommandée. Cette position se fonde sur les données de la littérature et sur l'avis des experts consultés. La composition de l'équipe durant l'intervention est relative à la voie d'abord. Seule est prise en charge la voie d'abord transapicale décrite ci-dessous : – voie transapicale. Doivent être présents en salle d'intervention un anesthésiste-réanimateur formé à la chirurgie cardiaque, un infirmier anesthésiste et deux opérateurs qualifiés, dont au moins un chirurgien cardio-vasculaire et thoracique, et en plus doivent être disponibles un cardiologue échographiste et un cardiologue interventionnel. 3.3. Bilan préopératoire : Il est nécessaire de documenter correctement les items suivants (les examens à réaliser pour évaluer tous ces critères étant à adapter au cas par cas et devant respecter les recommandations en vigueur) : - taille de l'anneau et sa géométrie; - nombre de cuspides aortiques et leur symétrie; - géométrie sous-aortique; - géométrie de la racine aortique (hauteur des ostia coronaires , profondeur des sinus de Valsalva); - aorte ascendante: diamètre, calcifications, athérosclérose, débris aortiques, axes (si possible); - anatomie vasculaire: diamètres, tortuosités, thrombus, calcifications, athérosclérose, repères; - anatomie coronaire; - fonction myocardique et valvulaire avec si besoin évaluation de la réserve contractile. Ces évaluations s'accompagnent de la consultation spécialisée d'anesthésie au minimum 48 heures avant le geste (sauf urgence) et des examens classiques nécessaires au bilan préopératoire d'un remplacement valvulaire aortique chirurgical avec un bilan biologique et bactériologique.		

	Une attention particulière doit être portée sur la prévention de toute insuffisance rénale post-procédurale. Le patient doit bénéficier d'une préparation adaptée en séparant dans le temps la procédure des examens préopératoires nécessitant l'utilisation de produits de contraste iodés. 3.4. Formation et expérience requises : Tout opérateur d'un centre actuellement habilité ou amené à l'être doit : - appartenir à un centre pratiquant plus de 200 remplacements valvulaires aortiques par an; - avoir l'expérience de la valvuloplastie par ballonnet ou une expérience des techniques de mise en place des endoprothèses aortiques thoraciques couvertes ou des ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation) percutanées; - avoir l'expérience du franchissement du rétrécissement aortique serré; - avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique aux dispositifs implantés dans le centre ou dans un centre habilité, la connaissance nécessaire à cette activité et la maintenir; - avoir une formation pratique par compagnonnage à la technique effectuée. 3.5. Volume d'activité : Au minimum, réalisation de deux actes d'implantation de bioprothèses valvulaires aortiques par voie transartérielle ou par voie transapicale par mois. 3.6. Modalités de suivi du patient: Les patients doivent être suivis à 1 mois, 6 mois, 1 an, puis une fois par an avec la réalisation d'un bilan biologique et d'une échocardiographie. Les suivis à 1 mois et 1 an doivent être réalisés dans le centre implanteur avec une évaluation cardiaque et gériatrique.		
3299070	**Bioprothèse valvulaire, transcutanée, aortique, EDWARDS SAPIEN 3 + COMMANDER.** EDWARDS SAPIEN 3 est une valve aortique d'origine bovine implantée par voie aortique fémorale transcutanée avec cathéter de pose COMMANDER. 1. Indication : La prise en charge est assurée chez les patients contre-indiqués à la chirurgie ayant une sténose aortique sévère symptomatique. L'indication du remplacement valvulaire aortique doit être posée et la contre-indication à la chirurgie évaluée lors d'une réunion multidisciplinaire en prenant en compte les scores de risque opératoire (Euroscore logistique ≥ 20% ou STS ≥ 10%) et les comorbidités. Cette réunion doit être assortie de la rédaction d'un compte rendu qui sera annexé au dossier médical du patient. Il est rappelé la nécessité du respect de toutes les contre-indications figurant au marquage CE des dispositifs. Le refus de la chirurgie de remplacement valvulaire aortique ne constitue pas une indication à la technique de remplacement valvulaire aortique par voie transcutanée. Les patients ayant une espérance de vie inférieure à 1 an compte tenu de facteurs extracardiaques (comorbidités) ne sont pas éligibles à la technique (non-indication). 2. Références prises en charge : 2.1. Système de 23 mm S3FTF123 regroupant : la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien 39600TFX de 23 mm et les ancillaires (COMMANDER) dont les références sont :	2 614 370	2 614 370

	- valve cardiaque transcathéter Edwards SAPIEN 39600TFX (23 mm); - système de mise en place COMMANDER 9610TF23; - ensemble de la gaine d'introduction eSheath 9610ES14 (14Fr); - cathéter à ballonnet transfémoral 9350BC20; - sertisseur 9600CR; - dispositif de gonflage 96402 (2 unités).		
	2.2. Système de 26 mm S3FTF126 regroupant : la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien XT 9600TFX de 26 mm et les ancillaires (COMMANDER) dont les références sont: - valve cardiaque transcathéter Edwards SAPIEN 39600TFX (26 mm); - système de mise en place COMMANDER 9610TF26; - ensemble de la gaine d'introduction eSheath 9610ES14 (14Fr); - cathéter à ballonnet transfémoral 9350BC23; - sertisseur 9600CR; - dispositif de gonflage 96402 (2 unités). 2.3. Système de 29 mm S3FTF129 regroupant : la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien 39600TFX de 29 mm et les ancillaires (COMMANDER) dont les références sont : - valve cardiaque transcathéter Edwards SAPIEN 39600TFX (29 mm); - système de mise en place COMMANDER 9610TF29; - ensemble de la gaine d'introduction eSheath 9610ES16 (16Fr); - cathéter à ballonnet transfémoral 9350BC25; - sertisseur 9600CR; - dispositif de gonflage 96406 (2 unités). 3. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge : 3.1. Composition du plateau technique : Les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque doivent être regroupés sur le même site et dans le même bâtiment, au cas où une conversion en urgence serait nécessaire. La salle hybride doit avoir les caractéristiques techniques qui permettraient de réaliser indifféremment des actes de chirurgie cardiaque ou de cardiologie interventionnelle (ECMO en salle, qualité d'imagerie optimale, caractéristiques d'un site d'anesthésie, traitement de l'air conforme à celui d'un bloc opératoire, condition de température). Quelle que soit la voie d'abord, en cas d'intervention en salle de cathétérisme cardiaque, la salle doit être conditionnée comme un bloc opératoire de chirurgie cardio-vasculaire en termes d'asepsie et un site d'anesthésie conforme à celui d'un bloc doit être disponible. En cas d'intervention en bloc opératoire, la qualité de l'imagerie doit être la plus proche possible de celle d'une salle de cathétérisme cardiaque.		

	En fonction de l'existence ou non de complications, les patients sont orientés en unité de surveillance continue, en unité de soins intensifs cardiologiques ou en réanimation. 3.2. Composition de l'équipe pluridisciplinaire : La sélection des patients éligibles à la procédure doit être réalisée lors d'une réunion multidisciplinaire impliquant un chirurgien cardiaque, un cardiologue interventionnel, un cardiologue clinicien et un anesthésiste-réanimateur. L'obtention de l'avis d'un gériatre est très fortement recommandée. Cette position se fonde sur les données de la littérature et sur l'avis des experts consultés. La composition de l'équipe durant l'intervention est relative à la voie d'abord. Seule est prise en charge la voie d'abord transfémorale décrite ci-dessous : - voie transfémorale. Doivent être présents en salle d'intervention un anesthésiste-réanimateur formé à la chirurgie cardiaque, un infirmier anesthésiste et deux opérateurs qualifiés, dont au moins un cardiologue interventionnel, et en plus doivent être disponibles un cardiologue échographiste et un chirurgien cardio-vasculaire et thoracique ou un chirurgien vasculaire.		
	3.3. Bilan préopératoire : Il est nécessaire de documenter correctement les items suivants (les examens à réaliser pour évaluer tous ces critères étant à adapter au cas par cas et devant respecter les recommandations en vigueur) : - taille de l'anneau et sa géométrie; - nombre de cuspides aortiques et leur symétrie; - géométrie sous-aortique; - géométrie de la racine aortique (hauteur des ostia coronaires, profondeur des sinus de Valsalva); - aorte ascendante: diamètre, calcifications, athérosclérose, débris aortiques, axes (si possible); - anatomie vasculaire: diamètres, tortuosités, thrombus, calcifications, athérosclérose, repères; - anatomie coronaire; - fonction myocardique et valvulaire avec si besoin évaluation de la réserve contractile. Ces évaluations s'accompagnent de la consultation spécialisée d'anesthésie au minimum 48 heures avant le geste (sauf urgence) et des examens classiques nécessaires au bilan préopératoire d'un remplacement valvulaire aortique chirurgical avec un bilan biologique et bactériologique. Une attention particulière doit être portée sur la prévention de toute insuffisance rénale post-procédurale. Le patient doit bénéficier d'une préparation adaptée en séparant dans le temps la procédure des examens préopératoires nécessitant l'utilisation de produits de contraste iodés. 3.4. Formation et expérience requises : Tout opérateur d'un centre actuellement habilité ou amené à l'être doit: - appartenir à un centre pratiquant plus de 200 remplacements valvulaires aortiques par an; - avoir l'expérience de la valvuloplastie par ballonnet ou une expérience des techniques de mise en place des endoprothèses aortiques thoraciques couvertes ou des ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation) percutanées;		

	- avoir l'expérience du franchissement du rétrécissement aortique serré; - avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique aux dispositifs implantés dans le centre ou dans un centre habilité, la connaissance nécessaire à cette activité et la maintenir; - avoir une formation pratique par compagnonnage à la technique effectuée. 3.5. Volume d'activité : Au minimum, réalisation de deux actes d'implantation de bioprothèses valvulaires aortiques par voie transartérielle ou par voie transapicale par mois. 3.6. Modalités de suivi du patient : Les patients doivent être suivis à 1 mois, 6 mois, 1 an, puis une fois par an avec la réalisation d'un bilan biologique et d'une échocardiographie. Les suivis à 1 mois et 1 an doivent être réalisés dans le centre implanteur avec une évaluation cardiaque et gériatrique.		
3279860	**Bioprothèse valvulaire, transcutanée, MEDTRONIC, COREVALVE EVOLUT PRO.** Bioprothèse valvulaire aortique implantée par voie artérielle transcutanée COREVALVE EVOLUT PRO avec système de pose ENVEOR ou système ENVEO-PRO de la société MEDTRONIC France SAS. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Patient contre-indiqué à la chirurgie avec : - sténose aortique sévère symptomatique (surface valvulaire aortique indexée < 0,5 cm2/m2) ; - sténose et/ou insuffisance aortique par dégénérescence d'une bioprothèse valvulaire aortique préalablement implantée. La contre-indication est caractérisée par un Euroscore logistique ≥ 20% ou un score STS ≥ 10%. Patient avec sténose aortique sévère symptomatique (surface valvulaire aortique indexée < 0,5 cm2/m2) à haut risque chirurgical. Le haut risque chirurgical est caractérisé par un score STS compris entre 8 et 10% et un risque de mortalité ou morbidité irréversible opératoire (jusqu'à 30 jours post-opératoires) > 15%. Il est rappelé la nécessité du respect de toutes les contre-indications figurant au marquage CE des dispositifs. Le refus de la chirurgie de remplacement valvulaire aortique ne constitue pas une indication à la technique de remplacement valvulaire aortique par voie artérielle transcutanée et transapicale. Les patients ayant une espérance de vie inférieure à 1 an compte tenu de facteurs extracardiaques (comorbidités) ne sont pas éligibles à la technique (non indication). REFERENCES PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour les références : - de bioprothèses valvulaires EVOLUTPRO-23, EVOLUTPRO-26, EVOLUTPRO-29 ; - du cathéter de pose ENVEOR-N ; - du cathéter de pose ENVPRO-16 ; - du système de compression et de chargement : LS-MDT2-23 et LS-MDT2-2629 ; - du système de chargement ENVEO PRO LS : références L-ENVPRO-1623 et L-ENVPRO-16 MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION	2 174 109	2 174 109

	Environnement technique : Les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque doivent être regroupés sur le même site et dans le même bâtiment, au cas où une conversion en urgence serait nécessaire. La salle hybride doit avoir les caractéristiques techniques qui permettraient de réaliser indifféremment des actes de chirurgie cardiaque ou de cardiologie interventionnelle (ECMO en salle, qualité d'imagerie optimale, caractéristiques d'un site d'anesthésie, traitement de l'air conforme à celui d'un bloc opératoire, condition de température). Quelle que soit la voie d'abord, en cas d'intervention en salle de cathétérisme cardiaque, la salle doit être conditionnée comme un bloc opératoire de chirurgie cardio-vasculaire en termes d'asepsie et un site d'anesthésie conforme à celui d'un bloc doit être disponible. En cas d'intervention en bloc opératoire, la qualité de l'imagerie doit être la plus proche possible de celle d'une salle de cathétérisme cardiaque. En fonction de l'existence ou non de complications, les patients sont orientés en unité de surveillance continue, en unité de soins intensifs cardiologiques ou en réanimation. Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) L'indication du remplacement valvulaire aortique doit être évaluée lors d'une réunion de concertation multidisciplinaire (RCP) en prenant en compte les comorbidités et les scores dédiés. Cette RCP doit être assortie de la rédaction d'un compte rendu qui sera annexé au dossier médical du patient. La réunion de concertation pluridisciplinaire doit impliquer un chirurgien cardiaque, un cardiologue interventionnel, un cardiologue clinicien et un anesthésiste-réanimateur. L'obtention de l'avis d'un gériatre est très fortement recommandée. Cette position se fonde sur les données de la littérature et sur l'avis des experts consultés. Composition des équipes : La composition de l'équipe durant l'intervention est relative à la voie d'abord : - Voie Transfémorale Doivent être présents en salle d'intervention un anesthésiste-réanimateur formé à la chirurgie cardiaque, un infirmier anesthésiste et deux opérateurs qualifiés dont au moins un cardiologue interventionnel et en plus doivent être disponibles un cardiologue échographiste et un chirurgien cardio-vasculaire et thoracique ou un chirurgien vasculaire. - Voie Sous-clavière Doivent être présents en salle d'intervention un anesthésiste-réanimateur formé à la chirurgie cardiaque, un infirmier anesthésiste et deux opérateurs qualifiés dont au moins un chirurgien cardio-vasculaire et thoracique ou un chirurgien vasculaire et en plus doivent être disponibles un cardiologue échographiste et un cardiologue interventionnel. En l'état actuel des connaissances, la voie aortique directe ne peut être recommandée Bilan préopératoire :		

	Il est nécessaire de documenter correctement les items suivants (les examens à réaliser pour évaluer tous ces critères étant à adapter au cas par cas et devant respecter les recommandations en vigueur) : - Taille de l'anneau et sa géométrie ; - Nombre de cuspides aortiques et leur symétrie ; - Géométrie sous-aortique ; - Géométrie de la racine aortique (hauteur des ostia coronaires, profondeur des sinus de Valsalva) ; - Aorte ascendante : diamètre, calcifications, athérosclérose, débris aortiques, axes (si possible) ; - Anatomie vasculaire : diamètres, tortuosités, thrombus, calcifications, athérosclérose, repères ; - Anatomie coronaire ; - Fonction myocardique et valvulaire avec si besoin évaluation de la réserve contractile. Ces évaluations s'accompagnent de la consultation spécialisée d'anesthésie au minimum 48 heures avant le geste (sauf urgence) et des examens classiques nécessaires au bilan pré-opératoire d'un remplacement valvulaire aortique chirurgical avec un bilan biologique et bactériologique. Une attention particulière doit être portée sur la prévention de toute insuffisance rénale post-procédurale. Le patient doit bénéficier d'une préparation adaptée en séparant dans le temps la procédure des examens pré-opératoires nécessitant l'utilisation de produits de contraste iodés. Formation requise : Tout opérateur d'un centre actuellement habilité ou amené à l'être doit : - Appartenir à un centre pratiquant plus de 200 remplacements valvulaires aortiques par an ; - Avoir l'expérience de la valvuloplastie par ballonnet ou une expérience des techniques de mise en place des endoprothèses aortiques thoraciques couvertes ou des ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation) percutanées ; - Avoir l'expérience du franchissement du rétrécissement aortique serré ; - Avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique aux dispositifs implantés dans le centre ou dans un centre habilité, la connaissance nécessaire à cette activité et la maintenir ; - Avoir une formation pratique par compagnonnage à la technique effectuée. Volume d'activité : Au minimum, réalisation de 2 actes d'implantation de bioprothèses valvulaires aortiques par voie artérielle transcutanée ou par voie transapicale par mois. Modalités de suivi du patient : Les patients doivent être suivis à 1 mois, 6 mois, 1 an puis une fois par an avec la réalisation d'un bilan biologique et d'une échocardiographie. Les suivis à 1 mois et 1 an doivent être réalisés dans le centre implanteur avec une évaluation cardiaque et gériatrique.		
3249094	**Bioprothèse valvulaire, transcutanée, MEDTRONIC, MELODY+ENSEMBLE II.** MELODY est une valve pulmonaire d'origine bovine implantée par voie veineuse transcutanée avec le système d'implantation ENSEMBLE II. INDICATIONS PRISES EN CHARGE	2 537 352	2 537 352

	La prise en charge est assure : – pour la pose de bioprothèse valvulaire pulmonaire par voie veineuse transcutanée, en correction d'une dysfonction de la voie d'éjection ventriculaire droite (sténose et/ou régurgitation pulmonaire) chez des patients ayant un conduit prothétique ou une allogreffe valvulaire ; – pour la pose de prothèse valvulaire pulmonaire par voie veineuse transcutanée, en correctiond'une dysfonction de la voie d'éjection ventriculaire droite (sténose, régurgitation pulmonaire ou lésions mixtes) chez des patients ayant une valve préalablement implantée défaillante. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE La prise en charge est assurée pour les références : - de bioprothèses valvulaires pulmonaires PB1018 et PB1016 - de système d'implantation ENSEMBLE II ENS1018, ENS1020, ENS1022. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Composition du plateau technique Les pré-requis indispensables à l'implantation de valves pulmonaires par voie veineuse transcutanée ont été définis comme suit : - le centre médico-chirurgical doit regrouper sur le même site et dans le même bâtiment, les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle congénitale et de chirurgie cardiaque congénitale dans le cas où une conversion en urgence est nécessaire ; - l'acte doit être réalisé dans une salle de cathétérisme conforme à un bloc opératoire en termes d'asepsie avec une salle de réveil à proximité ; - la nécessité d'une définition optimale d'images radiographiques pour la réalisation des procédures de cathétérisme et de contrôle radiologique ; - la possibilité de réaliser dans le centre une circulation extra-corporelle ; - l'accès à un capteur biplan est recommandé. Composition de l'équipe pluridisciplinaire Pendant l'intervention, en salle de cathétérisme doivent être présents deux médecins justifiant d'une formation et d'une expérience dans la pratique d'actes interventionnels, sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie attestées selon les modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la santé et ayant l'expérience des cardiopathies congénitales ainsi qu'un anesthésiste réanimateur habitué à la chirurgie à cœur ouvert et à la prise en charge des patients ayant des cardiopathies congénitales. Dans le centre, doit également être présent un chirurgien cardiaque ayant l'expérience du traitement des cardiopathies congénitales. Formation et expérience requises Pour prétendre à l'implantation d'une valve pulmonaire par voie veineuse transcutanée, les praticiens doivent : - avoir une formation de cathétérisme cardiaque interventionnel congénital ;		

	- avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique aux dispositifs implantés dans le centre, la connaissance nécessaire à cette activité et la maintenir ; - avoir une formation pratique à la technique effectuée par compagnonnage. Nombre de centres pouvant réaliser l'implantation et volume d'activité Pour une répartition géographique optimale, entre 7 à 10 centres en France peuvent prétendre à l'implantation des valves pulmonaires par voie veineuse transcutanée. Chaque centre implanteur ne doit pas réaliser moins de cinq procédures par an. Modalités de suivi du patient Les patients doivent être suivis à leur sortie de l'établissement et à 1 mois, 6 mois et 1 an après l'implantation puis 1 fois par an. A chaque visite, un examen clinique devra être effectué ainsi qu'une échocardiographie doppler transthoracique, une fluoroscopie et un électrocardiogramme. Une IRM sera effectuée à 1 an puis 1 fois par an. Traitement antiagrégant plaquettaire Acide acétyl salicylique maintenu à dose antiagrégante pendant au moins 6 mois. Attribution systématique d'une carte d'identification au patient Une carte d'identification doit obligatoirement être remise au patient. Cette carte doit préciser la marque de la valve posée, l'origine biologique du matériau implanté, le numéro de série, la date d'implantation et le nom du patient. L'étiquette commerciale du produit devra également être apposée sur la carte d'identification.		
3203608	**Bioprothèse valvulaire, transcutanée, MEDTRONIC, MELODY + ENSEMBLE** MELODY est une valve pulmonaire d'origine bovine implantée par voie veineuse transcutanée avec le système d'implantation ENSEMBLE. 1. Indication La prise en charge est assurée pour la pose de prothèse valvulaire pulmonaire par voie veineuse transcutanée, en correction d'une dysfonction de la voie d'éjection ventriculaire droite (sténose et/ou régurgitation pulmonaire) chez des patients ayant un conduit prothétique ou une allogreffe valvulaire d'un diamètre d'au moins 16 mm entre le ventricule droit et l'artère pulmonaire. L'implantation d'une valve pulmonaire par voie veineuse transcutanée n'est pas indiquée dans un conduit natif et chez des patients de moins de 20 kg. L'implantation d'une valve pulmonaire par voie veineuse transcutanée est contre-indiquée en cas de risque de compression coronaire. 2. Références prises en charges La prise en charge est assurée pour la référence unique de valve PB1018 (diamètre 18 mm) et pour les trois références du système d'implantation ENSEMBLE NU1018 (diamètre 18 mm), NU1020 (diamètre 20 mm) et NU1022 (diamètre 22 mm).	2 670 897	2 670 897
	3. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge 3.1. Composition du plateau technique		

	Les prérequis indispensables à l'implantation de valves pulmonaires par voie veineuse transcutanée ont été définis comme suit : - le centre médico-chirurgical doit regrouper sur le même site et dans le même bâtiment les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle congénitale et de chirurgie cardiaque congénitale dans le cas où une conversion en urgence est nécessaire ; - l'acte doit être réalisé dans une salle de cathétérisme conforme à un bloc opératoire en termes d'asepsie avec une salle de réveil à proximité; - la nécessité d'une définition optimale d'images radiographiques pour la réalisation des procédures de cathétérisme et de contrôle radiologique; - la possibilité de réaliser dans le centre une circulation extra-corporelle. D'autre part, l'accès à un capteur biplan est recommandé 3.2. Composition de l'équipe pluridisciplinaire Pendant l'intervention, en salle de cathétérisme doivent être présents deux médecins justifiant d'une formation et d'une expérience dans la pratique d'actes interventionnels, sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie attestées selon les modalités précisées par la réglementation en vigueur et ayant l'expérience des cardiopathies congénitales ainsi qu'un anesthésiste réanimateur habitué à la chirurgie à cœur ouvert et à la prise en charge des patients ayant des cardiopathies congénitales. Dans le centre, doit également être présent un chirurgien cardiaque ayant l'expérience du traitement des cardiopathies congénitales. 3.3. Formation et expérience requises Pour prétendre à l'implantation d'une valve pulmonaire par voie veineuse transcutanée, les praticiens doivent : - avoir une formation de cathétérisme cardiaque interventionnel congénital ; - avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique aux dispositifs implantés dans le centre, la connaissance nécessaire à cette activité et la maintenir ; - avoir une formation pratique à la technique effectuée par compagnonnage. 3.4. Modalités de suivi du patient Les patients doivent être suivis à leur sortie de l'établissement et à un mois, six mois et un an après l'implantation puis une fois par an. A chaque visite, un examen clinique devra être effectué ainsi qu'une échocardiographie doppler transthoracique, une fluoroscopie et un électrocardiogramme. Une IRM sera effectuée à un an puis une fois par an. 3.5. Traitement antiagrégant plaquettaire Acide acétylsalicylique maintenu à dose antiagrégante pendant au moins six mois. 3.6. Attribution systématique d'une carte d'identification au patient Une carte d'identification doit obligatoirement être remise au patient. Cette carte doit préciser la marque de la valve posée, l'origine biologique du matériau implanté, le numéro de série, la date d'implantation et le nom du patient. L'étiquette commerciale du produit devra également être apposée sur la carte d'identification.		
3269300	**Bioprothèse valvulaire, transcutanée, aortique, MEDTRONIC, COREVALVE + ACCUTRAK**	2 614 370	2 614 370

	Valve aortique d'origine porcine implantée par voie aortique transcutanée avec système d'implantation ACCUTRAK. 1. Indication : La prise en charge est assurée chez les patients contre-indiqués à la chirurgie ayant une sténose aortique sévère symptomatique. L'indication du remplacement valvulaire aortique doit être posée et la contre-indication à la chirurgie évaluée lors d'une réunion multidisciplinaire en prenant en compte les scores de risque opératoire (Euroscore logistique > 20 % ou STS >10 %) et les comorbidités. Cette réunion doit être assortie de la rédaction d'un compte rendu qui sera annexé au dossier médical du patient. Il est rappelé la nécessité du respect de toutes les contre-indications figurant au marquage CE des dispositifs. Le refus de la chirurgie de remplacement valvulaire aortique ne constitue pas une indication à la technique de remplacement valvulaire aortique par voie transcutanée. Les patients ayant une espérance de vie inférieure à un an compte tenu de facteurs extracardiaques (comorbidités) ne sont pas éligibles à la technique (non-indication). 2. Références prises en charge : 2.1. COREVALVE MCS-P3-640 (taille 26 mm, diamètre de l'anneau aortique 20-23 mm, diamètre de l'aorte ascendante < 40 mm). 2.2. COREVALVE MCS-P3-943 (taille 29 mm, diamètre de l'anneau aortique 23-27 mm, diamètre de l'aorte ascendante < 43 mm). 2.3. COREVALVE MCS-P3-3143 (taille 31 mm, diamètre de l'anneau aortique 26-29 mm, diamètre de l'aorte ascendante < 43 mm). La valve est livrée avec des ancillaires dont les références sont : cathéter de pose ACCUTRAK de 18 Fr, modèle DCS-C4-18Fr ; système de compression et de chargement, modèle CLS 3000-18F. 3. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge : 3.1. Composition du plateau technique. Les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque doivent être regroupés sur le même site et dans le même bâtiment, au cas où une conversion en urgence serait nécessaire. La salle hybride doit avoir les caractéristiques techniques qui permettraient de réaliser indifféremment des actes de chirurgie cardiaque ou de cardiologie interventionnelle (ECMO en salle, qualité d'imagerie optimale, caractéristiques d'un site d'anesthésie, traitement de l'air conforme à celui d'un bloc opératoire, condition de température). Quelle que soit la voie d'abord, en cas d'intervention en salle de cathétérisme cardiaque, la salle doit être conditionnée comme un bloc opératoire de chirurgie cardio-vasculaire en termes d'asepsie et un site d'anesthésie conforme à celui d'un bloc doit être disponible. En cas d'intervention en bloc opératoire, la qualité de l'imagerie doit être la plus proche possible de celle d'une salle de cathétérisme cardiaque.		

	En fonction de l'existence ou non de complications, les patients sont orientés en unité de surveillance continue, en unité de soins intensifs cardiologiques ou en réanimation. 3.2. Composition de l'équipe pluridisciplinaire. La sélection des patients éligibles à la procédure doit être réalisée lors d'une réunion multidisciplinaire impliquant un chirurgien cardiaque, un cardiologue interventionnel, un cardiologue clinicien et un anesthésiste-réanimateur. L'obtention de l'avis d'un gériatre est très fortement recommandée. Cette position se fonde sur les données de la littérature et sur l'avis des experts consultés.		
	La composition de l'équipe durant l'intervention est relative à la voie d'abord. Seules sont prises en charge les deux voies d'abord décrites ci-dessous. Voie transfémorale. Doivent être présents en salle d'intervention un anesthésiste-réanimateur formé à la chirurgie cardiaque, un infirmier anesthésiste et deux opérateurs qualifiés dont au moins un cardiologue interventionnel et en plus doivent être disponibles un cardiologue échographiste et un chirurgien cardio-vasculaire et thoracique ou un chirurgien vasculaire. Voie sous-clavière. Doivent être présents en salle d'intervention un anesthésiste-réanimateur formé à la chirurgie cardiaque, un infirmier anesthésiste et deux opérateurs qualifiés dont au moins un chirurgien cardio-vasculaire et thoracique ou un chirurgien vasculaire et en plus doivent être disponibles un cardiologue échographiste et un cardiologue interventionnel. 3.3.Bilan préopératoire. Il est nécessaire de documenter correctement les items suivants (les examens à réaliser pour évaluer tous ces critères étant à adapter au cas par cas et devant respecter les recommandations en vigueur) : taille de l'anneau et sa géométrie ; nombre de cuspides aortiques et leur symétrie ; géométrie sous-aortique ; géométrie de la racine aortique (hauteur des ostia coronaires, profondeur des sinus de Valsalva) ; aorte ascendante : diamètre, calcifications, athérosclérose, débris aortiques, axes (si possible) ; anatomie vasculaire : diamètres, tortuosités, thrombus, calcifications, athérosclérose, repères ; anatomie coronaire ; fonction myocardique et valvulaire avec, si besoin, évaluation de la réserve contractile. Ces évaluations s'accompagnent de la consultation spécialisée d'anesthésie au minimum quarante-huit heures avant le geste (sauf urgence) et des examens classiques nécessaires au bilan préopératoire d'un remplacement valvulaire aortique chirurgical avec un bilan biologique et bactériologique. Une attention particulière doit être portée sur la prévention de toute insuffisance rénale postprocédurale. Le patient doit bénéficier d'une préparation adaptée en séparant dans le temps la procédure des examens préopératoires nécessitant l'utilisation de produits de contraste iodés. 3.4. Formation et expérience requises.		

	Tout opérateur d'un centre actuellement habilité ou amené à l'être doit : appartenir à un centre pratiquant plus de deux cents remplacements valvulaires aortiques par an ; avoir l'expérience de la valvuloplastie par ballonnet ou une expérience des techniques de mise en place des endoprothèses aortiques thoraciques couvertes ou des ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation) percutanées avoir l'expérience du franchissement du rétrécissement aortique serré ; avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique aux dispositifs implantés dans le centre ou dans un centre habilité, la connaissance nécessaire à cette activité et la maintenir ; avoir une formation pratique par compagnonnage à la technique effectuée. 3.5. Volume d'activité. Au minimum, réalisation de deux actes d'implantation de bioprothèses valvulaires aortiques par voie transartérielle ou par voie transapicale par mois.		
	3.6. Modalités de suivi du patient. Les patients doivent être suivis à un mois, six mois, un an puis une fois par an avec la réalisation d'un bilan biologique et d'une échocardiographie. Les suivis à un mois et un an doivent être réalisés dans le centre implanteur avec une évaluation cardiaque et gériatrique.		
3235301	**Bioprothèse valvulaire, transcutanée, aortique, MEDTRONIC, COREVALVE, AOA** Valve aortique d'origine porcine COREVALVE traitée par AOA (acide alpha- amino oléique) implantée par voie aortique transcutanée avec système d'implantation ACCUTRAK. 1. Indication La prise en charge est assurée chez les patients contre-indiqués à la chirurgie ayant une sténose aortique sévère symptomatique. L'indication du remplacement valvulaire aortique doit être posée et la contre-indication à la chirurgie évaluée lors d'une réunion multidisciplinaire en prenant en compte les scores de risque opératoire (Euroscore logistique = 20 % ou STS = 10 %) et les comorbidités. Cette réunion doit être assortie de la rédaction d'un compte rendu qui sera annexé au dossier médical du patient. Il est rappelé la nécessité du respect de toutes les contre-indications figurant au marquage CE des dispositifs. Le refus de la chirurgie de remplacement valvulaire aortique ne constitue pas une indication à la technique de remplacement valvulaire aortique par voie transcutanée. Les patients ayant une espérance de vie inférieure à 1 an compte tenu de facteurs extracardiaques (comorbidités) ne sont pas éligibles à la technique (non indication). 2. Références prises en charge 2.1. COREVALVE MCS-P3-26-AOA (taille 26 mm, diamètre de l'anneau aortique 20-23 mm, diamètre de l'aorte ascendante = 40 mm). 2.2. COREVALVE MCS-P3-29-AOA (taille 29 mm, diamètre de l'anneau aortique 23-27 mm, diamètre de l'aorte ascendante = 43 mm).	2 614 370	2 614 370

	2.3. COREVALVE MCS-P3-31-AOA (taille 31 mm, diamètre de l'anneau aortique 26-29 mm, diamètre de l'aorte ascendante = 43 mm). La valve est livrée avec des ancillaires dont les références sont : Cathéter de pose ACCUTRAK de 18 Fr, modèle DCS-C4-18 Fr. Système de compression et de chargement, modèle CLS 3000-18 F. 3. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge 3.1. Composition du plateau technique Les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque doivent être regroupés sur le même site et dans le même bâtiment, au cas où une conversion en urgence serait nécessaire. La salle hybride doit avoir les caractéristiques techniques qui permettraient de réaliser indifféremment des actes de chirurgie cardiaque ou de cardiologie interventionnelle (ECMO en salle, qualité d'imagerie optimale, caractéristiques d'un site d'anesthésie, traitement de l'air conforme à celui d'un bloc opératoire, condition de température). Quelle que soit la voie d'abord, en cas d'intervention en salle de cathétérisme cardiaque, la salle doit être conditionnée comme un bloc opératoire de chirurgie cardio-vasculaire en termes d'asepsie et un site d'anesthésie conforme à celui d'un bloc doit être disponible. En cas d'intervention en bloc opératoire, la qualité de l'imagerie doit être la plus proche possible de celle d'une salle de cathétérisme cardiaque. En fonction de l'existence ou non de complications, les patients sont orientés en unité de surveillance continue, en unité de soins intensifs cardiologiques ou en réanimation.		
	3.2. Composition de l'équipe pluridisciplinaire La sélection des patients éligibles à la procédure doit être réalisée lors d'une réunion multidisciplinaire impliquant un chirurgien cardiaque, un cardiologue interventionnel, un cardiologue clinicien et un anesthésiste-réanimateur. L'obtention de l'avis d'un gériatre est très fortement recommandée. Cette position se fonde sur les données de la littérature et sur l'avis des experts consultés. La composition de l'équipe durant l'intervention est relative à la voie d'abord. Seules sont prises en charge les voies d'abord décrites ci-dessous. **Voie transfémorale** Doivent être présents en salle d'intervention un anesthésiste-réanimateur formé à la chirurgie cardiaque, un infirmier anesthésiste et deux opérateurs qualifiés dont au moins un cardiologue interventionnel et en plus doivent être disponibles un cardiologue échographiste et un chirurgien cardio-vasculaire et thoracique ou un chirurgien vasculaire. **Voie sous-clavière** Doivent être présents en salle d'intervention un anesthésiste-réanimateur formé à la chirurgie cardiaque, un infirmier anesthésiste et deux opérateurs qualifiés dont au moins un chirurgien cardio-vasculaire et thoracique		

	ou un chirurgien vasculaire et en plus doivent être disponibles un cardiologue échographiste et un cardiologue interventionnel. 3.3. Bilan préopératoire Il est nécessaire de documenter correctement les items suivants (les examens à réaliser pour évaluer tous ces critères étant à adapter au cas par cas et devant respecter les recommandations en vigueur) : - Taille de l'anneau et sa géométrie. - Nombre de cuspides aortiques et leur symétrie. - Géométrie sous-aortique. - Géométrie de la racine aortique (hauteur des ostia coronaires, profondeur des sinus de Valsalva). - Aorte ascendante : diamètre, calcifications, athérosclérose, débris aortiques, axes (si possible). - Anatomie vasculaire : diamètres, tortuosités, thrombus, calcifications, athérosclérose, repères. - Anatomie coronaire. - Fonction myocardique et valvulaire avec si besoin évaluation de la réserve contractile Ces évaluations s'accompagnent de la consultation spécialisée d'anesthésie au minimum 48 heures avant le geste (sauf urgence) et des examens classiques nécessaires au bilan préopératoire d'un remplacement valvulaire aortique chirurgical avec un bilan biologique et bactériologique. Une attention particulière doit être portée sur la prévention de toute insuffisance rénale post-procédurale. Le patient doit bénéficier d'une préparation adaptée en séparant dans le temps la procédure des examens pré-opératoires nécessitant l'utilisation de produits de contraste iodés. 3.4. Formation et expérience requises : Tout opérateur d'un centre actuellement habilité ou amené à l'être doit : - Appartenir à un centre pratiquant plus de 200 remplacements valvulaires aortiques par an. - Avoir l'expérience de la valvuloplastie par ballonnet ou une expérience des techniques de mise en place des endoprothèses aortiques thoraciques couvertes ou des ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation) percutanées. - Avoir l'expérience du franchissement du rétrécissement aortique serré. - Avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique aux dispositifs implantés dans le centre ou dans un centre habilité, la connaissance nécessaire à cette activité et la maintenir.		
	- Avoir une formation pratique par compagnonnage à la technique effectuée. 3.5. Volume d'activité Au minimum, réalisation de deux actes d'implantation de bioprothèses valvulaires aortiques par voie transartérielle ou par voie transapicale par mois. 3.6. Modalités de suivi du patient Les patients doivent être suivis à 1 mois, 6 mois, 1 an puis une fois par an avec la réalisation d'un bilan biologique et d'une échocardiographie.		

	Les suivis à 1 mois et 1 an doivent être réalisés dans le centre implanteur avec une évaluation cardiaque et gériatrique		
3288467	**Bioprothèse valvulaire, transcutanée, aortique, MEDTRONIC, COREVALVE EVOLUT, AOA** Valve aortique d'origine porcine COREVALVE EVOLUT traitée par AOA (acide alpha-amino oléique) implantée par voie aortique transcutanée avec système d'implantation ACCUTRAK. 1. Indications La prise en charge est assurée chez les patients contre-indiqués à la chirurgie ayant une sténose aortique sévère symptomatique. L'indication du remplacement valvulaire aortique doit être posée et la contre-indication à la chirurgie évaluée lors d'une réunion multidisciplinaire en prenant en compte les scores de risque opératoire (Euroscore logistique = 20 % ou STS = 10 %) et les comorbidités. Cette réunion doit être assortie de la rédaction d'un compte rendu qui sera annexé au dossier médical du patient. Il est rappelé la nécessité du respect de toutes les contre-indications figurant au marquage CE des dispositifs. Le refus de la chirurgie de remplacement valvulaire aortique ne constitue pas une indication à la technique de remplacement valvulaire aortique par voie transcutanée. Les patients ayant une espérance de vie inférieure à 1 an compte tenu de facteurs extracardiaques (comorbidités) ne sont pas éligibles à la technique (non indication). 2. Références prises en charge COREVALVE MCS-P4-23-AOA (taille 23 mm, diamètre de l'anneau aortique 18-20 mm, diamètre de l'aorte ascendante = 34 mm). La valve est livrée avec des ancillaires dont les références sont : Cathéter de pose ACCUTRAK de 18 Fr, 23 mm ? modèle DCS-C4-18 Fr-23. Système de compression et de chargement, modèle CLS 3000-18 F. 3. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge 3.1. Composition du plateau technique Les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque doivent être regroupés sur le même site et dans le même bâtiment, au cas où une conversion en urgence serait nécessaire. La salle hybride doit avoir les caractéristiques techniques qui permettraient de réaliser indifféremment des actes de chirurgie cardiaque ou de cardiologie interventionnelle (ECMO en salle, qualité d'imagerie optimale, caractéristiques d'un site d'anesthésie, traitement de l'air conforme à celui d'un bloc opératoire, condition de température). Quelle que soit la voie d'abord, en cas d'intervention en salle de cathétérisme cardiaque, la salle doit être conditionnée comme un bloc opératoire de chirurgie cardio-vasculaire en termes d'asepsie et un site d'anesthésie conforme à celui d'un bloc doit être disponible. En cas d'intervention en bloc opératoire, la qualité de l'imagerie doit être la plus proche possible de celle d'une salle de cathétérisme cardiaque.	2 614 370	2 614 370

	En fonction de l'existence ou non de complications, les patients sont orientés en unité de surveillance continue, en unité de soins intensifs cardiologiques ou en réanimation.		
	3.2. Composition de l'équipe pluridisciplinaire La sélection des patients éligibles à la procédure doit être réalisée lors d'une réunion multidisciplinaire impliquant un chirurgien cardiaque, un cardiologue interventionnel, un cardiologue clinicien et un anesthésiste-réanimateur. L'obtention de l'avis d'un gériatre est très fortement recommandée. Cette position se fonde sur les données de la littérature et sur l'avis des experts consultés. La composition de l'équipe durant l'intervention est relative à la voie d'abord. Seules sont prises en charge les voies d'abord décrites ci-dessous : Voie transfémorale : Doivent être présents en salle d'intervention un anesthésiste-réanimateur formé à la chirurgie cardiaque, un infirmier anesthésiste et deux opérateurs qualifiés dont au moins un cardiologue interventionnel et en plus doivent être disponibles un cardiologue échographiste et un chirurgien cardio-vasculaire et thoracique ou un chirurgien vasculaire. Voie sous-clavière : Doivent être présents en salle d'intervention un anesthésiste-réanimateur formé à la chirurgie cardiaque, un infirmier anesthésiste et deux opérateurs qualifiés dont au moins un chirurgien cardio-vasculaire et thoracique ou un chirurgien vasculaire et en plus doivent être disponibles un cardiologue échographiste et un cardiologue interventionnel. 3.3. Bilan préopératoire Il est nécessaire de documenter correctement les items suivants (les examens à réaliser pour évaluer tous ces critères étant à adapter au cas par cas et devant respecter les recommandations en vigueur) : - Taille de l'anneau et sa géométrie. - Nombre de cuspides aortiques et leur symétrie. - Géométrie sous-aortique. - Géométrie de la racine aortique (hauteur des ostia coronaires, profondeur des sinus de Valsalva). - Aorte ascendante : diamètre, calcifications, athérosclérose, débris aortiques, axes (si possible). - Anatomie vasculaire : diamètres, tortuosités, thrombus, calcifications, athérosclérose, repères. - Anatomie coronaire. - Fonction myocardique et valvulaire avec si besoin évaluation de la réserve contractile. Ces évaluations s'accompagnent de la consultation spécialisée d'anesthésie au minimum 48 heures avant le geste (sauf urgence) et des examens classiques nécessaires au bilan préopératoire d'un remplacement valvulaire aortique chirurgical avec un bilan biologique et bactériologique.		

	Une attention particulière doit être portée sur la prévention de toute insuffisance rénale post-procédurale. Le patient doit bénéficier d'une préparation adaptée en séparant dans le temps la procédure des examens pré-opératoires nécessitant l'utilisation de produits de contraste iodés.		
	3.4. Formation et expérience requises Tout opérateur d'un centre actuellement habilité ou amené à l'être doit. - Appartenir à un centre pratiquant plus de 200 remplacements valvulaires aortiques par an. - Avoir l'expérience de la valvuloplastie par ballonnet ou une expérience des techniques de mise en place des endoprothèses aortiques thoraciques couvertes ou des ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation) percutanées. - Avoir l'expérience du franchissement du rétrécissement aortique serré. - Avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique aux dispositifs implantés dans le centre ou dans un centre habilité, la connaissance nécessaire à cette activité et la maintenir. - Avoir une formation pratique par compagnonnage à la technique effectuée. 3.5. Volume d'activité Au minimum, réalisation de deux actes d'implantation de bioprothèses valvulaires aortiques par voie transartérielle ou par voie transapicale par mois. 3.6. Modalités de suivi du patient Les patients doivent être suivis à 1 mois, 6 mois, 1 an puis une fois par an avec la réalisation d'un bilan biologique et d'une échocardiographie. Les suivis à 1 mois et 1 an doivent être réalisés dans le centre implanteur avec une évaluation cardiaque et gériatrique		
3267005	**Bioprothèse valvulaire, transcutanée, aortique, MEDTRONIC, COREVALVE EVOLUT R.** Valve aortique d'origine porcine COREVALVE EVOLUT R traitée par AOA (acide alpha-amino oléique) implantée par voie aortique transcutanée avec système d'implantation ENVEO-R ou système ENVEO-PRO de la société MEDTRONIC France SAS 1. Indications La prise en charge est assurée : - chez les patients contre - indiqués à la chirurgie ayant une sténose aortique sévère symptomatique. L'indication du remplacement valvulaire aortique doit être posée et la contre-indication à la chirurgie évaluée lors d'une réunion multidisciplinaire en prenant en compte les scores de risque opératoire (Euroscore logistique ≥ 20 % ou STS ≥ 10 %) et les comorbidités. Cette réunion doit être assortie de la rédaction d'un compte rendu qui sera annexé au dossier médical du patient; - chez les patients avec sténose aortique sévère symptomatique à haut risque chirurgical caractérisé par un score STS compris entre 8 et 10 % et un risque de mortalité ou morbidité irréversible opératoire (jusqu'à 30 jours post	2 174 109	2 174 109

	- opératoires) > 15 %. L'indication du remplacement valvulaire aortique doit être évaluée lors d'une réunion multidisciplinaire en prenant en compte les comorbidités et les scores dédiés. Cette réunion doit être assortie de la rédaction d'un compte rendu qui sera annexé au dossier médical du patient; - chez les patients avec sténose aortique sévère (surface valvulaire aortique indexée < 0,5 cm2/m2) symptomatique et/ou insuffisance aortique par dégénérescence de lavalve aortique bioprothétique chirurgicale et contre-indiqués à la chirurgie. L'indication du remplacement valvulaire aortique doit être posée et la contre-indication à la chirurgie évaluée lors d'une réunion multidisciplinaire en prenant en compte les scores de risque opératoire (Euroscore Logistique ≥ 20 % ou STS ≥ 10 %) et les comorbidités. Cette réunion doit être assortie de la rédaction d'un compte rendu qui sera annexé au dossier médical du patient. 2. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE Valve COREVALVE EVOLUT R de 23 mm pour un diamètre d'anneau natif compris entre 18 et 20 mm : EVOLUT R-23. Valve COREVALVE EVOLUT R de 26 mm : EVOLUT R-26. Valve COREVALVE EVOLUT R de 29 mm : EVOLUT R-29. Valve COREVALVE EVOLUT R de 34 mm : EVOLUT R-34. Les valves sont livrées avec des ancillaires dont les références sont : Cathéter de pose EnVeo-R de 18 Fr (extrémité distale) et son introducteur InLine ENVEOR-L. Cathéter de pose ENVPRO-14 pour COREVALVE EVOLUT R-23, COREVALVE EVOLUT R-26, COREVALVE EVOLUT R-29. Cathéter de pose ENVPRO-16 pour COREVALVE EVOLUT R 34. Système de pose pour COREVALVE EVOLUT R 34 mm : ENVEOR-N. Système de compression et de chargement pour la valve de 23 mm : LS-ENVEOR-23. Système de compression et de chargement : ENVEO R LS. Système de chargement pour COREVALVE EVOLUT R 34 mm : LS-ENVEOR-34. Système de chargement ENVEO PRO LS pour EVOLUTR-23, EVOLUTR-26 et EVOLUTR-29 : référence L-ENVPRO-14. Système de chargement ENVEO PRO LS pour EVOLUTR-34 : L-ENVPRO-16. 3° CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION POUR LA PRISE EN CHARGE 3.1. Composition du plateau technique Les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque doivent être regroupés sur le même site et dans le même bâtiment, au cas où une conversion en urgence serait nécessaire. La salle hybride doit avoir les caractéristiques techniques qui permettraient de réaliser indifféremment des actes de chirurgie cardiaque ou de cardiologie interventionnelle (ECMO en salle, qualité d'imagerie optimale, caractéristiques d'un site d'anesthésie, traitement de l'air conforme à celui d'un bloc opératoire, condition de température).		

	Quelle que soit la voie d'abord, en cas d'intervention en salle de cathétérisme cardiaque, la salle doit être conditionnée comme un bloc opératoire de chirurgie cardio-vasculaire en termes d'asepsie et un site d'anesthésie conforme à celui d'un bloc doit être disponible. En cas d'intervention en bloc opératoire, la qualité de l'imagerie doit être la plus proche possible de celle d'une salle de cathétérisme cardiaque. En fonction de l'existence ou non de complications, les patients sont orientés en unité de surveillance continue, en unité de soins intensifs cardiologiques ou en réanimation. 3.2. Composition de l'équipe pluridisciplinaire La sélection des patients éligibles à la procédure doit être réalisée lors d'une réunion multidisciplinaire impliquant un chirurgien cardiaque, un cardiologue interventionnel, un cardiologue clinicien et un anesthésiste-réanimateur. L'obtention de l'avis d'un gériatre est très fortement recommandée. Cette position se fonde sur les données de la littérature et sur l'avis des experts consultés. La composition de l'équipe durant l'intervention est relative à la voie d'abord. Seules sont prises en charge les voies d'abord décrites ci-dessous. Voie transfémorale Doivent être présents en salle d'intervention un anesthésiste-réanimateur formé à la chirurgie cardiaque, un infirmier anesthésiste et deux opérateurs qualifiés dont au moins un cardiologue interventionnel et en plus doivent être disponibles un cardiologue échographiste et un chirurgien cardio-vasculaire et thoracique ou un chirurgien vasculaire. Voie sous-clavière Doivent être présents en salle d'intervention un anesthésiste-réanimateur formé à la chirurgie cardiaque, un infirmier anesthésiste et deux opérateurs qualifiés dont au moins un chirurgien cardio-vasculaire et thoracique ou un chirurgien vasculaire et en plus doivent être disponibles un cardiologue échographiste et un cardiologue interventionnel. 3.3. Bilan préopératoire Il est nécessaire de documenter correctement les items suivants (les examens à réaliser pour évaluer tous ces critères étant à adapter au cas par cas et devant respecter les recommandations en vigueur) : - taille de l'anneau et sa géométrie ; - nombre de cuspides aortiques et leur symétrie ; - géométrie sous-aortique ; - géométrie de la racine aortique (hauteur des ostia coronaires, profondeur des sinus de Valsalva) ; - aorte ascendante : diamètre, calcifications, athérosclérose, débris aortiques, axes (si possible) ; - anatomie vasculaire : diamètres, tortuosités, thrombus, calcifications, athérosclérose, repères ; - anatomie coronaire ; - fonction myocardique et valvulaire avec si besoin évaluation de la réserve contractile.		

	Ces évaluations s'accompagnent de la consultation spécialisée d'anesthésie au minimum 48 heures avant le geste (sauf urgence) et des examens classiques nécessaires au bilan préopératoire d'un remplacement valvulaire aortique chirurgical avec un bilan biologique et bactériologique. Une attention particulière doit être portée sur la prévention de toute insuffisance rénale post-procédurale. Le patient doit bénéficier d'une préparation adaptée en séparant dans le temps la procédure des examens pré-opératoires nécessitantl'utilisation de produits de contraste iodés. 3.4. Formation et expérience requises Tout opérateur d'un centre actuellement habilité ou amené à l'être doit : - appartenir à un centre pratiquant plus de 200 remplacements valvulaires aortiques par an ; - avoir l'expérience de la valvuloplastie par ballonnet ou une expérience des techniques de mise en place des endoprothèses aortiques thoraciques couvertes ou des ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation) percutanées ; - avoir l'expérience du franchissement du rétrécissement aortique serré ; - avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique aux dispositifs implantés dans le centre ou dans un centre habilité, la connaissance nécessaire à cette activité et la maintenir ; - avoir une formation pratique par compagnonnage à la technique effectuée. 3.5. Volume d'activité Au minimum, réalisation de 2 actes d'implantation de bioprothèses valvulaires aortiques par voie transartérielle ou par voie transapicale par mois. 3.6. Modalités de suivi du patient Les patients doivent être suivis à 1 mois, 6 mois, 1 an, puis une fois par an avec la réalisation d'un bilan biologique et d'une échocardiographie. Les suivis à 1 mois et 1 an doivent être réalisés dans le centre implanteur avec une évaluation cardiaque etgériatrique		

3.3.1.1.2. Paragraphe 2: Conduits valvés comportant un tissu ou un dérivé d'origine animale

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3201733	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT VALVE, VASCUTEK, PR66 ET AR22- PORCIN ET EQUIN	434 325	434 325
3209982	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT AORTIQUE VALVE, VASCUTEK, BIOVALSALVA BIPLEX PORCIN	434 325	434 325
3241550	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT AORTIQUE VALVE, VASCUTEK, BIOVALSALVA PORCIN	434 325	434 325
3267710	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT VALVE, VASCUTEK, PPR11 ET PAR99- PORCIN	434 325	434 325
3210198	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT VALVE, ATS MEDICAL, ATS-BOVIN	434 325	434 325
3217651	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT VALVE, SORIN BIOMEDICA, CARBONART AVP-BOVIN	434 325	434 325
3219265	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT AORTIQUE VALVE, SHELHIGH, NR 2000C BOVIN & PORCIN	434 325	434 325

3222988	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT AORTIQUE VALVE, ST JUDE MEDICAL, VAVGJ-515-BOVIN	434 325	434 325
3282772	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT VALVE, ST JUDE MEDICAL, CAVGJ-514-00-BOVIN	434 325	434 325
3225662	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT VALVE, LABCOR LABORATORIOS, T 07 EAIS-BOVIN/PORCIN	434 325	434 325
3237487	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT PULMONAIRE VALVE, MEDTRONIC, CONTEGRA-BOVIN	434 325	434 325
3271751	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT PULMONAIRE VALVE, MEDTRONIC, HANCOCK HC 105-PORCIN	434 325	434 325
3220535	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT PULMONAIRE VALVE, MEDTRONIC, HANCOCK HC 150-PORCIN	434 325	434 325
3249415	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT PULMONAIRE VALVE, SHELHIGH, NR 4000PA-BOVIN & PORCIN	434 325	434 325
3265822	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT VALVE, SULZER, CARBO-SEAL-BOVIN	434 325	434 325

3.3.1.2. Sous-section 2 : Implants d'embolisation artérielle (pour anévrismes, fistules artérioveineuses, tumeurs...)

3.3.1.2.1. Société Biosphere medical

Indications :

Indications cranioencéphaliques et vertébromédullaires :

- fistules artério-veineuses durales :

Le traitement est toujours indiqué dans les fistules à drainage veineux cortical compte tenu du risque hémorragique. Il est également indiqué en cas d'atteintes invalidantes des nerfs crâniens, notamment en cas d'atteinte visuelle.

Dans les autres fistules, l'indication thérapeutique dépend de l'intensité de la symptomatologie.

- fistules carotidocaverneuses ;
- tumeurs hypervasculaires du rachis : traitement d'appoint et préopératoire des tumeurs bénignes (ostéoblastomes, hémangiomes vertébraux, kystes osseux anévrismaux) et des métastases, les tumeurs intrarachidiennes ;
- épistaxis essentielles :
- épistaxis traumatiques et iatrogènes ;
- épistaxis dans le cadre de la maladie de Rendu Osler ;
- lésions artérioveineuses spinales ;
- tumeurs hypervasculaires de l'encéphale, de la tête et du cou.

Indications en dehors de la topographie cranioencéphalique :

- fibromes utérins symptomatiques ;
- embolisation artérielle tumorale (tumeurs hépatiques [primitives et métastases]) ;
- embolisation portale préopératoire dans le traitement des cancers primitifs et métastasiques du foie et des cancers des voies biliaires ;
- tumeurs rénales bénignes et malignes à titre palliatif ;
- tumeur des organes pleins en dehors du foie (notamment hémorragies des tumeurs du sein ulcérées non opérables ou en préopératoire) ;

- tumeurs osseuses primitives ou secondaires, en contexte palliatif ou préopératoire ;
- hémoptysies d'origine systémique :

L'embolisation des artères bronchiques ou systémiques des patients asymptomatiques est exceptionnelle (insuffisance cardiaque par hyper débit sur shunt gauche/gauche). L'embolisation des artères bronchiques ou systémiques des patients symptomatiques est effectuée en cas :

- de saignement chronique ou récidivant ;
- d'hémoptysies sévères soit pour des critères quantitatifs (liée à l'importance du saignement supérieur à 200 ml en vingt-quatre heures) soit en fonction du retentissement clinique ;
- hémoptysies d'origine artérielle pulmonaire ;
- hémorragie d'origine vasculaire :
- embolisation artérielle des hémorragies digestives hautes, hépatiques, spléniques ;
- hémorragie d'origine pelvienne en dehors du postpartum (complications de la chirurgie gynécologique, vesico-prostatique, tumeurs inopérables d'origine gynécologique ou vésico- prostatique) ;
- hémorragie du postpartum.

Modalités de prescription et d'utilisation :

L'utilisation d'EMBOGOLD et EMBOSPHERE doit être réservée à des équipes compétentes.

L'utilisation des microsphères de 40 - 120 µm et de 100 - 300 µm est déconseillée dans le réseau bronchique.

Les microsphères 40-120 microns sont spécialement conçues pour l'embolisation des méningiomes et des tumeurs du foie. L'embolisation doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie interventionnelle dans un centre certifié.

L'activité neuroradiologique annuelle minimale par site est fixée à 80 interventions endovasculaires portant sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne.

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3254468	**Implant d'embolisation artérielle, BIOSPHERE MEDICAL, EMBOSPHERE 1 ml.** EMBOSPHERE est conditionné sous forme de flacon ou de seringue. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Flacon 1 ml : Calibre 40-120 : V110GH, calibre 100-300 : V210GH, calibre 300-500 : V410GH, calibre 500- 700 : V610GH, calibre 700-900 : V810GH, calibre 900-1200 : V1010GH. Seringue 1 ml : Calibre 40-120 : S110GH, calibre 100-300 : S210GH, calibre 300-500 : S410GH, calibre 500- 700 : S610GH, calibre 700-900 : S810GH, calibre 900-1200 : S1010GH.	13 335	13 335
3268772	**Implant d'embolisation artérielle, BIOSPHERE MEDICAL, EMBOSPHERE 2 ml.** EMBOSPHERE est conditionné sous forme de flacon ou de seringue. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Flacon 2 ml : Calibre 40-120 : V120GH, calibre 100-300 : V220GH, calibre 300-500 : V420GH, calibre 500- 700 : V620GH, calibre 700-900 : V820GH, calibre 900-1200 : V1020GH. Seringue 2 ml :	23 697	23 697

	Calibre 40-120 : S120GH, calibre 100-300 : S220GH, calibre 300-500 : S420GH, calibre 500- 700 : S620GH, calibre 700-900 : S820GH, calibre 900-1200 : S1020GH.		
3238191	**Implant d'embolisation artérielle, BIOSPHERE MEDICAL, EMBOGOLD 1 ml.** Microsphères d'embolisation colorées par de l'or colloïdal, Embogold 1 ml. EMBOGOLD est conditionné sous forme de seringue. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Seringue 1 ml : Calibre 40-120 : S110EG, calibre 100-300 : S210EG, calibre 300-500 : S410EG, calibre 500-700: S610EG, calibre 700-900 : S810EG, calibre 900-1200 : S1010EG.	13 335	13 335
3243938	**Implant d'embolisation artérielle, BIOSPHERE MEDICAL, EMBOGOLD 2 ml.** Microsphères d'embolisation colorées par de l'or colloïdal, Embogold 2 ml. EMBOGOLD est conditionné sous forme de seringue. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Seringue 2 ml : Calibre 40-120 : S120EG, calibre 100-300 : S220EG, calibre 300-500 : S420EG, calibre 500-700 : S620EG, calibre 700-900 : S820EG, calibre 900-1200 : S1020EG.	23 697	23 697

3.3.1.3. Sous-section 3: Implants endovasculaires, dit « stents », couverts ou non couverts

La prise en charge du stent n'est assurée que dans les conditions et les indications précisées aux codes 3155559 et 3183194.

3.3.1.3.1. Paragraphe 1: Implants coronariens

Quel qu'en soit le type, dans la limite d'une unité par lésion et d'un maximum de deux unités par artères, système de pose compris. La prise en charge est assurée pour les implants suivants :

Code	Référence	Sociétés	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3216367	BX Velocity avec Hepacoat - porcin	CORDIS	112 721	112 721
3257739	Wiktor I Hepamed - porcin	MEDTRONIC	112 721	112 721
3290004	Stent Hepamed - porcin	MEDTRONIC	112 721	112 721

3.3.1.3.2. Paragraphe 2: Implants pour lésions artérielles aortiques, iliaques ou fémorales

Quel qu'en soit le type, système de pose compris.
La prise en charge est assurée dans la limite d'une unité au maximum, par artère, à l'exception du traitement des sténoses de l'artère iliaque primitive où deux stents au maximum peuvent être pris en charge.
La prise en charge est assurée pour les implants suivants :

Code	Référence	Sociétés	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3273299	BX Velocity avec Hepacoat - porcin	CORDIS	112 721	112 721
3285434	Wiktor I Hepamed - porcin	MEDTRONIC	112 721	112 721
3288148	Stent Hepamed - porcin	MEDTRONIC	112 721	112 721

3.3.2. Section 2. - Implants orthopédiques

3.3.2.1. Sous-section 1: Implants ou substituts osseux

La prise en charge d'une unité de substitut d'origine animale ne peut s'ajouter à celle d'une unité de substitut d'origine synthétique.
Lors d'interventions pour tumeurs, reprises de prothèse totale de hanche, la prise en charge est assurée dans la limite de **147 028 F.CFP.**
Lorsque dans ces indications sont utilisés des greffons d'origine humaine en association avec un substitut d'origine animale, la prise en charge est assurée dans la limite de **434 957 FCFP** sur justificatifs apportés par la facture et les étiquettes attestant du nombre d'unités implantées.
Dans tous les autres cas, la prise en charge est assurée dans la limite d'une unité par intervention.

3.3.2.1.1. Paragraphe 1: Implants osseux sous forme de poudre, lamelles, copeaux

3.3.2.1.1.1. Implants osseux pour un volume inférieur ou égal à 15 cm^3 (< ou = 15 cm^3)

La prise en charge est assurée pour les implants suivants :

Code	Référence	Société	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3203689	Oxbone ou Isobone	BIOLAND	36 757	36 757
3287396	Oxbone CMF	BIOLAND	36 757	36 757
3295591	Oxbone Neuro - bovin	BIOLAND	36 757	36 757
3269642	Endobon	BIOMET MERCK FRANCE	36 757	36 757
3291653	Endobon EMD -bovin	BIOMET MERCK FRANCE	36 757	36 757
3228778	Bio-Oss – bovin	EDWARD GEISTLICH	36 757	36 757
3251056	Orthoss™ - bovin	EDWARD GEISTLICH	36 757	36 757
3277446	Biocoral – corail	INOTEB	36 757	36 757
3296343	Pro Osteon 200	INTERPORE NTERNATIONAL	36 757	36 757
3216670	Pro Osteon 200 R - corail	INTERPORE NTERNATIONAL	36 757	36 757

3219561	Pro Osteon 500	INTERPORE NTERNATIONAL	36 757	36 757
3267241	Pro Osteon 500 R - corail	INTERPORE NTERNATIONAL	36 757	36 757
3230924	Healos	ORQUEST	36 757	36 757
3271350	Lubboc - bovin	OST DEVELOPPEMENT	36 757	36 757
3218395	Isobone2 - bovin	OST DEVELOPPEMENT	36 757	36 757
3226012	Pyrost - bovin	STRYKER	36 757	36 757
3236861	Collapat II	SYMATÈSE	36 757	36 757

3.3.2.1.1.2. Implants osseux pour un volume supérieur à 15 cm³ (> 15 cm ³)

La prise en charge est assurée pour les implants suivants :

Code	Référence	Société	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3214569	Oxbone ou Isobone	BIOLAND	49 010	49 010
3296580	Oxbone CMF	BIOLAND	49 010	49 010
3240673	Oxbone Neuro - bovin	BIOLAND	49 010	49 010
3224160	Endobon EMD -bovin	BIOMET MERCK FRANCE	49 010	49 010
3216108	Endobon	BIOMET MERCK FRANCE	49 010	49 010
3263310	Bio-Oss – bovin	EDWARD GEISTLICH	49 010	49 010
3206676	Orthoss™ - bovin	EDWARD GEISTLICH	49 010	49 010
3247563	Biocoral – corail	INOTEB	49 010	49 010
3200627	Pro Osteon 200	INTERPORE INTERNATIONAL	49 010	49 010
3220920	Pro Osteon 200 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	49 010	49 010
3263266	Pro Osteon 500	INTERPORE INTERNATIONAL	49 010	49 010
3223002	Pro Osteon 500 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	49 010	49 010
3240182	Healos	ORQUEST	49 010	49 010
3234371	Lubboc - bovin	OST DEVELOPPEMENT	49 010	49 010
3283613	Isobone2 - bovin	OST DEVELOPPEMENT	49 010	49 010

3217993	Pyrost - bovin	STRYKER	49 010	49 010
3232248	Collapat II	SYMATÈSE	49 010	49 010

3.3.2.1.2. Paragraphe 2: Implant osseux de forme géométrique (sphère, granulé, cube, cône, paraléllépipède, cylindre)

3.3.2.1.2.1. Implants osseux pour un volume inférieur ou égal à 5 cm³ (< ou = 5 cm³)

La prise en charge est assurée pour les implants suivants :

Code	Référence	Société	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3228360	Oxbone ou Isobone	BIOLAND	20 420	20 420
3295540	Oxbone CMF	BIOLAND	20 420	20 420
3210206	Oxbone Neuro - bovin	BIOLAND	20 420	20 420
3273419	Endobon	BIOMET MERCK FRANCE	20 420	20 420
3247681	Endobon EMD -bovin	BIOMET MERCK FRANCE	20 420	20 420
3276493	Bio-Oss – bovin	EDWARD GEISTLICH	20 420	20 420
3210873	Orthoss™ - bovin	EDWARD GEISTLICH	20 420	20 420
3240012	Implant osseux, géométrique, < 5 cm³ BIOCORAL France, BIOCORAL-CORAIL.	BIOCORAL France	20 420	20 420
3204772	Pro Osteon 200	INTERPORE INTERNATIONAL	20 420	20 420
3236536	Pro Osteon 200 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	20 420	20 420
3273804	Pro Osteon 500	INTERPORE INTERNATIONAL	20 420	20 420
3292078	Pro Osteon 500 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	20 420	20 420
3206860	Healos	ORQUEST	20 420	20 420
3235844	Lubboc - bovin	OST DEVELOPPEMENT	20 420	20 420
3263243	Isobone2 - bovin	OST DEVELOPPEMENT	20 420	20 420
3224444	Pyrost - bovin	STRYKER	20 420	20 420
3204039	Collapat II	SYMATÈSE	20 420	20 420

3.3.2.1.2.2. Implants osseux pour un volume supérieur à 5 cm³ et inférieur ou égal à 45 cm³ (> 5 cm³ et < ou = 45 cm³)

La prise en charge est assurée pour les implants suivants :

Code	Référence	Société	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3239954	Oxbone ou Isobone	BIOLAND	40 841	40 841
3244613	Oxbone CMF	BIOLAND	40 841	40 841
3242703	Oxbone Neuro - bovin	BIOLAND	40 841	40 841
3286971	Endobon	BIOMET MERCK FRANCE	40 841	40 841
3285279	Endobon EMD -bovin	BIOMET MERCK FRANCE	40 841	40 841
3292747	Bio-Oss – bovin	EDWARD GEISTLICH	40 841	40 841
3266342	Orthoss™ - bovin	EDWARD GEISTLICH	40 841	40 841
3250890	Implant osseux, géométrique, > 5 cm³ et < 45 cm³ BIOCORAL, BIOCORAL-CORAIL.	BIOCORAL France	40 841	40 841
3257550	Pro Osteon 200	INTERPORE INTERNATIONAL	40 841	40 841
3277854	Pro Osteon 200 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	40 841	40 841
3279155	Pro Osteon 500	INTERPORE INTERNATIONAL	40 841	40 841
3259098	Pro Osteon 500 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	40 841	40 841
3290317	Healos	ORQUEST	40 841	40 841
3235270	Lubboc - bovin	OST DEVELOPPEMENT	40 841	40 841
3239523	Isobone2 - bovin	OST DEVELOPPEMENT	40 841	40 841
3284363	Pyrost - bovin	STRYKER	40 841	40 841
3211625	Collapat II	SYMATÈSE	40 841	40 841

3.3.2.1.2.3. Implant osseux pour un volume supérieur à 45 cm³ (> 45 cm³)

La prise en charge est assurée pour les implants suivants :

Code	Référence	Société	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

3281287	Oxbone ou Isobone	BIOLAND	71 471	7 1471
3235376	Oxbone CMF	BIOLAND	71 471	7 1471
3290211	Oxbone Neuro - bovin	BIOLAND	71 471	7 1471
3272390	Endobon	BIOMET MERCK FRANCE	71 471	71 471
3211230	Endobon EMD -bovin	BIOMET MERCK FRANCE	71 471	71 471
3227336	Bio-Oss – bovin	EDWARD GEISTLICH	71 471	71 471
3276694	Orthoss™ - bovin	EDWARD GEISTLICH	71 471	71 471
3221919	Biocoral – corail	INOTEB	71 471	71 471
3208913	Healos	ORQUEST	71 471	71 471
3290843	Lubboc - bovin	OST DEVELOPPEMENT	71 471	71 471
3223143	Isobone2 - bovin	OST DEVELOPPEMENT	71 471	71 471
3204460	Pro Osteon 200	INTERPORE INTERNATIONAL	71 471	71 471
3236163	Pro Osteon 200 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	71 471	71 471
3200395	Pro Osteon 500	INTERPORE INTERNATIONAL	71 471	71 471
3214658	Pro Osteon 500 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	71 471	71 471
3258503	Pyrost – bovin	STRYKER	71 471	71 471
3257722	Collapat II	SYMATÈSE	71 471	71 471

3.3.2.1.3. Paragraphe 3: Implants osseux de forme anatomique

3.3.2.1.3.1. Implant osseux de forme anatomique utilisé en orthopédie (vertèbre, coin d'ostéotomie...)

La prise en charge est assurée pour les implants suivants :

Code	**Référence**	**Société**	**Tarif en F.CFP**	**PLV en F.CFP TTC**
3236849	Oxbone ou Isobone	BIOLAND	42 883	42 883
3205895	Oxbone CMF	BIOLAND	42 883	42 883
3285983	Oxbone Neuro - bovin	BIOLAND	42 883	42 883
3222735	Endobon	BIOMET MERCK FRANCE	42 883	42 883

3251091	Endobon EMD -bovin	BIOMET MERCK FRANCE	42 883	42 883
3280106	Bio-Oss – bovin	EDWARD GEISTLICH	42 883	42 883
3261876	Orthoss™ - bovin	EDWARD GEISTLICH	42 883	42 883
3288310	Implant osseux, anatomique, orthopédie, BIOCORAL, BIOCORAL-CORAIL.	BIOCORAL France	42 883	42 883
3294350	Pro Osteon 200	INTERPORE INTERNATIONAL	42 883	42 883
3213044	Pro Osteon 200 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	42 883	42 883
3245854	Pro Osteon 500	INTERPORE INTERNATIONAL	42 883	42 883
3283866	Pro Osteon 500 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	42 883	42 883
3266307	Healos	ORQUEST	42 883	42 883
3208617	Lubboc - bovin	OST DEVELOPPEMENT	42 883	42 883
3257047	Isobone2 - bovin	OST DEVELOPPEMENT	42 883	42 883
3272093	Pyrost – bovin	STRYKER	42 883	42 883
3205777	Collapat II	SYMATÈSE	42 883	42 883

3.3.2.1.3.2. Implant osseux de forme anatomique utilisé en chirurgie autre qu'orthopédique (maxillo-faciale, ORL ou neurochirurgie)

Planchers orbitaires

La prise en charge est assurée pour les implants suivants :

Code	Référence	Société	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3205323	Oxbone ou Isobone	BIOLAND	40 841	40 841
3220179	Oxbone CMF	BIOLAND	40 841	40 841
3222250	Oxbone Neuro - bovin	BIOLAND	40 841	40 841
3285658	Endobon	BIOMET MERCK FRANCE	40 841	40 841
3237412	Endobon EMD -bovin	BIOMET MERCK FRANCE	40 841	40 841
3271521	Bio-Oss – bovin	EDWARD GEISTLICH	40 841	40 841

3279600	Orthoss™ - bovin	EDWARD GEISTLICH	40 841	40 841
3212145	Implant osseux, anatomique, non orthopédique, plancher orbitaire, BIOCORAL. Implant BIOCORAL-Corail de la société BIOCORAL.	BIOCORAL France	40 841	40 841
3224310	Pro Osteon 200	INTERPORE INTERNATIONAL	40 841	40 841
3253300	Pro Osteon 500	INTERPORE INTERNATIONAL	40 841	40 841
3244731	Pro Osteon 200 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	40 841	40 841
3216195	Pro Osteon 500 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	40 841	40 841
3219087	Healos	ORQUEST	40 841	40 841
3245328	Lubboc - bovin	OST DEVELOPPEMENT	40 841	40 841
3297740	Isobone2 - bovin	OST DEVELOPPEMENT	40 841	40 841
3216723	Pyrost - bovin	STRYKER	40 841	40 841
3249792	Collapat II	SYMATÈSE	40 841	40 841

Autres formes anatomiques complexes (menton, pommette, sinus)

La prise en charge est assurée pour les implants suivants :

Code	**Référence**	**Société**	**Tarif en F.CFP**	**PLV en F.CFP TTC**
3231496	Oxbone ou Isobone	BIOLAND	64 325	64 325
3270987	Oxbone CMF	BIOLAND	64 325	64 325
3250654	Oxbone Neuro - bovin	BIOLAND	64 325	64 325
3285285	Endobon	BIOMET MERCK FRANCE	64 325	64 325
3298649	Endobon EMD -bovin	BIOMET MERCK FRANCE	64 325	64 325
3226348	Bio-Oss – bovin	EDWARD GEISTLICH	64 325	64 325
3292598	Orthoss™ - bovin	EDWARD GEISTLICH	64 325	64 325
3233331	Implant osseux, anatomique, complexe, BIOCORAL, BIOCORAL-CORAIL.	BIOCORAL France	64 325	64 325
3295355	Pro Osteon 200	INTERPORE INTERNATIONAL	64 325	64 325

3263237	Pro Osteon 200 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	64 325	64 325
3204803	Pro Osteon 500	INTERPORE INTERNATIONAL	64 325	64 325
3274420	Pro Osteon 500 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	64 325	64 325
3222209	Healos	ORQUEST	64 325	64 325
3212895	Lubboc - bovin	OST DEVELOPPEMENT	64 325	64 325
3233420	Isobone2 - bovin	OST DEVELOPPEMENT	64 325	64 325
3222913	Pyrost - bovin	STRYKER	64 325	64 325
3246641	Collapat II	SYMATÈSE	64 325	64 325

Implant osseux sur mesure (hémicrâne, volet crânien, partie de la face, du front...)

Ce sont des implants faits à l'unité à partir des mesures du malade.
Ils sont pris en charge après entente préalable, pour la reconstruction osseuse étendue traumatique ou tumorale.
La prise en charge est assurée pour les implants suivants :

Code	**Référence**	**Société**	**Tarif en F.CFP**	**PLV en F.CFP TTC**
3277802	Oxbone ou Isobone	BIOLAND	175 616	175 616
3202922	Oxbone CMF	BIOLAND	175 616	175 616
3230723	Oxbone Neuro - bovin	BIOLAND	175 616	175 616
3270415	Endobon	BIOMET MERCK FRANCE	175 616	175 616
3225225	Endobon EMD -bovin	BIOMET MERCK FRANCE	175 616	175 616
3299531	Bio-Oss - bovin	EDWARD GEISTLICH	175 616	175 616
3209746	Orthoss™ - bovin	EDWARD GEISTLICH	175 616	175 616
3226609	Implant osseux, sur mesure, BIOCORAL, BIOCORAL- CORAIL. La prise en charge est assurée dans la limite de **175 616 F.CFP.**	BIOCORAL France	175 616	175 616
3284038	Pro Osteon 200	INTERPORE INTERNATIONAL	175 616	175 616
3226466	Pro Osteon 200 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	175 616	175 616
3221150	Pro Osteon 500	INTERPORE INTERNATIONAL	175 616	175 616
3209485	Pro Osteon 500 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	175 616	175 616

3295310	Healos	ORQUEST	175 616	175 616
3246055	Lubboc - bovin	OST DEVELOPPEMENT	175 616	175 616
3235703	Isobone2 - bovin	OST DEVELOPPEMENT	175 616	175 616
3229855	Pyrost - bovin	STRYKER	175 616	175 616
3292730	Collapat II	SYMATÈSE	175 616	175 616

3.3.2.2. Sous-section 2: Obturateurs à ciment centro-médullaire pour pose d'implants articulaires

La prise en charge est assurée dans la limite d'une unité par intervention.
Elle est assurée pour les implants suivants :

Code	Référence	Sociétés	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3250619	Obturateur porcin, Biostop G	Société DEPUY France SAS (DEPUY)	7 576	7 576
3274749	Corol R – porcin	BIOMET MERCK FRANCE	7 576	7 576
3226785	Obturateur gélatine - bovin	CERAVER OSTEAL	7 576	7 576
3261304	Bioplug porcin	SOCIÉTÉ MÉDICALBIOMAT	7 576	7 576
3295042	Air Plug – porcin	GROUPE LEPINE	7 576	7 576
3290889	Implant orthopédique, BIOCORAL, BIOCORAL OBTURATEUR-CORAIL.	BIOCORAL France	7 576	7 576
3237620	Monostop - porcin	MÉDICAL CALCIUM PHOSPHATES	7 576	7 576
3238305	Biosem II - bovin	SCIENCE & MÉDECINE	7 576	7 576
3246747	Medulock, - porcin	TEKNIMED	7 576	7 576
3234141	Cemstop – porcin	TEKNIMED	7 576	7 576

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

3.4. Chapitre III. - Greffons tissulaires d'origine humaine (Nomenclature et tarifs)

Dès lors qu'un implant comporte ou est issu de dérivés humains, il doit répondre aux conditions de ce chapitre. Les implants comportant ou issus de dérivés d'origine mixte, animale et humaine, répondent également aux conditions ce de chapitre.
Seuls sont pris en charge les greffons tissulaires d'origine humaine qui sont distribués ou cédés par un établissement autorisé conformément à la reglementation en vigueur.
Le prix de vente au public doit être conforme à la réglementation en vigueur.
La tarification couvre tous les coûts dus au greffon (prélèvement, tests sérologiques effectués sur le donneur, transformation, stérilisation, conservation, contrôles, traçabilité, transport et fourniture du greffon notamment).
La prise en charge est assurée pour les greffons des banques de tissus suivantes :

3.4.1. Section 1. - Greffons osseux

La prise en charge des greffons ossiculaires de l'oreille n'est pas assurée.
Lors d'interventions pour tumeurs, reprises de prothèse totale de hanche, la prise en charge est assurée dans la limite de **457 850 F.CFP** que le(s) greffons) soit (ent) implanté(s) seul(s) ou associé(s) avec un substitut osseux d'origine synthétique ou animale, sur justificatifs apportés par la facture et les étiquettes attestant du nombre d'unités implantées.
Dans tous les autres cas, la prise en charge est assurée dans la limite d'une unité par intervention.

3.4.1.1. Sous-section 1: Greffons osseux sous forme de poudre, lamelles, copeaux

3.4.1.1.1. Paragraphe 1 : Greffons osseux pour un volume inférieur ou égal à 15 cm³ (< ou = 15 cm³)

La prise en charge est assurée pour les greffons des banques de tissus suivantes :

3.4.1.1.1.1. Banques de tissus

Code	BANQUES DE TISSUS	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3366440	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	44 926	44 926
3307621	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	44 926	44 926
3362376	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	44 926	44 926
3365713	Ostéo-Banque d'Auvergne, site de Clermont-Ferrand	44 926	44 926
3310899	**Allogreffe osseuse, poudre, lamelles, copeaux, < ou = 15 cm³, TBF, Phoenix.** Allogreffe osseuse traitée par procédé Phoenix sous forme de poudre, lamelles ou copeaux os spongieux, inférieur ou égal à 15 cm³, de la société Tissue Bank of France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Copeaux d'os spongieux de volume de 5cc : B02, de volume de 10 cc : B04 ;	47 172	47 172

	Poudre d'os spongieux de volume de 0,5cc : D 905, de volume de 1 cc : D 910, de volume de 2cc : D 920, de volume de 3,6 cc : D 936 ; Anneaux corticospongieux : R 01 et R 02 ; Lamelles corticospongieuses : DL 15 et DL 20. La prise en charge est assurée dans le comblement osseux.		
3393460	CHU de Montpellier	44926	44 926
3354862	**Allogreffe osseuse, copeaux, granules, < ou = 15 cm³, BIOBANK, Supercrit.** Allogreffe osseuse traitée par procédé Supercrit sous forme de copeaux ou de granules, inférieur ou égal à 15 cm³, de la société BIOBANK. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Copeaux d'os spongieux 5 cc et 10 cc. Granules d'os spongieux 5 cc, 7 cc et 10 cc. La prise en charge est assurée dans le comblement osseux.	44926	44 926

3.4.1.1.1.2. Avec conditions de prise en charge particulière (Société OST DEVELOPPEMENT)

La prise en charge est assurée dans les indications suivantes :

- reconstruction osseuse dans les arthroplasties de hanche ou de genou, de 1re ou de 2e intention ;
- ostéotomie d'addition, de comblement, d'interposition ;
- arthrodèse vertébrale ;
- fracture avec perte de substance osseuse ;
- traitement des pseudarthroses.

Pour être utilisé, ce tissu doit être réhydraté quelques minutes avec de préférence le sang du patient (ou du sérum physiologique).

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3368309	**Allogreffe osseuse, fragments Ostéopure > 5 cm³ et < 15 cm³, OST DEVELOPPEMENT.** Allogreffe osseuse traitée par procédé Ostéopure sous forme de fragments, granulométrie de 3 à 5 mm de la société OST DEVELOPPEMENT. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : OSTEOPURE POT FRAGMENT 5 CC et, OSTEOPURE POT FRAGMENTS < 15 CC.	58 403	58 403

3.4.1.1.1.3. Fournisseurs étrangers / banques importatrices

Code	FOURNISSEURS ÉTRANGERS	BANQUES IMPORTATRICES	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3331358	Banque universitaire de Bruxelles	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	44 926	44 926

3396168	Banque universitaire de Bruxelles	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	44 926	44 926
3304137	Banque universitaire de Bruxelles	CHU de Montpellier	44 926	44 926
3367400	Tutogen	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	44 926	44 926
3342161	Tutogen	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	44 926	44 926
3310698	Tutogen	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	44 926	44 926
3316554	Wright Medical Technologie/Créteil- USA	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	44 926	44 926

3.4.1.1.2. Paragraphe 2: Greffons osseux pour un volume supérieur à 15 cm³ et inférieur ou égal à 45 cm³ (> 15 cm³ et < ou = 45 cm³)

La prise en charge est assurée pour les greffons des banques de tissus suivantes :

3.4.1.1.2.1. Banques de tissus

Code	BANQUES DE TISSUS	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3389955	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	93 935	93 935
3379879	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	93 935	93 935
3362502	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	93 935	93 935
3330005	Ostéo-Banque d'Auvergne, site de Clermont-Ferrand	93 935	93 935
3388039	**Allogreffe osseuse, copeaux, > 15 cm³ et < ou = 45 cm³, TBF, Phoenix.** Allogreffe osseuse traitée par procédé Phoenix sous forme de copeaux os spongieux, supérieur à 15 cm³ et inférieur ou égal à 45 cm³ de la société Tissue Bank of France. La prise en charge est assurée pour la référence les copeaux de volume de 20 cc : B06. La prise en charge est assurée dans le comblement osseux.	98 632	98 632
3374474	CHU de Montpellier	93 935	93 935
3363737	**Allogreffe osseuse, copeaux, granules, > 15 cm³ et < ou = 45 cm³, BIOBANK, Supercrit.** Allogreffe osseuse traitée par procédé Supercrit sous forme de copeaux ou de granules, supérieur à 15 cm³ et inférieur ou égal à 45 cm³ de la société BIOBANK. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Copeaux d'os spongieux 25 cc. Granules d'os spongieux 18 cc, 25 cc et 30 cc. La prise en charge est assurée dans le comblement osseux.	93 935	93 935

3.4.1.1.2.2. Avec conditions de prise en charge particulière (Société OST DEVELOPPEMENT)

La prise en charge est assurée dans les indications suivantes :
- reconstruction osseuse dans les arthroplasties de hanche ou de genou, de 1re ou de 2e intention ;
- ostéotomie d'addition, de comblement, d'interposition ;
- arthrodèse vertébrale ;
- fracture avec perte de substance osseuse ;
- traitement des pseudarthroses.

Pour être utilisé, ce tissu doit être réhydraté quelques minutes avec de préférence le sang du patient (ou du sérum physiologique).

Code	Nomenclature	Société	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3350338	**Allogreffe osseuse, fragments Ostéopure, > 15 cm³ et ≤ 25 cm³, OST DEVELOPPEMENT.** Allogreffe osseuse traitée par procédé Ostéopure sous forme de fragments, granulométrie de 3 à 5 mm de la société OST-DEVELOPPEMENT. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : OSTEOPURE POT FRAGMENT > 15 CC et OSTEOPURE POT FRAGMENT 25 CC.	OST DEVELOPPEMENT	122 116	122 116

3.4.1.1.2.3. Fournisseurs étrangers / banques importatrices

Code	FOURNISSEURS ÉTRANGERS	BANQUES IMPORTATRICES	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3372564	Banque universitaire de Bruxelles	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	93 935	93 935
3369154	Banque universitaire de Bruxelles	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	93 935	93 935
3370996	Banque universitaire de Bruxelles	CHU de Montpellier	93 935	93 935
3343545	Tutogen	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	93 935	93 935
3346727	Tutogen	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	93 935	93 935
3390020	Tutogen	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	93 935	93 935
3376711	Wright Medical Technologie/Créteil- USA	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	93 935	93 935

3.4.1.1.3. Paragraphe 3: Greffons osseux pour un volume supérieur à 45 cm³ (> 45 cm³)

La prise en charge est assurée pour les greffons des banques de tissus suivantes :

3.4.1.1.3.1. Banques de tissus

Code	BANQUES DE TISSUS	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3352774	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	144 986	144 986
3320544	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	144 986	144 986
3384159	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	144 986	144 986
3327530	Ostéo-Banque d'Auvergne, site de Clermont-Ferrand	144 986	144 986
3353414	**Allogreffe osseuse, copeaux os spongieux, > 45 cm³, TBF, Phoenix.** Allogreffe osseuse traitée par procédé Phoenix sous forme de copeaux os spongieux, supérieur à 45 cm³, de la société Tissue Bank of France. La prise en charge est assurée pour la référence de copeaux de volume de 45 cc : B08. La prise en charge est assurée dans le comblement osseux.	152 236	152 236
3387790	CHU de Montpellier	144 986	144 986
3325620	**Allogreffe osseuse, copeaux, granules, > 45 cm³, BIOBANK, Supercrit.** Allogreffe osseuse traitée par procédé Supercrit sous forme de copeaux ou de granules, supérieur à 45 cm³, de la société BIOBANK. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Copeaux d'os spongieux 50 cc et granules d'os spongieux 50 cc. La prise en charge est assurée dans le comblement osseux.	144 986	144 986

3.4.1.1.3.2. Avec conditions de prise en charge particulière (Société OST DEVELOPPEMENT)

La prise en charge est assurée dans les indications suivantes :

- reconstruction osseuse dans les arthroplasties de hanche ou de genou, de 1re ou de 2e intention ;
- ostéotomie d'addition, de comblement, d'interposition ;
- arthrodèse vertébrale ;
- fracture avec perte de substance osseuse ;
- traitement des pseudarthroses.

Pour être utilisé, ce tissu doit être réhydraté quelques minutes avec de préférence le sang du patient (ou du sérum physiologique).

Code	Nomenclature	Société	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3396441	**Allogreffe osseuse, fragments Ostéopure, > 45 cm³, OST DEVELOPPEMENT.** Allogreffe osseuse traitée par procédé Ostéopure sous forme de copeaux, supérieur à 45 cm³ de la société OST DEVELOPPEMENT.	OST DEVELOPPEMENT	188 483	188 483

	La prise en charge est assurée pour la référence suivante : OSTEOPURE POT FRAGMENT > 45 CC.			

3.4.1.1.3.3. Fournisseurs étrangers / banques importatrices

Code	FOURNISSEURS ÉTRANGERS	BANQUES IMPORTATRICES	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3344020	Banque universitaire de Bruxelles	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	144 986	144 986
3338521	Banque universitaire de Bruxelles	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	144 986	144 986
3357783	Banque universitaire de Bruxelles	CHU de Montpellier	144 986	144 986
3389725	Tutogen	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	144 986	144 986
3351540	Tutogen	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	144 986	144 986
3348502	Tutogen	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	144 986	144 986
3374178	Wright Medical Technologie/Créteil- USA	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	144 986	144 986

3.4.1.2. Sous-section 2: Greffons osseux sous forme géométrique (sphère, granulé, cube, cône, parallélépipède, cylindre)

3.4.1.2.1. Paragraphe 1: Greffons osseux pour un volume inférieur ou égal à 15 cm³ (< ou = 15 cm³)

La prise en charge est assurée pour les greffons des banques de tissus suivantes :

3.4.1.2.1.1. Banques de tissus

Code	BANQUES DE TISSUS	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3323502	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	61 262	61 262
3327569	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	61 262	61 262
3357381	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	61 262	61 262
3340417	Ostéo-Banque d'Auvergne, site de Clermont-Ferrand	61 262	61 262
3385443	**Allogreffe osseuse, géométrique, < ou = 15 cm³, TBF, Phoenix.** Allogreffe osseuse traitée par procédé Phoenix sous forme géométrique, inférieur ou égal à 15 cm³, de la société Tissue Bank of France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Coins d'ostéotomie : W06, W08, W10, W12 et W14 mm hauteur. Blocs : T04, S03, S04, CH05, CH06 et CH08	64 325	64 325

	Disques crâniens : 14 mm de diamètre x 5 mm H : CP14 (4 unités : CP414) et 16 mm de diamètre x 5 mm H : CP16 (4 unités : CP416). La prise en charge est assurée dans le comblement osseux.		
3337852	CHU de Montpellier	61 262	61 262
3350752	**Allogreffe osseuse, géométrique, bloc spongieux, < ou = 15 cm³, BIOBANK, Supercrit.** Allogreffe osseuse traitée par procédé Supercrit sous forme géométrique, inférieur ou égal à 15 cm³, de la société BIOBANK. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Bloc spongieux 8*8*8 mm, 30*20*10 mm et 20*10*10 mm. Disque spongieux 40*10 mm. Coin osseux 30*30*8 mm - 8°, 30*30*10 mm - 10°, 30*30*12 mm - 12° et 30*30*14 mm - 14°. La prise en charge est assurée dans le comblement osseux.	61 262	61 262

3.4.1.2.1.2. Avec conditions de prise en charge particulière (Société OST DEVELOPPEMENT)

La prise en charge est assurée dans les indications suivantes :

- reconstruction osseuse dans les arthroplasties de hanche ou de genou, de 1re ou de 2e intention ;
- ostéotomie d'addition, de comblement, d'interposition ;
- arthrodèse vertébrale ;
- fracture avec perte de substance osseuse ;
- traitement des pseudarthroses.

Pour être utilisé, ce tissu doit être réhydraté quelques minutes avec de préférence le sang du patient (ou du sérum physiologique).

Code	Nomenclature	Société	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3377604	**Allogreffe osseuse, géométrique, tranche Ostéopure ≤ 15 cm³, OST DEVELOPPEMENT.** Allogreffe osseuse traitée par procédé Ostéopure sous forme de tranche inférieure ou égale à 15 cm³, épaisseur 8 mm (+ ou ? 1 mm) de la société OST DEVELOPPEMENT. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : OSTEOPURE Bloc 35* 25* 15, OSTEOPURE Coin 35* 30* 10, OSTEOPURE Coin 35* 30* 10 et OSTEOPURE TRANCHE < 15 CC.	OST DEVELOPPEMENT	79 641	79 641
3340469	**Allogreffe osseuse, demi-anneau cortical Ostéopure, ≤ 15 cm³, OST DEVELOPPEMENT.** Allogreffe osseuse traitée par procédé Ostéopure sous forme de demi-anneau cortical inférieure ou égale à 15 cm³ de la société OST DEVELOPPEMENT. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : OSTEOPURE COL 1/2 ANN CORTICAL.	OST DEVELOPPEMENT	79 641	79 641

3.4.1.2.1.3. Fournisseurs étrangers / banques importatrices

Code	FOURNISSEURS ÉTRANGERS	BANQUES IMPORTATRICES	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3326937	Banque universitaire de Bruxelles	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	61 262	61 262
3342669	Banque universitaire de Bruxelles	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	61 262	61 262
3346325	Banque universitaire de Bruxelles	CHU de Montpellier	61 262	61 262
3340877	Tutogen	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	61 262	61 262
3316583	Tutogen	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	61 262	61 262
3387867	Tutogen	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	61 262	61 262
3370909	Wright Medical Technologie/Créteil- USA	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	61 262	61 262

3.4.1.2.2. Paragraphe 2 : Greffons osseux pour un volume supérieur à 15 cm³ (> 15 cm³)

La prise en charge est assurée pour les greffons des banques de tissus suivantes :

3.4.1.2.2.1. Banques de tissus

Code	BANQUES DE TISSUS	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3368700	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	81 683	81 683
3355940	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	81 683	81 683
3397133	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	81 683	81 683
3349128	Ostéo-Banque d'Auvergne, site de Clermont-Ferrand	81 683	81 683
3324766	**Allogreffe osseuse, géométrique, > 15 cm³, TBF, Phoenix.** Allogreffe osseuse traitée par procédé Phoenix sous forme géométrique, supérieur à 15 cm³ de la société Tissue Bank of France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Bloc : 2,2 × 2,2 × 3,2 cm : T06 et SX04 : 4 unités de 1 × 1 × 4 cm d'un même donneur. La prise en charge est assurée dans le comblement osseux.	85 767	85 767
3386052	CHU de Montpellier	81 683	81 683
3375210	**Greffon osseux, géométrique, bloc spongieux, > 15 cm³, BIOBANK, Supercrit.**	81 683	81 683

	Greffon osseux traité par procédé Supercrit sous forme géométrique, supérieur à 15 cm³ de la société BIOBANK. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Disque spongieux 40*15 mm. La prise en charge est assurée dans le comblement osseux.		

3.4.1.2.2.2. Avec conditions de prise en charge particulière (Société OST DEVELOPPEMENT)

La prise en charge est assurée dans les indications suivantes :
- reconstruction osseuse dans les arthroplasties de hanche ou de genou, de 1ère ou de 2ème intention ;
- ostéotomie d'addition, de comblement, d'interposition ;
- arthrodèse vertébrale ;
- fracture avec perte de substance osseuse ;
- traitement des pseudarthroses.

Pour être utilisé, ce tissu doit être réhydraté quelques minutes avec de préférence le sang du patient (ou du sérum physiologique).

Code	Nomenclature	Société	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3326802	Allogreffe osseuse, géométrique, tranche Ostéopure, > 15 cm³, OST DEVELOPPEMENT. Allogreffe osseuse traitée par procédé Ostéopure sous forme de tranche supérieure à 15 cm³, épaisseur 8 mm (+ ou - 1 mm) de la société OST DEVELOPPEMENT. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : OSTEOPURE TRANCHE > 15 CC.	OST DEVELOPPEMENT	106 187	106 187

3.4.1.2.2.3. Fournisseurs étrangers / banques importatrices

Code	FOURNISSEURS ÉTRANGERS	BANQUES IMPORTATRICES	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3393690	Banque universitaire de Bruxelles	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	81 683	81 683
3351786	Banque universitaire de Bruxelles	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	81 683	81 683
3302925	Banque universitaire de Bruxelles	CHU de Montpellier	81 683	81 683
3362531	Tutogen	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	81 683	81 683
3332464	Tutogen	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	81 683	81 683

3368189	Tutogen	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	81 683	81 683
3361454	Wright Medical Technologie/Créteil- USA	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	81 683	81 683

3.4.1.3. Sous-section 3: Têtes fémorales recueillies sur donneur vivant consentant (lors d'une arthroplastie de hanche)

3.4.1.3.1. Paragraphe 1: Tête fémorale complète ou deux hémitêtes, avec col

La prise en charge est assurée pour les greffons des banques de tissus suivantes :

3.4.1.3.1.1. Banques de tissus

Code	BANQUES DE TISSUS	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3324625	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Tours. EFS Centre Atlantique, site de Tours	144 286	144 286
3386218	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Poitiers. EFS Centre Atlantique, site de Poitiers	144 286	144 286
3326044	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Marseille. EFS Alpes Méditerranée, site de Marseille	144 286	144 286
3370016	Ostéo-Banque d'Auvergne, site de Clermont-Ferrand	144 986	144 986
3348755	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Lyon. EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	144 286	144 286
3362809	CHU de Montpellier	144 986	144 986
3344409	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, CHU de Nancy	144 286	144 286
3355293	CHU de Nantes	144 986	144 986
3366279	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Bordeaux. EFS Aquitaine-Limousin, site de Bordeaux	144 286	144 286
3334144	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Brest. EFS Bretagne, site de Brest	144 286	144 286
3323347	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Rennes. EFS Bretagne, site de Rennes	144 286	144 286
3380931	CHU de Toulouse	144 986	144 986
3379276	AP-HP Cochin/Paris	144 986	144 986

3373954	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Saint-Étienne. EFS Auvergne-Loire, site de Saint-Étienne	144 286	144 286
3319950	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Bois-Guillaume. EFS Normandie, site de Bois-Guillaume	144 286	144 286
3339070	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Saint-Louis Paris, AP-HP, Saint-Louis/Paris.	144 286	144 286
3384449	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Angers. EFS Pays de Loire, site d'Angers	144 286	144 286
3374646	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Reims. EFS Nord de France, site de Reims	144 286	144 286
3340890	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Montpellier. EFS Pyrénées Méditerranée, site de Montpellier	144 286	144 286
3370335	CTSA de Clamart	144 986	144 986
3334871	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Ile-de-France. EFS Ile-de-France	144 286	144 286
3326340	Institut mutualiste Montsouris	144 986	144 986

3.4.1.3.1.2. Avec conditions de prise en charge particulière

Société BIOBANK

La prise en charge est assurée dans le comblement d'une perte de substance osseuse.
Le traitement des fractures et pseudarthroses en l'absence de pertes de substance pouvant nécessiter un comblement est contre-indiqué. Pour être utilisé, ce tissu doit être réhydraté avec une solution de chlorure de sodium à 0,9 %.
Le prélèvement des têtes fémorales complètes ou de 2 hémitêtes avec col est réalisé sur donneur vivant.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3378851	Tête fémorale, complète ou 2 hémitêtes avec col, Biobank, Supercrit. Tête fémorale complète ou 2 hémitêtes avec col traitées par procédé Supercrit de la société Biobank.	152 236	152 236

Société TISSUE BANK OF FRANCE (TBF)

La prise en charge est assurée dans le comblement d'une perte de substance osseuse.
Le traitement des fractures et pseudarthroses en l'absence de pertes de substance pouvant nécessiter un comblement est contre-indiqué. Pour être utilisé, ce tissu doit être réhydraté avec une solution dechlorure de sodium à 0,9 %.
Le prélèvement des têtes fémorales complètes ou de 2 hémitêtes avec col est réalisé sur donneur vivant.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3318091	Tête fémorale, complète ou 2 hémitêtes avec col, TBF, Phoenix. Tête fémorale complète ou 2 hémitêtes avec col traitées par procédé Phoenix de la société Tissue Bank of France. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : tête entière avec col : T08.	152 236	152 236

3.4.1.3.1.3. Fournisseurs étrangers / banques importatrices

Code	FOURNISSEURS ÉTRANGERS	BANQUES IMPORTATRICES	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3350344	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Bruxelles, Tours. Banque universitaire de Bruxelles.	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	144 286	144 286
3319535	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Bruxelles, Lyon. Banque universitaire de Bruxelles.	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	144 286	144 286
3305390	Banque universitaire de Bruxelles	CHU de Montpellier	144 986	144 986
3369272	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Bruxelles, Nancy	CHU de Nancy	144 286	144 286
3398517	Banque universitaire de Bruxelles	AP-HP Cochin/Paris	144 986	144 986
3364990	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Bruxelles, Saint-Louis, Banque universitaire de Bruxelles.	AP-HP Saint-Louis/Paris	144 286	144 286
3391700	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Bruxelles, Angers. Banque universitaire de Bruxelles.	EFS Pays de la Loire, site d'Angers	144 286	144 286
3390935	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, WMT, Marseille. Wright Medical Technologie Créteil-USA.	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	144 286	144 286

3.4.1.3.2. Paragraphe 2: Tête fémorale incomplète ou hémitête

La prise en charge est assurée pour les greffons des banques de tissus suivantes :

3.4.1.3.2.1. Banques de tissus

Code	BANQUES DE TISSUS	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3304870	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Lyon. EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	144 286	144 286
3306923	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Tours. EFS Centre Atlantique, site de Tours	144 286	144 286

3354187	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Poitiers. EFS Centre Atlantique, site de Poitiers	144 286	144 286
3375634	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Marseille. EFS Alpes Méditerranée, site de Marseille	144 286	144 286
3306515	Ostéo-Banque d'Auvergne, site de Clermont-Ferrand	128 650	128 650
3302492	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Nancy, CHU de Nancy	144 286	144 286
3383361	CHU de Nantes	128 650	128 650
3383533	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Bordeaux. EFS Aquitaine-Limousin, site de Bordeaux	144 286	144 286
3306538	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Brest. EFS Bretagne, site de Brest	144 286	144 286
3356996	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Rennes. EFS Bretagne, site de Rennes	144 286	144 286
3356134	AP-HP Cochin/Paris	128 650	128 650
3338797	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Saint-Étienne. EFS Auvergne-Loire, site de Saint-Étienne	144 286	144 286
3371636	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Bois-Guillaume. EFS Normandie, site de Bois-Guillaume	144 286	144 286
3325056	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Saint-Louis Paris, AP-HP, Saint- Louis/Paris.	144 286	144 286
3384573	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Angers. EFS Pays de la Loire, site d'Angers	144 286	144 286
3357100	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Reims. EFS Nord de France, site de Reims	144 286	144 286
3325085	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Montpellier. EFS Pyrénées Méditerranée, site de Montpellier	144 286	144 286
3306320	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, EFS Ile-de-France	144 286	144 286
3309809	Tête fémorale, donneur vivant, incomplète ou hémitête, sans col, LTBF, Phoenix. Tête fémorale incomplète ou tête fémorale sans col ou hémitête fémorale du Laboratoire Tissue Bank of France.	135 081	135 081
3334210	Institut mutualiste Montsouris	128 650	128 650

3.4.1.3.2.2. Avec conditions de prise en charge particulière

Société BIOBANK

La prise en charge est assurée dans le comblement d'une perte de substance osseuse.
Le traitement des fractures et pseudarthroses en l'absence de pertes de substance pouvant nécessiter un comblement est contre-indiqué. Pour être utilisé, ce tissu doit être réhydraté avec une solution de chlorure de sodium à 0,9 %.
Le prélèvement des têtes fémorales incomplètes ou hémitêtes est réalisé sur donneur vivant.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3383384	Tête fémorale, incomplète ou hémitête, Biobank, Supercrit. Tête fémorale incomplète ou hémitête traitée par procédé Supercrit de la société Biobank.	135 081	135 081

Société OST DEVELOPPEMENT

La prise en charge est assurée dans les indications suivantes :
- reconstruction osseuse dans les arthroplasties de hanche ou de genou, de 1re ou de 2e intention ;
- ostéotomie d'addition, de comblement, d'interposition ;
- arthrodèse vertébrale ;
- fracture avec perte de substance osseuse ;
- traitement des pseudarthroses.

Pour être utilisé, ce tissu doit être réhydraté quelques minutes avec de préférence le sang du patient (ou du sérum physiologique).

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3350278	**Tête fémorale, donneur vivant, incomplète, Ostéopure, OST DEVELOPPEMENT.** Tête fémorale incomplète traitée par procédé Ostéopure, partie hémisphérique de la société OST DEVELOPPEMENT. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : OSTEOPURE TETE INCOMPLETE.	167 245	167 245
3331163	**Tête fémorale, donneur vivant, hémitête, Ostéopure, OST DEVELOPPEMENT.** Hémitête traitée par procédé Ostéopure, partie hémisphérique + une demi-tranche de la société OST DEVELOPPEMENT. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : OSTEOPURE HEMI-TETE et OSTEOPURE DEMI-TETE.	167 245	167 245
3309761	**Tête fémorale, donneur vivant, hémitête, Ostéopure, OST DEVELOPPEMENT.** Hémitête traitée par procédé Ostéopure, partie hémisphérique + une demi tranche de la société OST DEVELOPPEMENT. REFERENCES PRISES EN CHARGE OPDEMITOCE : OSTEOPURE DEMI-TETES	121 734	121 734

	OPPIHEMOCE : OSTEOPURE HEMI-TETE. La prise en charge est assurée dans les indications suivantes : • reconstruction osseuse dans les arthroplasties de hanche ou de genou, de 1re ou de 2de intention, • ostéotomie d'addition, de comblement, d'interposition, • arthrodèse vertébrale, • fracture avec perte de substance osseuse, • traitement des pseudarthroses.		

Société TISSUE BANK OF FRANCE (TBF)

La prise en charge est assurée dans le comblement d'une perte de substance osseuse.
Le traitement des fractures et pseudarthroses en l'absence de pertes de substance pouvant nécessiter un comblement est contre-indiqué. Pour être utilisé, ce tissu doit être réhydraté avec une solution dechlorure de sodium à 0,9 %
Le prélèvement des têtes fémorales incomplètes ou hémitêtes sans col est réalisé sur donneur vivant.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3309809	**Tête fémorale, incomplète ou hémitête, sans col, TBF, Phoenix.** Tête fémorale incomplète ou hémitête sans col traitée par procédé Phoenix de la société Tissue Bank of France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Tête incomplète : T09 ; tête sans col : T07 et hémitête : T05.	135 081	135 081

3.4.1.3.2.3. Fournisseurs étrangers / banques importatrices

Code	FOURNISSEURS ÉTRANGERS	BANQUES IMPORTATRICES	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3318688	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Bruxelles, Lyon. Banque universitaire de Bruxelles.	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	144 286	144 286
3307182	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Bruxelles, Tours. Banque universitaire de Bruxelles.	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	144 286	144 286
3310178	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Bruxelles, Nancy	CHU de Nancy	144 286	144 286
3377969	Banque universitaire de Bruxelles	AP-HP Cochin/Paris	128 650	128 650
3317980	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Bruxelles, Saint-Louis Paris, Banque universitaire de Bruxelles.	AP-HP Saint-Louis/Paris	144 286	144 286
3369697	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Bruxelles, Angers. Banque universitaire de Bruxelles.	EFS Pays de la Loire, site d'Angers	144 286	144 286

3329433	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, WMT, Marseille. Wright Medical Technologie Créteil-USA.	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	144 286	144 286

3.4.1.4. Sous-section 4: Fragments osseux prélevés sur donneurs décédés (tête fémorale, tête humérale, crête iliaque, os spongieux, fragments divers) et os anatomiques du piedou de la main (calcanéum, astragale)

La prise en charge est assurée pour les greffons des banques de tissus suivantes :

3.4.1.4.1. Banques de tissus

Code	BANQUES DE TISSUS	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3321526	AP-HP Saint-Louis/Paris	128 650	128 650
3394519	CHU de Nantes	128 650	128 650
3303445	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	128 650	128 650
3321124	EFS Centre-Atlantique, site de Poitiers	128 650	128 650
3341428	EFS Ile-de-France	128 650	128 650
3318286	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	128 650	128 650
3378555	EFS Aquitaine-Limousin, site de Bordeaux	128 650	128 650
3319630	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	128 650	128 650
3333883	AP-HP Cochin, Paris	128 650	128 650

3.4.1.4.2. Fournisseurs étrangers / banques importatrices

Code	FOURNISSEURS ÉTRANGERS	BANQUES IMPORTATRICES	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3320840	Banque universitaire de Bruxelles	AP-HP Saint-Louis/Paris	128 650	128 650
3382835	Banque universitaire de Bruxelles	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	128 650	128 650
3322827	Banque universitaire de Bruxelles	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	128 650	128 650
3328818	Banque universitaire de Bruxelles	AP-HP Cochin/Paris	128 650	128 650
3349571	Tutogen	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	128 650	128 650
3344119	Tutogen	EFS Ile-de-France	128 650	128 650

3342534	Tutogen	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	128 650	128 650
3322402	Tutogen	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	128 650	128 650

3.4.1.5. Sous-section 5: Os long prélevé sur donneurs décédés (distal, proximal ou intercalaire) quel que soit l'os long concerné et sa longueur: tibia, fémur, humérus

La prise en charge est assurée pour les greffons des banques de tissus suivantes :

3.4.1.5.1. Banques de tissus

Code	BANQUES DE TISSUS	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3304440	AP-HP Saint-Louis/Paris	249 131	249 131
3384136	Os long, donneurs décédés, CHU de Nancy	197 704	197 704
3332808	Os long, donneurs décédés, Tours. EFS Centre Atlantique, site de Tours	197 704	197 704
3343574	Os long, donneurs décédés, Poitiers. EFS Centre Atlantique, site de Poitiers	197 704	197 704
3312504	Os long, donneurs décédés, Ile-de-France. EFS Ile-de-France	197 704	197 704
3305125	Os long, donneurs décédés, Marseille. EFS Alpes Méditerranée, site de Marseille	197 704	197 704
3338857	Os long, donneurs décédés, Bordeaux. EFS Aquitaine-Limousin, site de Bordeaux	197 704	197 704
3375976	Os long, donneurs décédés, Reims. EFS Nord de France, site de Reims	197 704	197 704
3306372	Os long, donneurs décédés, Lyon. EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	197 704	197 704
3372713	AP-HP Cochin, Paris	249 131	249 131

3.4.1.5.2. Fournisseurs étrangers / banques importatrices

Code	FOURNISSEURS ÉTRANGERS	BANQUES IMPORTATRICES	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3384811	Banque universitaire de Bruxelles	AP-HP Saint-Louis/Paris	249 131	249 131

3367936	Os long, donneurs décédés, Bruxelles, Nancy	CHU de Nancy	197 704	197 704
3321070	Os long, donneurs décédés, Bruxelles, Tours. Banque universitaire de Bruxelles.	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	197 704	197 704
3316784	Os long, donneurs décédés, Bruxelles, Lyon. Banque universitaire de Bruxelles.	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	197 704	197 704
3370269	Banque universitaire de Bruxelles	AP-HP Cochin/Paris	249 131	249 131

3.4.2. Section 2. - Allogreffes vasculaires

Pour pouvoir être pris en charge, les allogreffes vasculaires doivent répondre aux exigences réglementaires prévues par l' **Ordonnance n° 2012-514 du 18 avril 2012 portant extension et adaptation aux îles Wallis et Futuna, à la Nouvelle-Calédonie et à la Polynésie française des dispositions de la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique** "

3.4.2.1. Allogreffe de veine saphène

Ces allogreffes sont prélevées au bloc opératoire sur donneur vivant lors d'interventions pour varices.
Leur prise en charge est assurée dans les indications suivantes :
- création de fistules artério-veineuses ;
- artériopathie oblitérante sous-poplitée sévère, notamment après surinfection de prothèses synthétiques ;
- maladie de Lapeyronie.

La prise en charge est assurée pour les greffons de veine saphène suivants :

Code	BANQUES DE TISSUS	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3394034	Allogreffe vasculaire, veine saphène, cryoconservée.	208 867	208 867
3333073	Allogreffe vasculaire, veine saphène, non cryoconservée BIOPROTEC. Allogreffe vasculaire de veine saphène conservée entre + 2 et + 8 °C.	261 437	261 437

3.4.2.2. Autre allogreffe vasculaire (artère ou veine autre que veine saphène)

Les greffons les plus fréquemment prélevés sont les greffons aortiques (aorte thoracique ou abdominale), les artères illiaques, axe ilio-fémoral, axe fémoro-poplité, carrefour aorto-bi-iliaque +/- artère fémorale +/- aorte abdominale. Les artères sont prélevées au bloc opératoire chez des sujets en état de mort encéphalique.
La prise en charge des greffons artériels est assurée :
- lors de pontage en milieu infecté ;
- lors de reprise de pontage après infection ;
- pour les pontages sous-poplités en l'absence de veine autologue.

La prise en charge est assurée pour les greffons, artère ou veine autre que veine saphène suivants :

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Code	**BANQUES DE TISSUS**	**Tarif en F.CFP**	**PLV en F.CFP TTC**
3318151	Allogreffe vasculaire, non saphène, cryoconservée.	208 867	208 867
3363252	Allogreffe vasculaire, non saphène, cryoconservée, AP-HP, Saint-Louis Paris. Allogreffe vasculaire non saphène de la banque de tissus de l'hôpital Saint-Louis.	308 085	308 085

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

3.5. Chapitre IV. - Dispositifs médicaux implantables actifs (Nomenclature et tarifs)

Seuls sont pris en charge les dispositifs médicaux implantables actifs et leurs accessoires répondant aux « conditions générales » du présent titre et aux conditions particulières et qui sont expressément inscrits à la nomenclature.
Le prix de vente au public doit être conforme à la réglementation en vigueur.

3.5.1. Section 1. - Stimulateurs cardiaques

Les recommandations sont celles de la Société française de cardiologie (SFC):

1. Formation du médecin implanteur de stimulateurs cardiaques « classiques »:

Cette formation doit associer:
- médecin spécialiste en cardiologie. L'implantation des appareils peut éventuellement être réalisée par un praticien non cardiologue, mais en collaboration effective avec un cardiologue ayant la formation décrite ci-après ;
- compétence en électrophysiologie diagnostique;
- diplôme inter-universitaire de stimulation cardiaque ou équivalence officielle à ce diplôme.

2. Personnel médical et paramédical :

- le centre est dirigé par un cardiologue ayant satisfait aux critères de formation (cf. paragraphe 1);
- une infirmière diplômée d'État ayant reçu une formation spécifique, doit obligatoirement être présente en cours d'intervention.

3. Locaux et équipements techniques:

- salle d'implantation : salle d'opération ou salle d'électrophysiologie disposant des caractéristiques d'asepsie et de sécurité d'un bloc;
- équipement radiologique: au minimum un amplificateur de brillance disposant d'un champ compris entre 18 et 23 cm et une table avec plateau mobile;
- enregistreur multipiste comprenant au moins 6 voies dont 3 sont réservées à l'enregistrement des dérivations de surface. Les 3 autres sont munies de filtre passe-haut et passe-bas adaptés. La vitesse de déroulement doit atteindre au moins 100 mm/s avec marqueur de temps. Il est souhaitable que l'appareil comporte une voie d'enregistrement de la pression intra-artérielle. Cet enregistreur doit être connecté à un écran de visualisation multitraces et peut être relié à un système de stockage des données;
- système de mesure du seuil de stimulation per-opératoire, en tension et en durée, avec durée d'impulsion réglable;
- système d'analyse des stimulateurs comportant un période-mètre sensible à la milliseconde et un fréquence-mètre d'une sensibilité minimale de 0,1 coup/min, adapté à l'analyse des appareils double chambre;
- programmateurs correspondant aux différents types d'appareils couramment implantés ou surveillés dans le centre ;
- équipements nécessaires à la réalisation d'investigations complémentaires cardiologiques (cf, paragraphe 5).

4. Complémentarités dans l'établissement:

- anesthésiste;
- unité de soins intensifs, surveillance continue: une structure de soins intensifs ou de surveillance continue cardiologiques, proche de la salle d'implantation est indispensable pour la surveillance post-opératoire des patients en cas de procédure complexe.

5. Activité du centre :

- le nombre annuel d'implantations ne doit pas élire inférieure à 50 pour un centre et 20 pour un opérateur;
- un centre doit être à même d'implanter tous les types de stimulateurs actuellement disponibles, conformément aux indications établies pour chaque type d'appareil;
- l'ensemble des activités associées à la mise en place des stimulateurs cardiaques doit pouvoir être assuré par le centre;

- exploration à but diagnostique, Holter, électrophysiologie endocavitaire, tests d'inclinaison, tests d'effort, échocardiographie;
- programmation optimale des appareils en sachant utiliser les techniques complémentaires éventuellement nécessaires: Holter, tests d'effort, échocardiographie;
- consultations spécialisées permettant le suivi des patients.

6. Évaluation de l'activité du centre:

- le centre de stimulation doit disposer d'un fichier patients permettant la conservation des données relatives à l'indication de l'appareillage (avec les éléments cliniques et paracliniques qui ont permis de l'établir), au matériel implanté et à la programmation initiale.

Les stimulateurs cardiaques doivent donc être implantés par un praticien ayant bénéficié d'une formation à la technique, dans des centres satisfaisant à l'ensemble des critères susdécrits.

Pour être pris en charge, le stimulateur cardiaque doit être garanti par le fabricant pendant 4 années. Le fabricant doit s'engager à rembourser à l'organisme de prise en charge la valeur d'achat du stimulateur explanté en cas de dysfonctionnement de l'appareil.

3.5.1.1. Sous-section 1: Stimulateurs cardiaques simple chambre

La prise en charge des stimulateurs SSI est assurée dans les situations suivantes:

- stimulateurs mono chambre atrial (AAI): dysfonction du noeud sinusal si la conduction auriculo-ventriculaire est normale et la fonction chronotrope également;
- stimulateur mono chambre ventriculaire (VVI): bloc auriculo-ventriculaire nécessitant une stimulation ventriculaire définitive en l'absence d'insuffisance chronotrope; si l'oreillette n'est pas stimulable ou non détectable de façon prédominante.

La prise en charge est assurée sous réserve des spécifications techniques minimales suivantes:

- modes de stimulation programmables: SOO, SSI;
- fréquence programmable;
- amplitude des impulsions programmable;
- sensibilité programmable;
- période réfractaire programmable;
- hystérésis ;
- fonctions mémoires: statistiques de fonctionnement;
- protection contre les emballements;
- télémétrie bidirectionnelle;
- mesure de l'impédance de la sonde;
- présence d'un indicateur fin de vie;
- longévité > 5 ans dans les conditions suivantes: 2,5 V - 0,5 ms - 70 min-1 - 100 % stimulation SSI - 500 ohms + 1 %.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3451714	Stimulateur cardiaque simple chambre, type SSI (AAI et VVI)	174 348	174 348

3.5.1.2. Sous-section 2: Stimulateurs cardiaques simple chambre à fréquence asservie

La prise en charge des stimulateurs SSIR est assurée dans les situations suivantes :

- stimulateurs mono chambre atrial asservi (AAIR) : dysfonction du noeud sinusal avec insuffisance chronotrope, si la conduction auriculo-ventriculaire est normale en l'absence de toute cardiopathie évolutive;
- stimulateur mono chambre ventriculaire asservi (VVIR) : bloc auriculo-ventriculaire du 2° ou du 3° degré avec insuffisance chronotrope; si l'oreillette n'est pas stimulable ou non détectable de façon prédominante.

La prise en charge est assurée sous réserve des spécifications techniques minimales suivantes:

- modes de stimulation programmables : SOO, SSI, SSIR ;
- capteur à paramètres programmables ;
- fréquence de base programmable ;
- fréquence maximale programmable ;
- amplitude des impulsions programmable ;
- durée des impulsions programmable ;
- sensibilité programmable ;
- période réfractaire programmable ;
- protection contre les emballements ;
- fonctions mémoires: fonctions statistiques (compteurs et histogrammes) ;
- télémétrie bidirectionnelle ;
- mesure de l'impédance de la sonde ;
- présence d'un indicateur fin de vie ;
- longévité > 5 ans dans les conditions suivantes : 2,5 V - 0,5 ma - 70 min^{-1} - 100 % stimulation SSIR - 500 ohms $\pm$ 1 %.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3442750	Stimulateur cardiaque simple chambre fréquence asservie, type SSIR (VVIR/AAIR)	288 129	288 129

La prise en charge est, en outre, assurée sous nom de marque pour les stimulateurs cardiaques suivants sous les numéros de codes spécifiés :

3.5.1.2.1. Société Biotronik France (BIOTRONIK)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3414506	**Stimulateur cardiaque simple chambre fréq.asserv., BIOTRONIK, EVIA SR-T.** Stimulateur cardiaque simple chambre à fréquence asservie (SSIR) équipé d'un système de télétransmission nommé Télécardiologie ou Home Monitoring, de la société BIOTRONIK France. La prise en charge de ce stimulateur est assurée en cas de : - stimulateurs mono chambre atrial asservi (AAIR) : dysfonction du nœud sinusal avec insuffisance chronotrope, si la conduction auriculo-ventriculaire est normale en l'absence de toute cardiopathie évolutive ;	345 129	345 129

	- stimulateur mono chambre ventriculaire asservi (VVIR) : bloc auriculo-ventriculaire du 2e ou du 3e degré avec insuffisance chronotrope ; si l'oreillette n'est pas stimulable ou non détectable de façon prédominante. Le système de télétransmission nécessite des conditions particulières d'utilisation : - une programmation des alertes envoyées au centre de rythmologie : panne du boîtier, dysfonction des sondes, indicateur de fin de vie de la pile, arrêt prolongé de la transmission sans accord préalable patient-médecin ; - la rédaction d'un protocole entre la société BIOTRONIK France et le médecin assurant la prise en charge du patient, précisant : - l'identification du médecin assurant la prise en charge du patient, y compris en cas d'alerte ; - l'organisation du suivi du patient porteur du dispositif, par le médecin concerné, dans le respect des bonnes pratiques cliniques et des exigences liées au dispositif ; les modalités de recueil du consentement du patient ; - la définition des indicateurs d'alerte ainsi que leur modalité de recueil ; - la description des modalités de réponse aux alertes, tant de la part du médecin que de la société BIOTRONIK France ; - le rôle du médecin et celui de la société BIOTRONIK France à chaque étape de la procédure définie dans le cadre du protocole ; - les modalités pratiques du maintien d'un contact régulier entre le médecin assurant la prise en charge du patient et BIOTRONIK France en l'absence d'alerte ainsi que les modalités de vérification régulière de la validité des coordonnées du patient de façon à maintenir la possibilité d'intervention ; - si nécessaire, les compétences, formations, spécialisations et liens avec le patient des professionnels de santé intervenant (en routine et en cas d'alerte) ; - les règles d'habilitation et de sécurisation des droits d'accès au système d'information support du dispositif ; - les règles de sécurité, de traçabilité et confidentialité des données transmises et conservées ; - la rédaction par la société BIOTRONIK France d'une annexe technique précisant la maintenance du dispositif La prise en charge de ce stimulateur nécessite des conditions particulières : Les IRM réalisées avec le stimulateur EVIA doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe cardiologique sur le même site géographique et uniquement dans les conditions suivantes : - IRM clinique à tunnel fermé, aimant cylindrique et champ magnétique statique d'intensité de 1,5 tesla ; - vitesse de balayage ne doit pas dépasser 216 T/m/s ; - aucune bobine d'émission locale supplémentaire mise en œuvre ; - sonde et stimulateur cardiaque compatibles ProMRI ; - patient porteur d'aucun autre appareil implanté ; - patient apyrétique ; - patient de taille >= 1,40 m ;		

	- système de stimulation implanté> = 6 semaines ; - système de stimulation implanté dans la région pectorale ; - seuil de stimulation <= 2,0 V pour une durée d'impulsion de 0,4 ms ; - impédance de sonde déterminée entre 200 et 1 500 ohms ; - patient couché sur le dos ; - respect de la zone de positionnement autorisé (zone d'exclusion comprise entre les épaules et la crête iliaque) ; - durée totale de l'examen IRM <= 30 minutes ; - débit d'absorption spécifique moyen du corps entier affiché par le scanner IRM = 2,0 W/kg ; - débit d'absorption de la tête affiché par le scanner IRM <= 3,2 W/kg ; - équipement d'urgence de réanimation à portée de main et personnel qualifié correspondant disponible ; - surveillance hémodynamique continue durant toute la durée de l'examen IRM en saisissant au moins l'un des paramètres suivants : SaO2, pression sanguine, ECG. Enfin, le mode IRM spécial doit être programmé par un cardiologue ou rythmologue avant l'examen IRM puis déprogrammé à l'issue de l'examen. L'intervalle de temps entre la programmation et la déprogrammation doit être le plus court possible. La télésurveillance médicale de stimulateur cardiaque implantable nécessite des conditions particulières d'utilisation : - une programmation des alertes envoyées au centre de rythmologie : panne du transmetteur, dysfonction des sondes, indicateur de fin de vie de la pile, arrêt prolongé de la transmission sans accord préalable patient-médecin ; - des consultations générées uniquement par les alertes et si l'état du patient le nécessite - en l'absence d'alerte : - un contact annuel avec le médecin et/ou le cardiologue traitant afin de maintenir un réseau de soins autour du patient ; - un contact annuel avec le patient afin de maintenir son lien avec le centre de rythmologie et de vérifier la validité de ses coordonnées de façon à maintenir la possibilité d'intervention.		

3.5.1.2.2. Société BOSTON SCIENTIFIC (BOSTON)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3429962	**Stimulateur cardiaque simple chambre fréq. asserv., BOSTON, ACCOLADE IRM SR.** DESCRIPTION	328 496	328 496

	Stimulateur cardiaque simple chambre à fréquence asservie (SSIR) équipé d'un système de télétransmission LATITUDE NXT, de la société BOSTON SCIENTIFIC. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Il est recommandé que les IRM réalisées avec le stimulateur ACCOLADE IRM SR soient pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe cardiologique sur le même site géographique et uniquement dans le respect des conditions de sécurité et uniquement dans les conditions suivantes : – Patient porteur d'un système de stimulation compatible IRM sous conditions IMAGE READY (se reporter au guide technique du système de stimulation compatible IRM sous conditions IMAGE READY pour vérification des compatibilités) – Stimulateur cardiaque en mode Protection IRM pendant l'examen. – Fonctionnement bipolaire de la stimulation ou stimulation interrompue. – Patient ne présentant pas une température corporelle élevée ou sa thermorégulation n'est pas compromise au moment de l'examen. – Stimulateur cardiaque implanté obligatoirement dans la région pectorale gauche ou droite. – Au moins six semaines depuis l'implantation et/ou toute révision de la sonde ou toute modification chirurgicale du système de stimulation compatible IRM sous conditions. – Aucun dispositif, composant ni accessoire lié au coeur autre que le système de stimulation compatible IRM sous conditions IMAGE READY présent. – Seuil de stimulation ≤ 2,0 V chez les patients stimulo-dépendants. – Aucune sonde ni aucun stimulateur cardiaque abandonnés. – Aucune preuve de rupture de sonde ni d'altération de l'intégrité du système stimulateur cardiaque/sondes. – Puissance de l'aimant de l'appareil IRM de 1,5T ou 3T (ACCOLADE IRM compatible IRM 3T associé aux sondes INGEVITY IRM et compatible IRM 1,5T associé aux sondes FINELINE II) : – 3T – Champ de radiofréquence (RF) d'environ 128 MHz, – Gradient spatial non supérieur à 50T/m (5 000 G/cm) sur le système de stimulation. – 1,5T – Champ de radiofréquence (RF) d'environ 64 MHz, – Gradient spatial non supérieur à 50T/m (5 000 G/cm) sur le système de stimulation, – Scanners horizontaux, proton H1, fermés uniquement, – Limites du Débit d'Absorption Spécifique (DAS). Pour un système de stimulation IMAGE READY avec des sondes FINELINE II, les limites de DAS pour le mode de fonctionnement normal1 doivent être observées pour l'intégralité de la session d'examen actif, de la manière suivante : – Moyenne du corps entier, ≤ 4,0W/Kg, – Tête, ≤ 3,2 W/Kg, – Limites du champ de gradient : Fréquence de balayage du gradient spécifié maximum ≤ 200T/m/s par axe,		

	– Aucune bobine locale transmission seule ou transmission/réception placée directement sur le système de stimulation, utilisation d'une bobine réception seule n'est pas limitée, – Patient en position de décubitus dorsal ou ventral uniquement, – Le patient doit faire l'objet d'une oxymétrie pulsée et/ou d'une électrocardiographie (ECG) au cours de l'examen par l'IRM. La télésurveillance médicale de stimulateur cardiaque implantable nécessite des conditions particulières d'utilisation : – une programmation des alertes envoyées au centre de rythmologie : panne du boîtier, du transmetteur, dysfonction des sondes, indicateur de fin de vie de la pile, arrêt prolongé de la transmission sans accord préalable patient-médecin ; – des consultations générées uniquement par les alertes et si l'état du patient le nécessite ; – en l'absence d'alerte : – un contact annuel avec le médecin et/ou le cardiologue traitant afin de maintenir un réseau de soins autour du patient, – un contact annuel avec le patient afin de maintenir son lien avec le centre de rythmologie et de vérifier la validité de ses coordonnées de façon à maintenir la possibilité d'intervention. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE – Stimulateur ACCOLADE IRM SR (référence L310), à connecteur conforme aux normes européennes – Eléments du système de télésurveillance LATITUDE NXT destinés au patient incluant : – Communicateur LATITUDE NXT associé à ACCOLADE IRM SR ; – Adaptateur 3G ; – Filtre téléphonique DSL pour communicateur ; – Accessoire du communicateur et kit de littérature (comprenant manuel patient, guide, DVD, adaptateur, cordon téléphonique, adaptateur téléphonique) ; – Adaptateur Ethernet ; – Adaptateur cellulaire ; – Adaptateur Bluetooth.		

3.5.1.3. Sous-section 3: Stimulateurs cardiaques VDD ou VDDR

- **La prise en charge des stimulateurs VDD ou VDDR est assurée dans les situations suivantes:**

Bloc auriculo-ventriculaire symptomatique (essoufflement, inadaptation à l'effort, syncope,...) ne nécessitant qu'une stimulation ventriculaire permanente ou intermittente (si la conduction auriculo-ventriculaire est préservée) :

- lorsque la fonction sinusale est normale et prédominante;
- et que la fonction chronotrope sinusale est normale;
- et qu'il n'y a pas de nécessité de stimuler l'oreillette, même à des fréquences inférieures à 60 battements par minute la nuit.

- **La prise en charge est assurée sous réserve des spécifications techniques minimales suivantes:**

- modes de stimulation programmables: VOO, VVI, VDD;

- fréquence de base programmable;
- fréquence maximale programmable;
- amplitude des impulsions ventriculaires programmable;
- durée des impulsions ventriculaires programmable;
- sensibilité atriale programmable;
- sensibilité atriale < 0,5 mV;
- délai auriculo-ventriculaire programmable;
- période réfractaire programmable;
- fonctions mémoires: fonctions statistiques (compteurs et histogrammes);
- télémétrie bidirectionnelle;
- mesure de l'impédance de la sonde;
- présence d'un indicateur fin de vie;
- longévité > 4 ans dans les conditions suivantes: 2,5 V - 0,5 ms - 70 min^{-1} - 100 % stimulation VDD(R) - 500 ohms $\pm$ 1 %.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3444364	Stimulateur cardiaque double chambre monosonde, type VDD	261 522	261 522
3488864	Stimulateur cardiaque double chambre monosonde à fréquence asservie, type VDDR	321 536	321 536

3.5.1.4. Sous-section 4: Stimulateurs cardiaques double chambre

▪ **La prise en charge des stimulateurs DDD est assurée dans les situations suivantes:**

Bloc auriculo-ventriculaire du 2° ou du 3° degré nécessitant une stimulation ventriculaire permanente ou intermittente :
- lorsque la fonction sinusale est prédominante et normale et la détection atriale stable;
- et que la fonction chronotrope est normale à l'effort;
- et qu'une stimulation atriale est nécessaire aux fréquences basses (< 60 bpm).

La fibrillation auriculaire chronique et permanente n'est pas une indication de la stimulation double chambre.

▪ **La prise en charge est assurée sous réserve des spécifications techniques minimales suivantes:**
- modes de stimulation programmables: SOO, SSI, DOO, DDI, DDD;
- fréquence de base programmable;
- fréquence maximale programmable;
- sensibilité atriale programmable;
- sensibilité ventriculaire programmable;
- amplitude des impulsions ventriculaires programmable;
- délai auriculo-ventriculaire programmable;

- amplitude des impulsions atriales programmable;
- durée des impulsions atriales programmable;
- durée des impulsions ventriculaires programmable;
- périodes réfractaires programmables dans les deux canaux (atrial et ventriculaire);
- protection contre les phénomènes d'écoute croisée;
- fonctions mémoire: fonctions statistiques (compteurs et histogrammes);
- télémétrie bidirectionnelle;
- mesures des impédances des sondes;
- indicateur fin de vie ;
- longévité > 4 ans dans les conditions suivantes: 2,5 V - 0,5 ms - 70 min^{-1} - 100 % stimulation DDD - 500 ohms $\pm$ 1%.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3405565	Stimulateur cardiaque double chambre, type DDD	290 580	290 580

3.5.1.5. Sous-section 5: Stimulateurs cardiaques double chambre à fréquence asservie

▪ **La prise en charge des stimulateurs DDDR est assurée dans les situations suivantes :**

- Bloc auriculo-ventriculaire du 2° ou du 3° degré nécessitant une stimulation ventriculaire permanente ou intermittente (si la conduction auriculo-ventriculaire est préservée):

- chez le patient ayant une insuffisance chronotrope, lorsque le maintien d'une activité physique est possible ;
- et si l'oreillette est stimulable de façon prédominante.

- Dysfonction du noeud sinusal avec insuffisance chronotrope associée soit à des anomalies de la conduction auriculo-ventriculaire, soit à une maladie rythmique atriale. La fibrillation auriculaire chronique et permanente n'est pas une indication de la stimulation double chambre.

▪ **La prise en charge est assurée sous réserve des spécifications techniques minimales suivantes :**

- modes de stimulation programmables: SOO, SSI, VVIR, DOO, DDI, DDIR, DDD, DDDR ;
- capteur à paramètres programmables ;
- fréquence de base programmable ;
- fréquence maximale programmable ;
- sensibilité atriale programmable ;
- sensibilité ventriculaire programmable ;
- amplitude des impulsions ventriculaires programmable ;
- délai auriculo-ventriculaire programmable ;
- amplitude des impulsions atriales programmable ;
- durée des impulsions atriales programmable ;
- durée des impulsions ventriculaires programmable ;
- périodes réfractaires programmables ;

- protection contre les phénomènes d'écoute croisée ;
- fonctions mémoire: fonctions statistiques (compteurs et histogrammes) ;
- télémétrie bidirectionnelle ;
- mesures des impédances des sondes ;
- présence d'un indicateur fin de vie ;
- longévité > 4 ans dans les conditions suivantes : 2,5 V - 0,5 ms - 70 min^{-1} - 100 % stimulation DDDR - 500 ohms $\pm$ 1 %.

3.5.1.5.1. Génériques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3489875	Stimulateur cardiaque double chambre, type DDDR	345 065	345 065

La prise en charge est, en outre, assurée sous nom de marque pour les stimulateurs cardiaques suivants sous les numéros de codes spécifiés :

3.5.1.5.2. Société Biotronik France (Biotronik)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3472685	**Stimulateur cardiaque double chambre fréq.asserv., BIOTRONIK, EVIA DR-T.** Stimulateur cardiaque double chambre à fréquence asservie (DDDR) équipé d'un système de télétransmission nommé Télécardiologie ou Home Monitoring, de la société BIOTRONIK France. La prise en charge de ce stimulateur est assurée en cas de : - dysfonction du nœud sinusal avec insuffisance chronotrope associée soit à des anomalies de la conduction auriculo-ventriculaire, soit à une maladie rythmique atriale ; - bloc auriculo-ventriculaire du 2e ou du 3e degré nécessitant une stimulation ventriculaire permanente ou intermittente (si la conduction auriculo-ventriculaire est préservée) : - chez le patient ayant une insuffisance chronotrope, lorsque le maintien d'une activité physique est possible ; - et si l'oreillette est stimulable de façon prédominante. Le système de télétransmission nécessite des conditions particulières d'utilisation : - une programmation des alertes envoyées au centre de rythmologie : panne du boîtier, dysfonction des sondes, indicateur de fin de vie de la pile, arrêt prolongé de la transmission sans accord préalable patient-médecin ; - la rédaction d'un protocole entre la société BIOTRONIK France et le médecin assurant la prise en charge du patient, précisant : - l'identification du médecin assurant la prise en charge du patient y compris en cas d'alerte ; - l'organisation du suivi du patient porteur du dispositif, par le médecin concerné, dans le respect des bonnes pratiques cliniques et des exigences liées au dispositif ; - les modalités de recueil du consentement du patient ;	402 065	402 065

	- la définition des indicateurs d'alerte ainsi que leur modalité de recueil ; - la description des modalités de réponse aux alertes, tant de la part du médecin que de la société BIOTRONIK France ; - le rôle du médecin et celui de la société BIOTRONIK France à chaque étape de la procédure définie dans le cadre du protocole ; - les modalités pratiques du maintien d'un contact régulier entre le médecin assurant la prise en charge du patient et BIOTRONIK France en l'absence d'alerte ainsi que les modalités de vérification régulière de la validité des coordonnées du patient de façon à maintenir la possibilité d'intervention ; -si nécessaire, les compétences, formations, spécialisations et liens avec le patient des professionnels de santé intervenant (en routine et en cas d'alerte) ; - les règles d'habilitation et de sécurisation des droits d'accès au système d'information support du dispositif ; - les règles de sécurité, de traçabilité et de confidentialité des données transmises et conservées. - la rédaction par la société BIOTRONIK France d'une annexe technique précisant la maintenance du dispositif.		
	La prise en charge de ce stimulateur nécessite des conditions particulières : Les IRM réalisées avec le stimulateur EVIA doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe cardiologique sur le même site géographique et uniquement dans les conditions suivantes : - IRM clinique à tunnel fermé, aimant cylindrique et champ magnétique statique d'intensité de 1,5 tesla ; - vitesse de balayage ne doit pas dépasser 216 T/m/s ; - aucune bobine d'émission locale supplémentaire mise en œuvre ; - sonde et stimulateur cardiaque compatibles ProMRI ; patient porteur d'aucun autre appareil implanté ; patient apyrétique ; patient de taille >= 1,40 m ; système de stimulation implanté >= 6 semaines ; - système de stimulation implanté dans la région pectorale ; seuil de stimulation <= 2,0 V pour une durée d'impulsion de 0,4 ms ; - impédance de sonde déterminée entre 200 et 1 500 ohms ; patient couché sur le dos ; - respect de la zone de positionnement autorisé (zone d'exclusion comprise entre les épaules et la crête iliaque) ; durée totale de l'examen IRM <= 30 minutes ; - débit d'absorption spécifique moyen du corps entier affiché par le scanner IRM <= 2,0 W/kg ; - débit d'absorption de la tête affiché par le scanner IRM <= 3,2 W/kg ; - équipement d'urgence de réanimation à portée de main et personnel qualifié correspondant disponible ;		

	- surveillance hémodynamique continue durant toute la durée de l'examen IRM en saisissant au moins l'un des paramètres suivants : SaO2, pression sanguine, ECG. Enfin, le mode IRM spécial doit être programmé par un cardiologue ou rythmologue avant l'examen IRM puis déprogrammé à l'issue de l'examen. L'intervalle de temps entre la programmation et la déprogrammation doit être le plus court possible. La télésurveillance médicale de stimulateur cardiaque implantable nécessite des conditions particulières d'utilisation : une programmation des alertes envoyées au centre de rythmologie : panne du transmetteur, dysfonction des sondes, indicateur de fin de vie de la pile, arrêt prolongé de la transmission sans accord préalable patient-médecin ; - des consultations générées uniquement par les alertes et si l'état du patient le nécessite ; en l'absence d'alerte : - un contact annuel avec le médecin et/ou le cardiologue traitant afin de maintenir un réseau de soins autour du patient ; - un contact annuel avec le patient afin de maintenir son lien avec le centre de rythmologie et de vérifier la validité de ses coordonnées de façon à maintenir la possibilité d'intervention.		

3.5.1.6. Sous-section 6: Stimulateurs cardiaques implantables avec stimulation atriobiventriculaire pour resynchronisation, dits"triple chambre"

L'unité d'implantation doit répondre aux conditions suivantes : :

1/ Disposer d'un personnel médical et paramédical comme suit :

- personnel médical : l'équipe est dirigée par un cardiologue ayant satisfait aux critères de formation définis au point 4 ci-après et comporte plusieurs médecins satisfaisant aux mêmes conditions ;
- personnel paramédical : le personnel de la salle d'implantation et un infirmier ou une infirmière ayant reçu une formation spécifique d'un mois minimum, obligatoirement présent(e) au cours de l'intervention.

2/ Disposer d'un environnement technologique pour l'implantation et le réglage des appareils comme suit :

- salle d'implantation : salle d'opération ou salle d'électrophysiologie disposant des caractéristiques d'asepsie et de sécurité d'un bloc opératoire ;
  - équipement radiologique : amplificateur de brillance disposant d'un champ compris entre 18 et 23 cm, avec arceau mobile permettant de pratiquer des vues obliques ; table avec plateau mobile ;
- possibilité de réaliser des angiographies sélectives du sinus coronaire et de mémoriser les images ;
- enregistreur multipiste possédant les spécifications suivantes, ou une technologie plus évoluée :
  - six voies, dont trois sont réservées à l'enregistrement de l'ECG de surface ; les trois autres sont munies de filtres passe-haut et passe-bas adaptés ;
  - la vitesse de déroulement doit atteindre au moins 100 mm/s avec marqueur de temps ;
    connexion à un écran de visualisation multitraces ;
  - liaison à un système de stockage des données ;
- système de mesure du seuil de stimulation per-opératoire, en tension et en durée, avec durée d'impulsion réglable ;

- programmateurs correspondant aux différents types d'appareils implantés et surveillés dans le centre.

3/ Assurer l'ensemble des activités associées à la mise en place des stimulateurs cardiaques triple chambre, en particulier :

- activités permettant la programmation optimale des appareils en sachant utiliser les techniques complémentaires éventuellement nécessaires, notamment échocardiographie-doppler, tests d'effort ;
- consultations spécialisées organisées pour les suivis technique et clinique des patients implantés ;
- être à même d'implanter tous les types de stimulateurs actuellement disponibles conformément aux indications établies pour chaque type d'appareil.

4/ Justifier d'une activité :

- nombre minimal d'implantation par an et par centre (primo-implantations et remplacement de boîtiers) : 100 implantations de stimulateurs (et de 30 par opérateur dans l'unité) de tous types confondus actuellement disponibles conformément aux indications établies pour chaque type d'appareil.

5/ S'engager à participer aux actions d'évaluation, notamment :

- disposer d'un fichier des patients permettant la conservation des données relatives à l'indication de l'appareillage (avec les éléments cliniques et para-cliniques qui ont permis de l'établir) au matériel implanté et à la programmation initiale. Ce fichier doit être accessible 24 heures sur 24 ;
- remplir systématiquement une carte européenne à chaque implantation ;
- participer au protocole commun d'étude de suivi des stimulateurs cardiaques implantables triple chambre.

6/ Les praticiens formés à la technique doivent répondre aux exigences suivantes :

- être cardiologue qualifié ;
- avoir une compétence en électrophysiologie diagnostique et interventionnelle ;
- connaître la technique de resynchronisation cardiaque, en particulier pour l'implantation des sondes de stimulation ventriculaire gauche.

7/ Suivi des implantations : les organismes d'assurance maladie transmettent régulièrement aux directeurs des ARH les données des stimulateurs triple chambre implantés pris en charge.

Pour être pris en charge le stimulateur cardiaque triple chambre doit être garanti par le fabricant pendant quatre années.

Le fabricant doit s'engager à rembourser à l'organisme de prise en charge la valeur d'achat du stimulateur triple chambre explanté en cas de dysfonctionnement de l'appareil, pendant le délai de garantie, sans préjudice de tout recours qui pourrait intervenir.

Indications de prise en charge :

Les stimulateurs cardiaques triple chambre sont indiqués pour une resynchronisation cardiaque par stimulation atriobiventriculaire en cas d'insuffisance cardiaque sévère (classe III- IV de la NYHA), malgré un traitement médical optimal, chez des patients en rythme sinusal, avec complexes QRS > 120 ms sur l'ECG, fraction d'éjection ventriculaire gauche $\leq$ 35 % et diamètre télédiastolique ventriculaire gauche > 27 mm/m² de surface corporelle.

La prise en charge est assurée pour les stimulateurs cardiaques triple chambre suivants :

3.5.1.6.1. Biotronik France

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3409876	Stimulateur cardiaque de resynchonisation ventriculaire, BIOTRONIK, STRATOS LV	456 000	456 000
3490513	Stimulateur cardiaque de resynchonisation ventriculaire, BIOTRONIK, STRATOS LVT	456 000	456 000

3459644	**Stimulateur cardiaque de resynchronisation ventriculaire, BIOTRONIK, EVIA HF-T, stimulateur cardiaque implantable avec stimulation atriobiventriculaire pour resynchronisation, dit « triple chambre » équipé du système HOME MONITORING de la société BIOTRONIK France** La prise en charge de ce stimulateur nécessite des conditions particulières : Les IRM réalisées avec le stimulateur EVIA doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe cardiologique sur le même site géographique et uniquement dans les conditions suivantes : - IRM clinique à tunnel fermé, aimant cylindrique et champ magnétique statique d'intensité de 1,5 Tesla ; - la vitesse de balayage ne doit pas dépasser 216 T/m/s ; - aucune bobine d'émission locale supplémentaire mise en œuvre ; - sonde et stimulateur cardiaque compatibles ProMRI ; - patient porteur d'aucun autre appareil implanté ; - patient apyrétique ; - patient de taille = 1,40 m ; - système de stimulation implanté = 6 semaines ; - système de stimulation implanté dans la région pectorale ; - seuil de stimulation = 2,0 V pour une durée d'impulsion de 0,4 ms ; - impédance de sonde déterminée entre 200 et 1 500 Ohms ; - patient couché sur le dos ; - respect de la zone de positionnement autorisé (zone d'exclusion comprise entre les épaules et la crête iliaque) ; - durée totale de l'examen IRM = 30 minutes ; - débit d'absorption spécifique moyen du corps entier affiché par le scanner IRM = 2,0 W/kg ; - débit d'absorption de la tête affiché par le scanner IRM = 3,2 W/kg ; - équipement d'urgence de réanimation à portée de main et personnel qualifié correspondant disponible ; - surveillance hémodynamique continue durant toute la durée de l'examen IRM en saisissant au moins l'un des paramètres suivants : SaO2, pression sanguine, ECG. Enfin, le mode IRM spécial doit être programmé par un cardiologue ou rythmologue avant l'examen IRM puis déprogrammé à l'issue de l'examen. L'intervalle de temps entre la programmation et la déprogrammation doit être le plus court possible. La télésurveillance médicale de stimulateur cardiaque implantable nécessite des conditions particulières d'utilisation : La rédaction d'un protocole entre la société BIOTRONIK France et le médecin assurant la prise en charge du patient précisant : - l'identification du médecin assurant la prise en charge du patient, y compris en cas d'alerte ; - l'organisation du suivi du patient porteur du dispositif par le médecin concerné, dans le respect des bonnes pratiques cliniques et des exigences liées au dispositif ; - les modalités de recueil du consentement du patient ; - la définition des indicateurs d'alerte ainsi que leur modalité de recueil ;	535 800	535 800

	- la description des modalités de réponse aux alertes, tant de la part du médecin que de la société BIOTRONIK France ; - le rôle du médecin et celui de la société BIOTRONIK France à chaque étape de la procédure définie dans le cadre du protocole ; - les modalités pratiques du maintien d'un contact régulier entre le médecin assurant la prise en charge du patient et BIOTRONIK France en l'absence d'alerte ainsi que les modalités de vérification régulière de la validité des coordonnées du patient de façon à maintenir la possibilité d'intervention ; - si nécessaire, les compétences, formations, spécialisations et liens avec le patient des professionnels de santé intervenant (en routine et en cas d'alerte) ; - les règles d'habilitation et de sécurisation des droits d'accès au système d'information support du dispositif ; - les règles de sécurité, de traçabilité et confidentialité des données transmises et conservées. La rédaction par la société BIOTRONIK France d'une annexe technique précisant la maintenance du dispositif. Une programmation des alertes envoyées au centre de rythmologie : panne du boîtier, dysfonction des sondes, indicateur de fin de vie de la pile, arrêt prolongé de la transmission sans accord préalable patient-médecin. Des consultations générées uniquement par les alertes et si l'état du patient le nécessite. En l'absence d'alerte : un contact annuel avec le médecin et/ou le cardiologue traitant afin de maintenir un réseau de soins autour du patient ; un contact annuel avec le patient afin de maintenir son lien avec le centre de rythmologie et de vérifier la validité de ses coordonnées de façon à maintenir la possibilité d'intervention.		

3.5.1.6.2. Boston Scientific SAS (BOSTON)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3464421	**Stimulateur cardiaque triple chambre, BOSTON, CONTAK RENEWAL TR2.** La prise en charge est assurée pour les modèles suivants: H140 et H145. La prise en charge du modèle H145 est limitée aux cas de remplacement de matériel pour les patients auxquels ce modèle a déjà été implanté.	456 000	456 000
3424781	**Stimulateur cardiaque triple chambre, Boston, INVIVE CRT-P.** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : W172 : modèle à connecteur non conforme aux normes européennes ; W173 : modèle à connecteur conforme aux normes européennes. La prise en charge du modèle W172 est limitée aux cas de remplacement de matériel pour les patients auxquels ce modèle a déjà été implanté	456 000	456 000
3410460	**Stimulateur cardiaque triple chambre, Boston, INLIVEN CRT-P, modèle W274.** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - W274 : modèle à connecteur non conforme aux normes européennes.	456 000	456 000

	La prise en charge du modèle W274 est limitée aux cas de remplacement de matériel pour les patients auxquels ce modèle a déjà été implanté		
3482301	**Stimulateur cardiaque triple chambre, Boston, INLIVEN CRT-P, modèle W275.** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - W275 : modèle à connecteur conforme aux normes européennes	456 000	456 000
3416238	**Stimulateur cardiaque triple chambre, BOSTON, VISIONIST** La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - U225 : modèle à connecteur conforme aux normes européennes. - U226 : modèle à connecteur non conforme aux normes européennes. - U228 : modèle à connecteur conforme aux normes européennes La prise en charge du modèle U226 est limitée aux cas de remplacement de matériel pour les patients auxquels ce modèle a déjà été implanté.	456 000	456 000
3422629	**Stimulateur cardiaque double chambre fréq. asserv., BOSTON, ACCOLADE IRM DR.** DESCRIPTION Stimulateur cardiaque double chambre à fréquence asservie équipé d'un système de télétransmission LATITUDE NXT, de la société BOSTON SCIENTIFIC. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Il est recommandé que les IRM réalisées avec le stimulateur ACCOLADE IRM DR soient pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe cardiologique sur le même site géographique et uniquement dans le respect des conditions de sécurité et uniquement dans les conditions suivantes : – Patient porteur d'un système de stimulation compatible IRM sous conditions IMAGE READY (se reporter au guide technique du système de stimulation compatible IRM sous conditions IMAGE READY pour vérification des compatibilités) – Stimulateur cardiaque en mode Protection IRM pendant l'examen. – Fonctionnement bipolaire de la stimulation ou stimulation interrompue. – Patient ne présentant pas une température corporelle élevée ou sa thermorégulation n'est pas compromise au moment de l'examen. – Stimulateur cardiaque implanté obligatoirement dans la région pectorale gauche ou droite. – Au moins six semaines depuis l'implantation et/ou toute révision de la sonde ou toute modification chirurgicale du système de stimulation compatible IRM sous conditions. – Aucun dispositif, composant ni accessoire lié au coeur autre que le système de stimulation compatible IRM sous conditions IMAGE READY présent. – Seuil de stimulation ≤ 2,0 V chez les patients stimulo-dépendants. – Aucune sonde ni aucun stimulateur cardiaque abandonnés. – Aucune preuve de rupture de sonde ni d'altération de l'intégrité du système stimulateur cardiaque/sondes. – Puissance de l'aimant de l'appareil IRM de 1,5T ou 3T (ACCOLADE IRM compatible IRM 3T associé aux sondes INGEVITY IRM et compatible IRM 1,5T associé aux sondes FINELINE II) :	382 145	382 145

	– 3T – Champ de radiofréquence (RF) d'environ 128 MHz. – Gradient spatial non supérieur à 50T/m (5 000 G/cm) sur le système de stimulation. – 1,5T – Champ de radiofréquence (RF) d'environ 64 MHz. – Gradient spatial non supérieur à 50T/m (5 000 G/cm) sur le système de stimulation. – Scanners horizontaux, proton H1, fermés uniquement – Limites du Débit d'Absorption Spécifique (DAS) : Pour un système de stimulation IMAGE READY avec des sondes FINELINE II, les limites de DAS pour le mode de fonctionnement normal1 doivent être observées pour l'intégralité de la session d'examen actif, de la manière suivante : – Moyenne du corps entier, ≤ 2,0W/Kg, – Tête, ≤ 3,2 W/Kg. Pour un système de stimulation IMAGE READY associé à des sondes INGEVITY IRM, les limites de DAS pour le mode de fonctionnement normal1 ou pour le mode de fonctionnement contrôlé de premier niveau2 doivent être observées pour l'intégralité de la session d'examen actif, de la manière suivante : – Moyenne du corps entier, ≤ 4,0W/Kg, – Tête, ≤ 3,2 W/Kg. – Limites du champ de gradient : Fréquence de balayage du gradient spécifié maximum ≤ 200T/m/s par axe – Aucune bobine locale transmission seule ou transmission/réception placée directement sur le système de stimulation, utilisation d'une bobine réception seule n'est pas limitée – Patient en position de décubitus dorsal ou ventral uniquement – Le patient doit faire l'objet d'une oxymétrie pulsée et/ou d'une électrocardiographie (ECG) au cours de l'examen par l'IRM. La télésurveillance médicale de stimulateur cardiaque implantable nécessite des conditions particulières d'utilisation : – une programmation des alertes envoyées au centre de rythmologie : panne du boîtier, du transmetteur, dysfonction des sondes, indicateur de fin de vie de la pile, arrêt prolongé de la transmission sans accord préalable patient-médecin ; – des consultations générées uniquement par les alertes et si l'état du patient le nécessite ; – en l'absence d'alerte : – un contact annuel avec le médecin et/ou le cardiologue traitant afin de maintenir un réseau de soins autour du patient, – un contact annuel avec le patient afin de maintenir son lien avec le centre de rythmologie et de vérifier la validité de ses coordonnées de façon à maintenir la possibilité d'intervention. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE – Stimulateur ACCOLADE IRM DR (modèle L311), à connecteur conforme aux normes européennes		

	– Eléments du système de télésurveillance LATITUDE NXT destinés au patient incluant : – Communicateur LATITUDE NXT associé à ACCOLADE IRM DR ; – Adaptateur 3G ; – Filtre téléphonique DSL pour communicateur ; – Accessoire du communicateur et kit de littérature (comprenant manuel patient, guide, DVD, adaptateur, cordon téléphonique, adaptateur téléphonique) ; – Adaptateur Ethernet ; – Adaptateur cellulaire ; – Adaptateur Bluetooth.		
3435388	**Stimulateur cardiaque double chambre fréq. asserv., BOSTON, ACCOLADE IRM DR EL.** DESCRIPTION Stimulateur cardiaque double chambre à fréquence asservie équipé d'un système de télétransmission LATITUDE NXT, de la société BOSTON SCIENTIFIC. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Il est recommandé que les IRM réalisées avec le stimulateur ACCOLADE IRM DR EL soient pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe cardiologique sur le même site géographique et uniquement dans le respect des conditions de sécurité et uniquement dans les conditions suivantes : - Patient porteur d'un système de stimulation compatible IRM sous conditions IMAGE READY (se reporter au guide technique du système de stimulation compatible IRM sous conditions IMAGE READY pour vérification des compatibilités) - Stimulateur cardiaque en mode Protection IRM pendant l'examen. - Fonctionnement bipolaire de la stimulation ou stimulation interrompue. - Patient ne présentant pas une température corporelle élevée ou sa thermorégulation n'est pas compromise au moment de l'examen. - Stimulateur cardiaque implanté obligatoirement dans la région pectorale gauche ou droite. - Au moins six semaines depuis l'implantation et/ou toute révision de la sonde ou toute modification chirurgicale du système de stimulation compatible IRM sous conditions. - Aucun dispositif, composant ni accessoire lié au coeur autre que le système de stimulation compatible IRM sous conditions IMAGE READY présent. - Seuil de stimulation ≤ 2,0 V chez les patients stimulo-dépendants. - Aucune sonde ni aucun stimulateur cardiaque abandonnés. - Aucune preuve de rupture de sonde ni d'altération de l'intégrité du système stimulateur cardiaque/sondes. - Puissance de l'aimant de l'appareil IRM de 1,5T ou 3T (ACCOLADE IRM compatible IRM 3T associé aux sondes INGEVITY IRM et compatible IRM 1,5T associé aux sondes FINELINE II) : - 3T - Champ de radiofréquence (RF) d'environ 128 MHz. - Gradient spatial non supérieur à 50T/m (5 000 G/cm) sur le système de stimulation.	382 145	382 145

	- 1,5T - Champ de radiofréquence (RF) d'environ 64 MHz. - Gradient spatial non supérieur à 50T/m (5 000 G/cm) sur le système de stimulation. - Scanners horizontaux, proton H1, fermés uniquement - Limites du Débit d'Absorption Spécifique (DAS) : - Pour un système de stimulation IMAGE READY avec des sondes FINELINE II, les limites de DAS pour le mode de fonctionnement normal1 doivent être observées pour l'intégralité de la session d'examen actif, de la manière suivante : - Moyenne du corps entier, ≤ 2,0W/Kg. - Tête, ≤ 3,2 W/Kg. Pour un système de stimulation IMAGE READY associé à des sondes INGEVITY IRM, les limites de DAS pour le mode de fonctionnement normal1 ou pour le mode de fonctionnement contrôlé de premier niveau2 doivent être observées pour l'intégralité de la session d'examen actif, de la manière suivante : - Moyenne du corps entier, ≤ 4,0W/Kg - Tête, ≤ 3,2 W/Kg - Limites du champ de gradient : Fréquence de balayage du gradient spécifié maximum ≤ 200T/m/s par axe - Aucune bobine locale transmission seule ou transmission/réception placée directement sur le système de stimulation, utilisation d'une bobine réception seule n'est pas limitée - Patient en position de décubitus dorsal ou ventral uniquement - Le patient doit faire l'objet d'une oxymétrie pulsée et/ou d'une électrocardiographie (ECG) au cours de l'examen par l'IRM. La télésurveillance médicale de stimulateur cardiaque implantable nécessite des conditions particulières d'utilisation : - une programmation des alertes envoyées au centre de rythmologie : panne du boîtier, du transmetteur, dysfonction des sondes, indicateur de fin de vie de la pile, arrêt prolongé de la transmission sans accord préalable patient-médecin ; - des consultations générées uniquement par les alertes et si l'état du patient le nécessite ; - en l'absence d'alerte : - un contact annuel avec le médecin et/ou le cardiologue traitant afin de maintenir un réseau de soins autour du patient, - un contact annuel avec le patient afin de maintenir son lien avec le centre de rythmologie et de vérifier la validité de ses coordonnées de façon à maintenir la possibilité d'intervention. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE - Stimulateur ACCOLADE IRM DR EL (modèle L331), à connecteur conforme aux normes européennes - Eléments du système de télésurveillance LATITUDE NXT destinés au patient incluant : - Communicateur LATITUDE NXT associé à ACCOLADE IRM DR EL ; - Adaptateur 3G ;		

981

	- Filtre téléphonique DSL pour communicateur ; - Accessoire du communicateur et kit de littérature (comprenant manuel patient, guide, DVD, adaptateur, cordon téléphonique, adaptateur téléphonique) ; - Adaptateur Ethernet ; - Adaptateur cellulaire ; - Adaptateur Bluetooth.		
3473680	**Stimulateur cardiaque de re-synchro ventriculaire, BOSTON, VISIONIST.** DESCRIPTION Stimulateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-biventriculaire pour resynchronisation, dit « triple chambre » équipé du système LqsATITUDE NXT de la société BOSTON SCIENTIFIC. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La télésurveillance médicale de stimulateur cardiaque implantable nécessite des conditions particulières d'utilisation : - une programmation des alertes envoyées au centre de rythmologie : panne du boîtier, du transmetteur, dysfonction des sondes, indicateur de fin de vie de la pile, arrêt prolongé de la transmission sans accord préalable patient-médecin - des consultations générées uniquement par les alertes et si l'état du patient le nécessite - en l'absence d'alerte : - un contact annuel avec le médecin et/ou le cardiologue traitant afin de maintenir un réseau de soins autour du patient - un contact annuel avec le patient afin de maintenir son lien avec le centre de rythmologie et de vérifier la validité de ses coordonnées de façon à maintenir la possibilité d'intervention. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE - Stimulateur VISIONIST de références U225 et U228 à connecteur conforme aux normes européennes ou U226 à connecteur non conforme aux normes européennes. Le modèle U226 est muni d'un connecteur exclusif de type LV-1 pour la sonde ventriculaire gauche, non conforme aux normes européennes en vigueur. La prise en charge du modèle U226 est limitée aux cas de remplacement de matériel, pour des patients déjà implantés avec une sonde ventriculaire gauche, à connecteur exclusif de type LV-1. - Eléments du système de télésurveillance LATITUDE NXT destinés au patient incluant : - Communicateur LATITUDE NXT associé à VISIONIST ; - Adaptateur 3G ; - Filtre téléphonique DSL pour communicateur ; - Accessoire du communicateur et kit de littérature (comprenant manuel patient, guide, DVD, adaptateur, cordon téléphonique, adaptateur téléphonique) ; - Adaptateur Ethernet ; - Adaptateur cellulaire ;	535 800	535 800

	- Adaptateur Bluetooth.		

3.5.1.6.3. Medtronic France SAS

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3478854	**Stimulateur cardiaque triple chambre, MEDTRONIC, INSYNC III.** La prise en charge est assurée pour le modèle suivant: 8042.	456 000	456 000
3402041	**Stimulateur cardiaque triple chambre, MEDTRONIC, Consulta CRT- P.** La prise en charge est assurée pour le modèle suivant : C3TR01.	456 000	456 000

3.5.1.6.4. Société ABBOTT MEDICAL France (ABBOTT)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3454931	**Stimulateur cardiaque triple chambre, ABBOTT, QUADRA ALLURE MP.** Stimulateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-biventriculaire pour resynchronisation, dit « triple chambre » QUADRA ALLURE MP, de la société ABBOTT MEDICAL France. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : L'examen IRM avec QUADRA ALLURE MP est réalisé corps entier pour IRM à 1,5 T en combinaison avec la sonde quadripolaire QUARTET (modèles : 1456Q-86, 1457Q-86, 1458Q-86 et 1458QL-86). Les IRM réalisées avec le stimulateur QUADRA ALLURE MP doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe cardiologique sur le même site géographique et uniquement dans les conditions suivantes : - IRM clinique à tunnel fermé, aimant cylindrique et champ magnétique statique d'intensité de 1,5 Tesla, - Vitesse de balayage ne doit pas dépasser 200 T/m/s par axe, - Sondes et stimulateur cardiaques compatibles IRM sous conditions ST JUDE MEDICAL, - Patient porteur d'aucun autre appareil implanté, - Patient apyrétique, - Système de stimulation implanté dans la région pectorale, - Seuil de capture stables, - Valeurs de seuil de capture < 2,5 V à une durée d'impulsion de 0,5 ms pour les sondes de l'oreillette droite et du ventricule droit chez les patients dont les appareils seront programmés sur un mode de stimulation asynchrone non asservi lorsque les réglages IRM seront activés, - Seuil de capture < 2,0 V à une durée d'impulsion de 0,5 ms pour la sonde du ventricule gauche, - Respect de la zone de positionnement autorisé : corps entier pour IRM à 1,5 T en combinaison avec la sonde quadripolaire QUARTET (modèles : 1456Q-86, 1457Q-86, 1458Q-86 et 1458QL-86), - Durée totale de l'examen IRM ≤ 30 minutes, - Débit d'absorption spécifique moyen du corps entier affiché par le scanner IRM ≤ 2,0 W/kg,	456 000	456 000

	- Débit d'absorption de la tête affiché par le scanner IRM ≤ 3,2 W/kg, - Equipement d'urgence de réanimation à portée de main et personnel qualifié correspondant disponible, - Surveillance hémodynamique continue durant toute la durée de l'examen IRM en saisissant au moins l'un des paramètres suivants : SaO2, pression sanguine, ECG. Enfin, le mode IRM spécial doit être programmé par un cardiologue ou rythmologue avant l'examen IRM puis déprogrammé à l'issue de l'examen. L'intervalle de temps entre la programmation et la déprogrammation doit être le plus court possible. REFERENCE PRISE EN CHARGE QUADRA ALLURE MP : PM3562		
3419722	**Stimulateur cardiaque triple chambre, ABBOTT, QUADRA ALLURE MP RF** Stimulateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-biventriculaire pour resynchronisation, dit « triple chambre » QUADRA ALLURE MP RF, de la société ABBOTT MEDICAL France. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : QUADRA ALLURE MP RF, étant exclusivement compatible avec une sonde ventriculaire gauche quadripolaire, doit être prescrit chez les patients avec indications retenues pour resynchronisation cardiaque : - soit en primo - implantation chez un patient indiqué pour l'implantation d'un stimulateur de resynchronisation, - soit en remplacement d'un stimulateur cardiaque simple, double ou triple chambre avec ajout d'une sonde ventriculaire gauche quadripolaire si cette dernière n'est pas déjà implantée. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : PM3262.	456 000	456 000
3424462	**Stimulateur cardiaque triple chambre, ABBOTT, ALLURE QUADRA.** Stimulateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-biventriculaire pour resynchronisation, dit « triple chambre » ALLURE QUADRA et ALLURE QUADRA RF, de la société ABBOTT MEDICAL France. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION : ALLURE QUADRA et ALLURE QUADRA RF, étant exclusivement compatibles avec une sonde ventriculaire gauche quadripolaire, doivent être prescrits chez les patients avec indications retenues pour resynchronisation cardiaque: - soit en primo - implantation chez un patient indiqué pour l'implantation d'un stimulateur de resynchronisation ; - soit en remplacement d'un stimulateur cardiaque simple, double ou triple chambre avec ajout d'une sonde ventriculaire gauche quadripolaire si cette dernière n'est pas déjà implantée. REFERENCES PRISES EN CHARGE : ALLURE QUADRA : PM3140. ALLURE QUADRA RF : PM3242.	456 000	456 000
3451810	**Stimulateur cardiaque de resynchronisation ventriculaire, ABBOTT, ALLURE.**	456 000	456 000

	Stimulateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-biventriculaire pour resynchronisation dit « triple chambre » ALLURE et ALLURE RF de la société ABBOTT MEDICAL France. REFERENCES PRISES EN CHARGE : ALLURE: PM3120 ALLURE RF : PM3222.		

3.5.1.6.5. Sorin Group France

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3410388	Stimulateur cardiaque triple chambre, Sorin, NEWLIVING CHF.	456 000	456 000

3.5.1.6.6. Vitatron France

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3436896	Stimulateur cardiaque triple chambre, Vitatron France, CRT 8000, modèle RT 8000.	456 000	456 000

3.5.2. Section 2. - Sondes de stimulation cardiaque implantables

Pour qu'une sonde de stimulation soit prise en charge, son fabricant doit s'engager à rembourser à l'organisme de prise en charge la valeur d'achat de la sonde explantée, en cas de dysfonctionnement de celle-ci.
Pour être prise en charge, une sonde de stimulation doit être garantie cinq ans, quel que soit le boîtier auquel elle est associée.
Les conditions d'utilisation et de prescription, de même que les indications des sondes de stimulation sont celles des boîtiers auxquels elles sont connectées (stimulateurs ou défibrillateurs cardiaques implantables).

3.5.2.1. Sondes épicardiques

Ces sondes doivent être conformes aux normes européennes de connexion en vigueur.
Les sondes épicardiques sont prises en charge en cas de:
- implantation lors d'une intervention de chirurgie cardiaque;
- impossibilité d'abord endocavitaire (problème veineux, cardiopathie contre-indiquant la voie endocavitaire, prothèse tricuspide mécanique, endocardite évolutive, échec de la voie endocavitaire principalement pour les sondes gauches);
- stimulation pédiatrique (poids < 10 kg).

Les sondes avec stéroïde sont contre-indiquées en cas d'hypersensibilité à la dexaméthasone.
Dans les cas des sondes vissées ou à crochet, la sonde doit être conditionnée au minimum avec le système permettant sa fixation épicardo-myocardique (manchon de support).
La prise en charge est assurée dans la limite:

- d'une unité par patient, si le boîtier implanté est un stimulateur monochambre SSI(R), ou un système «mixte » (épicardique/endocavitaire) : stimulateur ou défibrillateur double chambre, stimulateur ou défibrillateur triple chambre;
- de 2 unités par patient, si le boîtier implanté est un stimulateur double chambre DDD(R);
- de 3 unités par patient si le boîtier implanté est un stimulateur triple chambre.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3427986	**Sondes épicardiques uni ou bipolaires, stim. droite ou gauche.** Sondes épicardiques uni ou bipolaires, avec ou sans stéroïde, à fixation par vis, crochet ou suture pour stimulation cardiaque droite ou gauche.	61 560	61 560

3.5.2.2. Sondes endocavitaires

Les sondes endocavitaires sont contre-indiquées en cas de:
- sténose de la valve tricuspide;
- prothèse tricuspide mécanique;
- impossibilité d'abord veineux supérieur (dans certains cas exceptionnels, une implantation par abord fémoral peut néanmoins être envisagée);
- endocardite évolutive;
- hypersensibilité à la dexaméthasone (pour les sondes avec élution de stéroïde).

3.5.2.2.1. Sondes endocavitaires pour stimulation cardiaque droite

La sonde doit être fournie au minimum avec le matériel spécifique nécessaire à sa manipulation.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3436956	**Sondes atrioventriculaires pour stimulation VDD(R).** Sondes atrioventriculaires pour stimulation VDD(R), conformes aux normes européennes de connexion en vigueur. La prise en charge est assurée dans la limite d'une unité par patient	61 560	61 560
3416340	**Sondes stim. atriale ou ventriculaire droite hors VDD, bipolaires.** Sondes pour stimulation atriale ou ventriculaire droite (à l'exclusion des sondes pour stimulation VDD), bipolaires, à vis ou à barbillons non résorbables, avec ou sans élution de stéroïde, conformes aux normes européennes de connexion en vigueur, quelle que soit la surface de l'électrode de stimulation. Ces sondes doivent être utilisées systématiquement pour la stimulation atriale droite et peuvent être utilisées en stimulation ventriculaire droite. La prise en charge est assurée:	61 560	61 560

	dans la limite d'une unité par patient, pour toute connexion à un stimulateur de type SSI (R) ou tout défibrillateur double ou triple chambre; dans la limite de deux unités par patient pour toute connexion à un stimulateur de type DDD(R) ou triple chambre.		
3402271	**Sondes stim. ventriculaire droite hors VDD, unipolaires.** Sondes pour stimulation ventriculaire droite (à l'exclusion des sondes pour stimulation VDD), unipolaires, à vis ou à barbillons non résorbables, avec ou sans élution de stéroïde, conformes aux normes européennes de connexion en vigueur, quelle que soit la surface de l'électrode de stimulation. Ces sondes ne doivent pas être utilisées en stimulation atriale droite. La prise en charge est assurée dans la limite d'une unité par patient pour toute connexion à un stimulateur de type VVI(R), DDD(R), ou triple chambre.	61 560	61 560

3.5.2.2.2. Sondes endocavitaires pour stimulation ventriculaire gauche

Pour être prises en charge les sondes transveineuses de stimulation ventriculaire gauche doivent présenter en plus les spécifications techniques minimales suivantes :
- être utilisables par voie veineuse exclusivement;
- être d'une longueur de 58 cm au moins;
- être utilisables avec un système de pose destiné à l'implantation;
- avoir une surface d'électrode distale inférieure ou égale à 8,5 mm². La prise en charge est assurée dans la limite d'une unité par patient.

La sonde doit être fournie au minimum avec:
- 1 chausse-veine;
- 1 olive (ou manchon) de fixation.

3.5.2.2.2.1. Sondes transveineuses pour stimulation ventriculaire gauche, non filoguidées, avec ou sans élution de stéroïde

La sonde doit être fournie au minimum avec un jeu de mandrins de 2 rigidités différentes au moins.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3490051	**Sondes transveineuses stim. ventriculaire gauche, non filoguidées, conformes.** Sondes transveineuses pour stimulation ventriculaire gauche, non filoguidées, avec ou sans élution de stéroïde, conformes aux normes européennes de connexion en vigueur.	96 900	96 900
3498101	**Sondes transveineuses stim. ventriculaire gauche, non filoguidées, non conformes**. Sondes transveineuses pour stimulation ventriculaire gauche, non filoguidées, avec ou sans élution de stéroïde, non conformes aux normes européennes de connexion en vigueur. La prise en charge est limitée aux cas de remplacement de matériel.	96 900	96 900

3.5.2.2.2.2. Sondes transveineuses pour stimulation ventriculaire gauche, filoguidées, avec ou sans élution de stéroïde

La sonde doit être fournie au minimum avec en plus:
- un guide multi-usage type guide d'angioplastie au moins (un guide rigide ou un guide hydrophile peut en plus s'avérer nécessaire);
- un torqueur.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3422486	**Sondes transveineuses stim. ventriculaire gauche, filoguidées, conformes.** Sondes transveineuses pour stimulation ventriculaire gauche, filoguidées, avec ou sans élution de stéroïde, conformes aux normes européennes de connexion en vigueur.	96 900	96 900
3455534	**Sondes transveineuses stim. ventriculaire gauche, filoguidées, non conformes.** Sondes transveineuses pour stimulation ventriculaire gauche, filoguidées, avec ou sans élution de stéroïde, non conformes aux normes européennes de connexion en vigueur. La prise en charge est limitée aux cas de remplacement de matériel.	96 900	96 900

3.5.3. Section 3. - Pompes implantables

3.5.3.1. Paragraphe 1. - Pompes implantables pour chimiothérapie et pour administration intrathécale continue de solution de Baclofène ou d'antalgiques

3.5.3.1.1. Génériques

Code	Nomenclatures	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3461026	**Pompe implantable pour perfusion continue, non programmable.** Pompe implantable pour perfusion à débit continu, non programmable, avec ses accessoires (tubulures, cathéters...). La prise en charge de cette référence est assurée pour : - l'administration continue de chimiothérapie anticancéreuse dans le traitement des tumeurs primitives du foie ; - l'administration intrathécale de baclofène dans le traitement des spasticités sévères dans les cas d'infirmités motrices cérébrales et de lésions médullaires postraumatiques ou secondaires à une sclérose en plaques. Elle est assurée : - après échec de l'administration orale de baclofène, ou lorsque les doses efficaces provoquent des effets secondaires sévères sur le système nerveux central ; - et après réalisation de tests permettant de montrer l'efficacité clinique de l'injection intrathécale de baclofène évaluée à partir de l'échelle d'Ashworth et de l'échelle d'évaluation des spasmes ; - lors de la première implantation et lors du renouvellement de la pompe (qu'elle ait été programmable ou non).	227 668	227 668

3446771	**Pompe implantable pour perfusion continue, programmable.** Pompe implantable pour perfusion à débit continu, programmable, avec ses accessoires (tubulures, cathéters...). La prise en charge de cette référence est assurée seulement pour l'administration intrathécale de baclofène dans le traitement des spasticités sévères dans les cas d'infirmités motrices cérébrales et de lésions médullaires postraumatiques ou secondaires à une sclérose en plaques. Elle est assurée : - après échec de l'administration orale de baclofène, ou lorsque les doses efficaces provoquent des effets secondaires sévères sur le système nerveux central ; - et après réalisation de tests permettant de montrer l'efficacité clinique de l'injection intrathécale de baclofène évaluée à partir de l'échelle d'Ashworth et de l'échelle d'évaluation des spasmes ; - uniquement lors de la première implantation, à l'exclusion des renouvellements.	747 305	747 305

3.5.3.1.2. Société Medtronic France SAS (Medtronic)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3402466	**Pompe implantable programmable à débit variable, Medtronic, Synchromed II.** Pompe implantable programmable à débit variable, pour administrationde baclofène ou d'antalgiques, Synchromed II de la société Medtronic France SAS. La prise en charge est assurée pour : - l'administration intrathécale de baclofène dans le traitement des spasticités sévères dans le cas d'infirmités motrices cérébrales, et de lésions médullaires postraumatiques ou secondaires à une sclérose en plaques, après échec de l'administration orale de baclofène, ou lorsque les doses efficaces provoquent des effets secondaires sur le système nerveux central ; - l'administration intrathécale d'antalgiques dans le traitement des douleurs chroniques intenses réfractaires aux traitements opiacés ou non opiacés administrés par voie systémique. La prise en charge est assurée pour l'administration d'antalgiques ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché pour cette voie d'administration et sous réserve de l'inscription de ces spécialités sur la liste des spécialités remboursables. La prise en charge est assurée selon les conditions d'utilisation et de prise en charge du médicament. Le suivi du patient doit être réalisé par une équipe multidisciplinaire comprenant notamment, dans la prise en charge de la spasticité, un chirurgien et un médecin de médecine physique et de réadaptation et, dans la prise en charge de la douleur, un chirurgien et un médecin expert reconnu d'un centre antidouleur. La pompe est implantée après réalisation de tests permettant de montrer l'efficacité clinique de l'injection intrathécale de baclofène ou d'antalgiques. La prise en charge de SYNCHROMED est assurée lors de la primo-implantation et lors du changement d'une pompe programmable.	705 204	705 204

	La pompe implantable Synchromed II comprend une pompe avec réservoir de 20 ou 40 ml et les autres accessoires nécessaires, hors cathéter. La prise en charge est assurée pour la référence 8637 de la pompe.		
3463048	**Pompe implantable, programmable, Medtronic, Synchromed II, cathéter.** Cathéter pour pompe implantable programmable Synchromed II de la société Medtronic France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 8731SC, 8709SC, 8780 et 8781	42 095	42 095
3422167	**Pompe implantable, programmable, Medtronic, Synchromed II, télécommande myPTM.** Télécommande myPTM pour administration de morphine pour pompe implantable programmable Synchromed II de la société Medtronic France SAS. La prise en charge de la télécommande permettant une autoanalgésie contrôlée par le patient est assurée uniquement en cas d'administration de morphine, en fonction des modalités d'utilisation du médicament. La prise en charge est assurée pour la référence 8835.	115 429	115 429

3.5.3.2. Paragraphe 2. - Pompes à insuline implantables

La prise en charge est assurée pour :

- l'administration d'insuline par voie intrapéritonéale.

La prise en charge est assurée pour la pompe suivante :

3.5.3.2.1. Société Medtronic France SAS (Medtronic)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3437157	**Pompe implant, insuline en intrapéritonéale, Medtronic, MMT-2007D, renouv.** Renouvellement de pompe implantable pour administration d'insuline par voie intrapéritonéale, MMT-2007D, de la société Medtronic France SAS. La pompe implantable MMT-2007D est réservée exclusivement à l'injection d'INSUPLANT. La pompe implantable MMT-2007D comprend le holster référencé MMT-4116. La prise en charge est assurée uniquement en remplacement des pompes MMT-2007A, MMT-2007B, MMT-2007C et MMT-2007D implantées avant la date d'entrée en vigueur du présent arrêté.	2 238 225	2 238 225
3455103	**Pompe implant, insuline en intrapéritonéale, Medtronic, MMT, renouv cathéter.** Renouvellement de cathéter à port d'accès latéral pour pompes MMT-2007A, MMT-2007B, MMT-2007C et MMT-2007D implantées avant la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, de la société Medtronic France SAS. La prise en charge est assurée pour les références MMT-4024, MMT-4024A, MMT-4027 et MMT-4027A.	182 810	182 810
3430511	**Pompe implant, insuline en intrapéritonéale, Medtronic, MMT, renouv communicat.** Renouvellement de communicateur pour pompes MMT-2007A, MMT-2007B, MMT-2007C et MMT-2007D implantées avant la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, de la société Medtronic France SAS. La prise en charge est assurée en cas de renouvellement des pompes MMT-2007A et MMT- 2007B.	198 446	198 446

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

3.5.4. Section 4. - Neurostimulateur médullaire quadripolaire implantable

3.5.4.1. Société Boston Scientific Sa (Boston)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3476559	**Neurostimulateur médullaire, BOSTON, PRECISION, système complet + accessoires.** Le système complet PRECISION : neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur...) pour primo-implantation. La prise en charge est assurée pour la référence M365SC1110020.	2 258 055	2 258 055
3494400	**Neurostimulateur médullaire, BOSTON, PRECISION, système complet + accessoires.** Le système complet PRECISION : neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur...) pour primo-implantation. La prise en charge est assurée pour la référence M365SC1110020.	1 847 165	1 847 165
3466532	**Neurostimulateur médullaire, l'électrode octopolaire, BOSTON, LINEAR.** La prise en charge est assurée pour les références des électrodes par voie percutanée suivantes : - LINEAR : M365SC2138300, M365SC2138500 et M365SC2138700. - LINEAR Stimulating Tip Enhanced Stylet : M365SC2218300, M365SC2218500, M365SC2218700 et M365SC221850T0. - LINEAR Enhanced Stylet : M365SC2158300, M365SC2158500, M365SC2158700 et M365SC215850T0. - LINEAR. 3-4 / M365SC2352500 et M365SC2352700. - LINEAR. 3-4 Trial : M365SC235250E0. - LINEAR. 3-6 : M365SC2366300, M365SC2366500 et M365SC2366700. - LINEAR. 3-6 Trial : M365SC236650E0.	74 100	74 100
3487557	**Neurostimulateur médullaire, l'électrode décahexapolaire, BOSTON, ARTISAN.** La prise en charge est assurée pour les références des électrodes par voie chirurgicale suivantes : - ARTISAN Slotted Contact : M365SC8120500, M365SC8120700, M365SC8216500 et M365SC8216700.	74 100	74 100
3417048	**Neurostimulateur médullaire, électrode décahexapolaire, BOSTON, INFINION.** Sonde décahexapolaire percutanée INFINION pour neurostimulateur médullaire PRECISION, de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS. La prise en charge est assurée pour les références des électrodes par voie percutanée suivantes : - sonde INFINION 16 contacts : - longueur 50 cm, M365SC2316500 ; - longueur 70 cm, M365SC2316700 ; - sonde INFINION 16 contacts TRIAL - longueur 50 cm, M365SC231650E0.	74 100	74 100

3.5.4.2. Société Medtronic France SAS (MEDTRONIC)

La prise en charge est assurée pour les patients atteints de:

• douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à :
- des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies);
- une lésion nerveuse périphérique, post-traumatique ou postchirurgicale;
- une amputation (algo-hallucinose);
- un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexes, causalgies périphériques),

• douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV.

La prise en charge est subordonnée:

• à la validation de l'indication;

• à la réalisation d'un test de stimulation d'une durée minimale de 10 jours, avec «retour au domicile souhaité» préalable à l'implantation avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients, montrant une diminution de la douleur au moins égale à 50 %;

• au suivi postimplantation du patient, par une structure de lutte contre les douleurs chroniques rebelles, et :

• à la pose de l'implant par une équipe formée à ce geste.

Le renouvellement de la prise en charge du stimulateur ne peut intervenir qu'à l'issue d'une période de quatre ans et demi à compter de la précédente prise en charge.

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3436749	**Neurostimulateur médullaire, système complet + accessoires, MEDTRONIC, ITREL 3.** Le système complet: stimulateur avec l'ensemble de ses accessoires (extension, programmateur patient...) ITREL3 pour primo-implantation. Neurostimulateur médullaire quadripolaire.	648 090	648 090
3480294	**Neurostimulateur médullaire, renouvellement, MEDTRONIC, ITREL 3.** Le stimulateur ITREL.3 en cas de renouvellement. Neurostimulateur médullaire quadripolaire.	613 890	613 890
3482181	**Neurostimulateur médullaire, système complet + accessoires, MEDTRONIC, ITREL 4.** Description et compatibilités : ITREL 4 est un neurostimulateur médullaire quadripolaire pour primo- implantation. Le système complet comprend un stimulateur avec l'ensemble de ses accessoires (extension, programmateur patient MyStim 37746...). Le système ITREL 4 comprend un stimulateur simple canal et une source d'alimentation non rechargeable. Le stimulateur se connecte sur une sonde quadripolaire (via une extension) implantée par voie percutanée ou par laminectomie. Le stimulateur ITREL 4 possède un système de communication par télémétrie qui reçoit et décode les signaux de radiofréquence produits par un émetteur, qui peut être l'ordinateur utilisé par le médecin ou la télécommande remise au patient. ITREL 4 possède une plate-forme technique permettant d'obtenir des résolutions plus fines en termes d'amplitude, de fréquence et de durée d'impulsion. Il est compatible avec la réalisaton d'IRM cérébrale, dans des conditions	648 090	648 090

	spécifiques notifiées dans le manuel destiné aux prescripteurs nommé « Thérapie Medtronic contre la douleur ? Neurostimulation contre la douleur chronique ». Le programmateur MyStim délivré au patient (réf. : 37746) dispose d'une interface visuelle numérique permettant de visualiser le niveau de stimulation et l'état de la pile. Références prises en charge : - le modèle 37703 possède un connecteur à deux orifices (comme ITREL 3). Cette référence peut être utilisée pour remplacer un stimulateur ITREL 3 préalablement implanté. Le modèle 37704 possède un connecteur à un orifice. Cette référence est destinée à être utilisée en primo-implantation en association avec l'extension 37083 à connecteur simple qui est par ailleurs compatible avec les neurostimulateurs RESTORESENSOR, RESTOREADVANCED et PRIMEADVANCED.		
3451275	**Neurostimulateur médullaire, renouvellement, MEDTRONIC, ITREL 4.** Renouvellement du stimulateur ITREL 4.	613 890	613 890
3427851	**Neurostimulateur médullaire, système complet + accessoires, MEDTRONIC, RESTORE.** Le système complet RESTORE : neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur,...) pour primo-implantation. La prise en charge est assurée pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par : - une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un stimulateur ITREL 3 ; - ou un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 volts à l'issue de la phase de stimulation test (patients naïfs). La prise en charge est subordonnée à la mise en place du système par un médecin (neurochirurgien ou algologue) formé à ce type de geste, différent de celui responsable de la validation de l'indication.	2 376 900	2 376 900
3422084	**Neurostimulateur médullaire, renouvellement, MEDTRONIC, RESTORE.** Le neurostimulateur RESTORE de la société MEDTRONIC en cas de renouvellement. La prise en charge est assurée pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un stimulateur ITREL. 3 ou un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 volts à l'issue de la phase de stimulation test (patients naïfs). Le renouvellement de la prise en charge du neurostimulateur RESTORE ne peut intervenir qu'à l'issue d'une période de neuf ans à compter de la précédente prise en charge d'un neurostimulateur médullaire quelle que soit la marque. La prise en charge est subordonnée à l'évaluation de la stimulation test.	1 944 384	1 944 384
3455215	**Neurostimulateur médullaire, MEDTRONIC, RestoreADVANCED, système complet + accessoires.** Le système complet RestoreADVANCED : neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur, ...) pour primo- implantation. 1. Indications Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à : - des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ;	2 376 900	2 376 900

	- une lésion nerveuse périphérique, post-traumatique ou postchirurgicale ; - une amputation (algo-hallucinose) ; - un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques). Douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV. Pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par : - une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ; ou - un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 V ou 4,7 mA à l'issue de la phase de stimulation-test (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en particulier une étude de potentiels évoqués somesthésiques a exclu toute déafférentation sensitive majeure). 2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge Une prise en charge médicale multidisciplinaire : - dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi postimplantation ; - implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste. Suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur. Une validation de l'indication qui implique : - une évaluation des différents facteurs psychosomatiques pouvant influer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; - l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; - le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif, notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; - la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité», préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. La prise en charge est subordonnée à la mise en place du système par un médecin (neurochirurgien ou algologue) formé à ce type de geste, différent de celui responsable de la validation de l'indication. 3. Références prises en charge : 37713		
3400177	**Neurostimulateur médulaire, MEDTRONIC, RestoreADVANCED SURESCAN MRI, système complet + accessoires.** Le système complet RestoreADVANCED SURESCAN MRI : neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur,...) pour primo-implantation. 1. Indications Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaire à : – des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; – une lésion nerveuse périphérique, posttraumatique ou postchirurgicale ;	2 376 900	2 376 900

	– une amputation (algo-hallucinose) ; – un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques). Douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV. Pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par : – une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ; ou – un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 V ou 4,7 mA à l'issue de la phase de stimulation test (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en particulier une étude de potentiels évoqués somesthésiques ait exclu toute déafférentation sensitive majeure). Afin de garantir la compatibilité IRM du système complet, le stimulateur RestoreADVANCED SURESCAN MRI ne doit être implanté qu'avec des éléments IRM corps entier compatibles (notamment les électrodes VECTRIS SURESCAN MRI). 2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge Une prise en charge médicale multidisciplinaire : – dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi postimplantation ; – implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste ; Suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur, permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur. Une validation de l'indication qui implique : – une évaluation des différents facteurs psycho-somatiques pouvant influer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; – l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; – le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; – la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. Les IRM réalisées chez un patient porteur d'un neurostimulateur RestoreADVANCED SURESCAN MRI doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe implantant les neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI et uniquement dans les conditions suivantes, en respectant les conditions de sécurité émises par le fabricant : Tunnel horizontal fermé de 1,5 T avec gradient spatial maximum de 19 T/m. Radiofréquence : environ 64 MHz.		
	Antenne d'émission de radiofréquence : - Emission-réception pour le corps, quadrature seule (intégrée). - Emission-réception pour la tête, quadrature seule. Taux d'absorption spécifique (TAS) :		

	- TAS corps entier rapporté par l'équipement IRM _ 2,0 W/kg. - TAS tête rapporté par l'équipement IRM _ 3,2 W/kg. Gradients : vitesse maximale de balayage de gradient par axe de 200 T/m/s ou moins. Enfin, le mode SURESCAN MRI doit être programmé par un implanteur de neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI avant l'examen IRM puis déprogrammé à la fin de l'examen IRM. De même, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur. **3. Références prises en charge** : 97713.		
3455511	**Neurostimulateur médullaire, MEDTRONIC, RestoreADVANCED SURESCAN MRI, renouvellement.** Le neurostimulateur RestoreADVANCED SURESCAN MRI de la société MEDTRONIC en cas de renouvellement. 1. Indications Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à : – des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; – une lésion nerveuse périphérique, posttraumatique ou postchirurgicale ; – une amputation (algo-hallucinose) ; – un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques). Douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV. Pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par : – une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ; ou – un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 V ou 4,7 mA à l'issue de la phase de stimulation test (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en particulier une étude de potentiels évoqués somesthésiques ait exclu toute déafférentation sensitive majeure). Afin de garantir la compatibilité IRM du système complet, le stimulateur RestoreADVANCED SURESCAN MRI ne doit être implanté qu'avec des éléments IRM corps entier compatibles (notamment les électrodes VECTRIS SURESCAN MRI). 2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge Une prise en charge médicale multidisciplinaire : – dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi postimplantation ; – implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste. Suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur, permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur. Une validation de l'indication qui implique : – une évaluation des différents facteurs psycho-somatiques pouvant influer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; – l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ;	1 944 384	1 944 384

	– le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; – la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. Les IRM réalisées chez un patient porteur d'un neurostimulateur RestoreADVANCED SURESCAN MRI doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe implantant les neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI et uniquement dans les conditions suivantes, en respectant les conditions de sécurité émises par le fabricant : Tunnel horizontal fermé de 1,5 T avec gradient spatial maximum de 19 T/m. Radiofréquence : environ 64 MHz. Antenne d'émission de radiofréquence : - Emission-réception pour le corps, quadrature seule (intégrée). - Emission-réception pour la tête, quadrature seule. Taux d'absorption spécifique (TAS) : - TAS corps entier rapporté par l'équipement IRM _ 2,0 W/kg. - TAS tête rapporté par l'équipement IRM _ 3,2 W/kg. Gradients : vitesse maximale de balayage de gradient par axe de 200 T/m/s ou moins. Enfin, le mode SURESCAN MRI doit être programmé par un implanteur de neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI avant l'examen IRM puis déprogrammé à la fin de l'examen IRM. De même, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur. **3. Références prises en charge** : 97713		
	- Emission-réception pour la tête, quadrature seule. Taux d'absorption spécifique (TAS) : - TAS corps entier rapporté par l'équipement IRM _ 2,0 W/kg. - TAS tête rapporté par l'équipement IRM _ 3,2 W/kg. Gradients : vitesse maximale de balayage de gradient par axe de 200 T/m/s ou moins. Enfin, le mode SURESCAN MRI doit être programmé par un implanteur de neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI avant l'examen IRM puis déprogrammé à la fin de l'examen IRM. De même, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur. **3. Références prises en charge** : 97713		
3474804	**Neurostimulateur médullaire, MEDTRONIC, RestoreADVANCED, renouvellement.** Le neurostimulateur RestoreADVANCED de la société MEDTRONIC en cas de renouvellement. 1. Indications Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à : - des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; - une lésion nerveuse périphérique, post-traumatique ou postchirurgicale ; - une amputation (algo-hallucinose) ;	1 944 384	1 944 384

	- un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques). Douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV. Pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par : - une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ; - un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 V ou 4,7 mA à l'issue de la phase de stimulation-test (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en particulier une étude de potentiels évoqués somesthésiques a exclu toute déafférentation sensitive majeure). 2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge Une prise en charge médicale multidisciplinaire : - dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi postimplantation ; - implantation du système par une personne différente formé à ce type de geste. Suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur. Une validation de l'indication qui implique : -une évaluation des différents facteurs psychosomatiques pouvant influer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; ou - l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; - le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif, notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants); - la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. Le renouvellement de la prise en charge du neurostimulateur RestoreADVANCED ne peut intervenir qu'à l'issue d'une période de neuf ans à compter de la précédente prise en charge d'un neurostimulateur médullaire rechargeable. La prise en charge est subordonnée à l'évaluation de la stimulation-test.		
3453417	**Neurostimulateur médullaire, MEDTRONIC, RestoreULTRA, système complet + accessoires.** Le système complet RestoreULTRA : neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur...) pour primo-implantation. 1. Indications Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à : - des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; une lésion nerveuse périphérique, posttraumatique ou post-chirurgicale ;	2 376 900	2 376 900

	une amputation (algo-hallucinose) ; - un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques). Douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV. Pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par : - une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ; ou - un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 V ou 4,7 mA à l'issue de la phase de stimulation-test (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en particulier une étude de potentiels évoqués somesthésiques a exclu toute déafférentation sensitive majeure). 2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge Une prise en charge médicale multidisciplinaire : - dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi postimplantation ; - implantation du système par une personne différente formé à ce type de geste. Suivi à long-terme dans le cadre de la consultation douleur permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur. Une validation de l'indication qui implique : - une évaluation des différents facteurs psychosomatiques pouvant influer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; - l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; - le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif, notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) - la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. La prise en charge est subordonnée à la mise en place du système par un médecin (neurochirurgien ou algologue) formé à ce type de geste, différent du responsable de la validation de l'indication. 3. Références prises en charge : 37712		
3436910	**Neurostimulateur médulaire, MEDTRONIC, RestoreULTRA SURESCAN MRI, système complet + accessoires**. Le système complet RestoreULTRA SURESCAN MRI : neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur,...) pour primo-implantation. 1. Indications Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à : – des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; – une lésion nerveuse périphérique, posttraumatique ou postchirurgicale ;	2 376 900	2 376 900

	– une amputation (algo-hallucinose) ; – un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques). Douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV. Pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par : – une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ; ou – un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 V ou 4,7 mA à l'issue de la phase de stimulation test (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en particulier une étude de potentiels évoqués somesthésiques ait exclu toute déafférentation sensitive majeure). Afin de garantir la compatibilité IRM du système complet, le stimulateur RestoreULTRA SURESCAN MRI ne doit être implanté qu'avec des éléments IRM corps entier compatibles (notamment les électrodes VECTRIS SURESCAN MRI). 2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge Une prise en charge médicale multidisciplinaire : – dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi postimplantation ; – implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste. Suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur, permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur. Une validation de l'indication qui implique : – une évaluation des différents facteurs psycho-somatiques pouvant influer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; – l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; – le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; – la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. Les IRM réalisées chez un patient porteur d'un neurostimulateur RestoreULTRA SURESCAN MRI doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe implantant les neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI et uniquement dans les conditions suivantes, en respectant les conditions de sécurité émises par le fabricant : Tunnel horizontal fermé de 1,5 T avec gradient spatial maximum de 19 T/m. Radiofréquence : environ 64 MHz. Antenne d'émission de radiofréquence : - Emission-réception pour le corps, quadrature seule (intégrée).		
	- Emission-réception pour la tête, quadrature seule. Taux d'absorption spécifique (TAS) :		

1000

	- TAS corps entier rapporté par l'équipement IRM _ 2,0 W/kg. - TAS tête rapporté par l'équipement IRM _ 3,2 W/kg. Gradients : vitesse maximale de balayage de gradient par axe de 200 T/m/s ou moins. Enfin, le mode SURESCAN MRI doit être programmé par un implanteur de neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI avant l'examen IRM puis déprogrammé à la fin de l'examen IRM. De même, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur. 3. Références prises en charge : 97712		
3458314	**Neurostimulateur médullaire, MEDTRONIC, RestoreULTRA SURESCAN MRI, renouvellement.** Le neurostimulateur RestoreULTRA SURESCAN MRI de la société MEDTRONIC en cas de renouvellement. 1. Indications Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à : – des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; – une lésion nerveuse périphérique, posttraumatique ou postchirurgicale ; – une amputation (algo-hallucinose) ; – un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques). Douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV. Pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par : – une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ; ou – un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 V ou 4,7 mA à l'issue de la phase de stimulation test (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en particulier une étude de potentiels évoqués somesthésiques ait exclu toute déafférentation sensitive majeure). Afin de garantir la compatibilité IRM du système complet, le stimulateur RestoreULTRA SURESCAN MRI ne doit être implanté qu'avec des éléments IRM corps entier compatibles (notamment les électrodes VECTRIS SURESCAN MRI).	1 944 384	1 944 384
	2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge Une prise en charge médicale multidisciplinaire : – dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi postimplantation ; – implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste. Suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur, permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur. Une validation de l'indication qui implique : – une évaluation des différents facteurs psycho-somatiques pouvant influer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; – l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ;		

	– le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; – la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. Les IRM réalisées chez un patient porteur d'un neurostimulateur RestoreULTRA SURESCAN MRI doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe implantant les neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI et uniquement dans les conditions suivantes, en respectant les conditions de sécurité émises par le fabricant : Tunnel horizontal fermé de 1,5 T avec gradient spatial maximum de 19 T/m. Radiofréquence : environ 64 MHz. Antenne d'émission de radiofréquence : - Emission-réception pour le corps, quadrature seule (intégrée). - Emission-réception pour la tête, quadrature seule. Taux d'absorption spécifique (TAS) : - TAS corps entier rapporté par l'équipement IRM _ 2,0 W/kg. - TAS tête rapporté par l'équipement IRM _ 3,2 W/kg. Gradients : vitesse maximale de balayage de gradient par axe de 200 T/m/s ou moins. Enfin, le mode SURESCAN MRI doit être programmé par un implanteur de neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI avant l'examen IRM puis déprogrammé à la fin de l'examen IRM. De même, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur. 3. Références prises en charge : 97712		
3426981	**Neurostimulateur médullaire, MEDTRONIC, RestoreULTRA, renouvellement.** Le neurostimulateur RestoreULTRA de la société MEDTRONIC en cas de renouvellement. 1. Indications Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à : - des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; - une lésion nerveuse périphérique, posttraumatique ou postchirurgicale ; - une amputation (algo-hallucinose) ; - un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques). Douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV. Pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par : - une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ; ou - un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 V ou 4,7 mA à l'issue de la phase de stimulation-test (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en particulier une étude de potentiels évoqués somesthésiques a exclu toute déafférentation sensitive majeure). 2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge	1 944 384	1 944 384

	Une prise en charge médicale multidisciplinaire : - dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi postimplantation ; - implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste. Suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur. Une validation de l'indication qui implique : - une évaluation des différents facteurs psychosomatiques pouvant influer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; - l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; - le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif, notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants); - la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. Le renouvellement de la prise en charge du neurostimulateur RestoreULTRA ne peut intervenir qu'à l'issue d'une période de neuf ans à compter de la précédente prise en charge d'un neurostimulateur médullaire rechargeable. La prise en charge est subordonnée à l'évaluation de la stimulation-test.		
3454457	**Neurostimu. médullaire, système complet + accessoires, MEDTRONIC, PRIMEADVANCED.** Le système complet PRIMEADVANCED : neurostimulateur avec l'ensemble de ses accessoires (extension, générateur d'impulsion...) pour primo-implantation. La prise en charge est assurée dans : - les douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, bilatérales ou étendues, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à : -des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; -une lésion nerveuse périphérique, post-traumatique ou post-chirurgicale ; -une amputation (algo-hallucinose) ; -un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques) ; -les douleurs ischémiques périphériques, bilatérales ou étendues, de type artérite de stade III, IV. Elle est subordonnée : - à une prise en charge médicale multidisciplinaire : dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi post-implantation ; implantation du système par une personne différente, formée à ce type de geste ; - au suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur, permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur ;	1 189 020	1 189 020

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

	- à la validation de l'indication qui implique : -une évaluation des différents facteurs psycho-somatiques pouvant influer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; -l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; -le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif, notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants); -la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec " retour au domicile souhaité ", préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50%. La prise en charge est assurée pour la référence 37702.		
3495462	**Neurostimu. médullaire, renouvellement, MEDTRONIC, PRIMEADVANCED.** Le neurostimulateur, PRIMEADVANCED en cas de renouvellement.	1 088 928	1 088 928
3495605	**Neurostimulateur médulaire, MEDTRONIC, PRIMEADVANCED SURESCAN MRI, système complet + accessoires** Le système complet PRIMEADVANCED SURESCAN MRI : neurostimulateur non rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur, ...) pour primo-implantation. 1. Indications Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, bilatérales ou étendues, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à : – des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; – une lésion nerveuse périphérique, posttraumatique ou postchirurgicale ; – une amputation (algo-hallucinose) ;	1 189 020	1 189 020
	– un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques). Douleurs ischémiques périphériques, bilatérales ou étendues, type artérite de stade III, IV. Afin de garantir la compatibilité IRM du système complet, le stimulateur PRIMEADVANCED SURESCAN MRI ne doit être implanté qu'avec des éléments IRM corps entier compatibles (notamment les électrodes VECTRIS SURESCAN MRI). 2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge Une prise en charge médicale multidisciplinaire : – dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi postimplantation ; – implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste. Suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur, permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur. Une validation de l'indication qui implique :		

	– une évaluation des différents facteurs psycho-somatiques pouvant influer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; – l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; – le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; – la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. Les IRM réalisées chez un patient porteur d'un neurostimulateur PRIMEADVANCED SURESCAN MRI doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe implantant les neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI et uniquement dans les conditions suivantes, en respectant les conditions de sécurité émises par le fabricant : Tunnel horizontal fermé de 1,5 T avec gradient spatial maximum de 19 T/m. Radiofréquence : environ 64 MHz. Antenne d'émission de radiofréquence : - Emission-réception pour le corps, quadrature seule (intégrée). - Emission-réception pour la tête, quadrature seule. Taux d'absorption spécifique (TAS) : - TAS corps entier rapporté par l'équipement IRM _ 2,0 W/kg. - TAS tête rapporté par l'équipement IRM _ 3,2 W/kg. Gradients : vitesse maximale de balayage de gradient par axe de 200 T/m/s ou moins. Enfin, le mode SURESCAN MRI doit être programmé par un implanteur de neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI avant l'examen IRM puis déprogrammé à la fin de l'examen IRM. De même, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur. 3. Références prises en charge : 97702		
3424210	**Neurostimulateur médullaire, MEDTRONIC, PRIMEADVANCED SURESCAN MRI, renouvellement.** Le neurostimulateur PRIMEADVANCED SURESCAN MRI de la société MEDTRONIC en cas de renouvellement. 1. Indications Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, bilatérales ou étendues, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à : – des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; – une lésion nerveuse périphérique, posttraumatique ou postchirurgicale ; – une amputation (algo-hallucinose) ; – un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques). – Douleurs ischémiques périphériques, bilatérales ou étendues, type artérite de stade III, IV.	1 088 928	1 088 928

	Afin de garantir la compatibilité IRM du système complet, le stimulateur PRIMEADVANCED SURESCAN MRI ne doit être implanté qu'avec des éléments IRM corps entier compatibles (notamment les électrodes VECTRIS SURESCAN MRI). 2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge Une prise en charge médicale multidisciplinaire : – dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi postimplantation ; – implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste. Suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur, permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur. Une validation de l'indication qui implique : – une évaluation des différents facteurs psycho-somatiques pouvant influer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; – l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; – le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; – la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. Les IRM réalisées chez un patient porteur d'un neurostimulateur PRIMEADVANCED SURESCAN MRI doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe implantant les neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI et uniquement dans les conditions suivantes, en respectant les conditions de sécurité émises par le fabricant : Tunnel horizontal fermé de 1,5 T avec gradient spatial maximum de 19 T/m. Radiofréquence : environ 64 MHz.		
	Antenne d'émission de radiofréquence : - Emission-réception pour le corps, quadrature seule (intégrée). - Emission-réception pour la tête, quadrature seule. Taux d'absorption spécifique (TAS) : - TAS corps entier rapporté par l'équipement IRM _ 2,0 W/kg. - TAS tête rapporté par l'équipement IRM _ 3,2 W/kg. Gradients : vitesse maximale de balayage de gradient par axe de 200 T/m/s ou moins. Enfin, le mode SURESCAN MRI doit être programmé par un implanteur de neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI avant l'examen IRM puis déprogrammé à la fin de l'examen IRM. De même, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur. 3. Références prises en charge: 97702		
3420056	**Neurostimulateur médullaire, MEDTRONIC, l'électrode quadripolaire.**	74 100	74 100

	Electrode quadripolaire PISCES QUAD, RESUME, SYMMIX et ON POINT poursystème de neurostimulation médullaire ITREL 3, ITREL 4, PrimeAdvanced Restore, RestoreADVANCED, RestoreULTRA ou RestoreSENSOR de la société Medtronic.		
3492044	**Neurostimulateur médullaire, l'électrode octopolaire, MEDTRONIC, OCTAD ou SPECIFY.** Electrode octopolaire OCTAD ou SPECIFY pour système de neurostimulation PrimeAdvanced, Restore, RestoreADVANCED, RestoreULTRA ou RestoreSENSOR de la société Medtronic. Références prises en charge : Octad (électrode percutanée) : 3876, 3877 et 3878. Specify (électrode chirurgicale) : 3998 et 3999.	74 100	74 100
3468608	**Neurostimulateur médulaire, l'électrode octopolaire, MEDTRONIC, VECTRIS SURESCAN MRI.** Electrode octopolaire VECTRIS SURESCAN MRI pour système de neurostimulation PRIMEADVANCED SURESCAN MRI, RestoreADVANCED SURESCAN MRI, RestoreULTRA SURESCAN MRI ou RestoreSENSOR SURESCAN MRI de la société Medtronic. Références prises en charge : VECTRIS SURESCAN MRI 1 × 8 COMPACT : 977A260, 977A275 et 977A290. VECTRIS SURESCAN MRI 1 × 8 SUBCOMPACT : 977A160, 977A175 et 977A190.	74 100	74 100
3451163	**Neurostimulateur médullaire, MEDTRONIC, RestoreSENSOR, système complet + accessoires.** Le système complet RestoreSENSOR : neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension adaptateur,...) pour primo-implantation. Indications : Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à : - des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; une lésion nerveuse périphérique, posttraumatique ou postchirurgicale ; une amputation (algo-hallucinose) ; - un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques). Douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV. Pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par : - une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ; ou - un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 V ou 4,7 mA à l'issue de la phase de stimulation-test (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en particulier une étude de potentiels évoqués somesthésiques a exclu toute déafférentation sensitive majeure). 2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge Une prise en charge médicale multidisciplinaire : - dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi post implantation ; implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste.	2 376 900	2 376 900

	Suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur. Une validation de l'indication qui implique : - une évaluation des différents facteurs psychosomatiques pouvant influer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; - le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif, notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; - la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. La prise en charge est assurée pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par : - une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable remboursable ; ou - un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 volt ou 4,7 mA à l'issue de la phase de stimulation test (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en particulier une étude de potentiels évoqués somesthésiques a exclu toute déafférentation sensitive majeure). La prise en charge est subordonnée à la mise en place du système par un médecin (neurochirurgien ou algologue) formé à ce type de geste, différent du responsable de la validation de l'indication. 3. Références prises en charge : 37714		
3410218	**Neurostimulateur médulaire, MEDTRONIC, RestoreSensor SURESCAN MRI, système complet + accessoires** Le système complet RestoreSENSOR SURESCAN MRI : neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur,...) pour primo-implantation. **1. Indications** Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à : – des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; – une lésion nerveuse périphérique, posttraumatique ou postchirurgicale ; – une amputation (algo-hallucinose) ; – un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques). Douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV. Pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par : – une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ; ou – un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 V ou 4,7 mA à l'issue de la phase de stimulation test (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en particulier une étude de potentiels évoqués somesthésiques ait exclu toute déafférentation sensitive majeure).	2 376 900	2 376 900

	Afin de garantir la compatibilité IRM du système complet, le stimulateur RestoreSensor SURESCAN MRI ne doit être implanté qu'avec des éléments IRM corps entier compatibles (notamment les électrodes VECTRIS SURESCAN MRI). **2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge** Une prise en charge médicale multidisciplinaire : – dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi postimplantation ; – implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste. Suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur, permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur. Une validation de l'indication qui implique : – une évaluation des différents facteurs psycho-somatiques pouvant influer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; – l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; – le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; – la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. Les IRM réalisées chez un patient porteur d'un neurostimulateur RestoreSENSOR SURESCAN MRI doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe implantant les neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI et uniquement dans les conditions suivantes, en respectant les conditions de sécurité émises par le fabricant : Tunnel horizontal fermé de 1,5 T avec gradient spatial maximum de 19 T/m. Radiofréquence : environ 64 MHz.		
	Antenne d'émission de radiofréquence : - Emission-réception pour le corps, quadrature seule (intégrée). - Emission-réception pour la tête, quadrature seule. Taux d'absorption spécifique (TAS) : - TAS corps entier rapporté par l'équipement IRM _ 2,0 W/kg. - TAS tête rapporté par l'équipement IRM _ 3,2 W/kg. Gradients : vitesse maximale de balayage de gradient par axe de 200 T/m/s ou moins. Enfin, le mode SURESCAN MRI doit être programmé par un implanteur de neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI avant l'examen IRM puis déprogrammé à la fin de l'examen IRM. De même, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur. **3. Références prises en charge** : 97714		
3482614	**Neurostimulateur médullaire, MEDTRONIC, RestoreSENSOR SURESCAN MRI, renouvellement.**	1 944 384	1 944 384

	Neurostimulateur médullaire RestoreSensor SURESCAN MRI de la société MEDTRONIC en cas de renouvellement. 1. Indications Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à : – des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; – une lésion nerveuse périphérique, posttraumatique ou postchirurgicale ; – une amputation (algo-hallucinose) ; – un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques). – Douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV. Pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par : – une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ; ou – un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 V ou 4,7 mA à l'issue de la phase de stimulation test (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en particulier une étude de potentiels évoqués somesthésiques ait exclu toute déafférentation sensitive majeure). Afin de garantir la compatibilité IRM du système complet, le stimulateur RestoreSensor SURESCAN MRI ne doit être implanté qu'avec des éléments IRM corps entier compatibles (notamment les électrodes VECTRIS SURESCAN MRI). 2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge Une prise en charge médicale multidisciplinaire : – dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi postimplantation ; – implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste. Suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur, permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur.		
	Une validation de l'indication qui implique : – une évaluation des différents facteurs psycho-somatiques pouvant influer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; – l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; – le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; – la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. Les IRM réalisées chez un patient porteur d'un neurostimulateur RestoreSensor SURESCAN MRI doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe implantant les neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI et uniquement dans les conditions suivantes, en respectant les conditions de sécurité émises par le fabricant :		

1010

	Tunnel horizontal fermé de 1,5 T avec gradient spatial maximum de 19 T/m. Radiofréquence : environ 64 MHz. Antenne d'émission de radiofréquence : - Emission-réception pour le corps, quadrature seule (intégrée). - Emission-réception pour la tête, quadrature seule. Taux d'absorption spécifique (TAS) : - TAS corps entier rapporté par l'équipement IRM _ 2,0 W/kg. - TAS tête rapporté par l'équipement IRM _ 3,2 W/kg. Gradients : vitesse maximale de balayage de gradient par axe de 200 T/m/s ou moins. Enfin, le mode SURESCAN MRI doit être programmé par un implanteur de neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI avant l'examen IRM puis déprogrammé à la fin de l'examen IRM. De même, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur. 3. Références prises en charge : 97714		
3498182	**Neurostimulateur médullaire, MEDTRONIC, RestoreSENSOR, renouvellement.** Neurostimulateur médullaire RestoreSENSOR de la société MEDTRONIC encas de renouvellement. 1. Indications Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à : - des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervicobrachialgies) ; - une lésion nerveuse périphérique, posttraumatique ou postchirurgicale ; - une amputation (algo-hallucinose) ; - un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques). Douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV. Pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par : - une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ; ou - un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 V ou 4,7 mA à l'issue de la phase de stimulation-test (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en particulier une étude de potentiels évoqués somesthésiques a exclu toute déafférentation sensitive majeure). 2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge Une prise en charge médicale multidisciplinaire : - dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi post-implantation ; - implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste. Suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur. Une validation de l'indication qui implique :	1 944 384	1 944 384

	- une évaluation des différents facteurs psychosomatiques pouvant influer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; - l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; - le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants), - la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. Le renouvellement de la prise en charge du neurostimulateur RestoreSENSOR ne peut intervenir qu'à l'issue d'une période de neuf ans à compter de la précédente prise en charge d'un neurostimulateur médullaire rechargeable. La prise en charge est subordonnée à l'évaluation de la stimulation-test		
3446570	**Neurostimulateur médullaire, l'électrode décahexapolaire, MEDTRONIC, SPECIFY.** Electrode décahexapolaire SPECIFY pour système de neurostimulation PrimeAdvanced, Restore, RestoreADVANCED, RestoreULTRA ou RestoreSENSOR de la société Medtronic. Références prises en charge : Specify 2x8 : 39286 et Specify 5-6-5 : 39565.	74 100	74 100

3.5.4.3. Société Saint Jude Medical France SAS (ST JUDE)

3.5.4.3.1. GENESIS

La prise en charge est assurée pour les patients atteints de :
- douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à :
- des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ;
- une lésion nerveuse périphérique, posttraumatique ou postchirurgicale ;
- une amputation (algo-hallucinose) ;
- un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexes, causalgies périphériques) ;
- douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV.

Le patient doit bénéficier d'une garantie ayant une durée au moins égale à la longévité minimale estimée du stimulateur.
La prise en charge médicale multidisciplinaire est assurée :
- dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication ;
- l'évaluation des résultats de la stimulation test et le suivi postimplantation du système par une personne différente, formée à ce type de geste.

La validation de l'indication implique :
- une évaluation des différents facteurs psychosomatiques pouvant influer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ;
- l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ;
- le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ;

- la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de 10 jours avec " retour au domicile souhaité ", préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %.

Un suivi à long terme doit être fait dans le cadre d'une consultation douleur permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur.

Le renouvellement de la prise en charge du stimulateur ne peut intervenir qu'à l'issue d'une période de 60 mois à compter de la précédente prise en charge.

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3477300	**Neurostimulateur médullaire, système complet + accessoires, ST JUDE, GENESIS.** Le système complet : stimulateur avec l'ensemble de ses accessoires (extension, générateur d'impulsion...) GENESIS pour primo-implantation.	648 090	648 090
3433834	**Neurostimulateur médullaire, l'électrode, ST JUDE, GENESIS.** Electrode percutanée ou chirurgicale, quadripolaire ou octopolaire	74 100	74 100
3472320	**Neurostimulateur médullaire, renouvellement, ST JUDE, GENESIS.** Le stimulateur, générateur d'impulsion GENESIS en cas de renouvellement	613 890	613 890

3.5.4.3.2. EON

La prise en charge est assurée pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par :

- une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable remboursable ;
- ou un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 volts ou 4,7 mA à l'issue de la phase de stimulation test (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en particulier une étude de potentiels évoqués somesthésiques a exclu toute déafférentation sensitive majeure).

La prise en charge est assurée pour les patients atteints de :

- douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à :
  - des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ;
  - une lésion nerveuse périphérique, post-traumatique ou post-chirurgicale ;
  - une amputation (algo-hallucinose) ;
  - un syndrome régional douloureux complexe (algodystrophie, causalgies périphériques) ;
- douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV. Elle est subordonnée :
- à une prise en charge médicale pluridisciplinaire :
  - dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi post-implantation ;
  - implantation du système par une personne différente, formée à ce type de geste ;
- au suivi à long terme, dans le cadre de la consultation douleur, permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur.

Le renouvellement de la prise en charge du stimulateur ne peut intervenir qu'à l'issue d'une période de 60 mois à compter de la précédente prise en charge.

- à la validation de l'indication qui implique :

• une évaluation des différents facteurs psychosomatiques pouvant influer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ;
• l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ;
• le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif, notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ;
• la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec " retour au domicile souhaité ", préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %.

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3417077	**Neurostimulateur médullaire, ST JUDE, EON, système complet + accessoires.** Le système complet EON : neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur...) pour primo-implantation. La prise en charge est assurée pour la référence 3716.	2 258 055	2 258 055
3406412	**Neurostimulateur médullaire, ST JUDE, EON, renouvellement.** Le renouvellement de la prise en charge du neurostimulateur EON ne peut intervenir qu'à l'issue d'une période de neuf ans à compter de la précédente prise en charge d'un neurostimulateur médullaire. La prise en charge est subordonnée à l'évaluation de la stimulation-test. La prise en charge est assurée pour la référence 3716.	1 847 165	1 847 165
3482229	**Neurostimulateur médullaire, ST JUDE, l'électrode décahexapolaire.** La prise en charge est assurée pour les références des électrodes par voie chirurgicale suivantes : LAMITRODE 88 réf. 3288, LAMITRODE 88 C réf. 3289, TRIPOLE 16 réf. 3219, TRIPOLE 16 C réf. 3214, PENTA réf. 3228 (longueur 60 cm).	74 100	74 100
3497165	**Neurostimulateur médullaire, St. Jude, EON C, système complet + accessoires.** Le système complet EON C : neurostimulateur non rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur...) pour primo-implantation Indications La prise en charge est assurée pour les patients atteints de : - douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, bilatérales ou étendues, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à : des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; une lésion nerveuse périphérique, post-traumatique ou postchirurgicale ; une amputation (algohallucinose) ; - un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques) ; douleurs ischémiques périphériques, bilatérales ou étendues, type artérite de stade III, IV Modalités de prescription	1 129 569	1 129 569

	Elle est subordonnée : à une prise en charge médicale multidisciplinaire : - dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi post-implantation ; implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste ; - au suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur, permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur ; à une validation de l'indication qui implique : - une évaluation des différents facteurs psycho-somatiques pouvant influer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; - le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif, notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; - la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. - Référence prise en charge : 3688		
3461724	**Neurostimulateur médullaire, St. Jude, EON C, renouvellement** Indications La prise en charge est assurée pour les patients atteints de : - douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, bilatérales ou étendues, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à : - des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; - une lésion nerveuse périphérique, post-traumatique ou postchirurgicale ; - une amputation (algohallucinose) ; - un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques). - douleurs ischémiques périphériques, bilatérales ou étendues, type artérite de stade III, IV Modalités de prescription Elle est subordonnée : - à une prise en charge médicale multidisciplinaire : - dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi post-implantation ; - implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste ; - au suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur, permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur ; - à une validation de l'indication qui implique :	1 034 482	1 034 482

	- une évaluation des différents facteurs psycho-somatiques pouvant influer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; - l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; - le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif, notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; - la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. Référence prise en charge : 3688		
3402992	**Neurostimulateur médullaire, ST JUDE, EON MINI, système complet + accessoires.** Le système complet EON MINI : neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur,...) pour primo-implantation. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 3788. I. – **Caractéristiques principales** Description : Le système EON MINI comprend un stimulateur multi-canaux et une source d'alimentation rechargeable. Le stimulateur se connecte sur une ou deux sondes (introduction par voie percutanée ou par laminectomie) pour un maximum de 16 contacts thérapeutiques. Le stimulateur EON MINI possède un système de communication par télémétrie qui reçoit et décode les signaux de radiofréquence produits par un émetteur, qui peut être l'ordinateur utilisé par le médecin ou la télécommande remise au patient. Fonction : Ce dispositif a pour fonction la stimulation électrique à visée antalgique des fibres sensitives ß des cordons postérieurs de la moelle épinière, induisant des paresthésies locales. Indication prise en charge : Patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par :	2 258 055	2 258 055
	– une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ; – ou un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 V ou 4,7 mA à l'issue de la phase test de stimulation (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en partie une étude de potentiels somesthésiques ait exclu toute déafférentation sensitive majeure). Dans les indications suivantes : Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à : – des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; – une lésion nerveuse périphérique, post-traumatique ou post-chirurgicale ; – une amputation (douleur de membre fantôme) ; – un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexes, causalgies périphériques).		

	Douleurs ischémiques périphériques type artériopathie oblitérante des membres inférieurs de stade III ou IV. Dans les indications prises en charge, le neurostimulateur EON MINI offre un service attendu suffisant et une absence d'amélioration du service attendu (ASA V) par rapport aux autres systèmes de neurostimulation médullaire implantables rechargeables inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) Conditions de remboursement : – la validation de l'indication, l'évaluation de la stimulation-test* et le suivi post-implantation des patients doivent être effectués par une équipe multidisciplinaire, dans le cadre d'une consultation douleur ; – la mise en place du système doit être faite par un médecin (neurochirurgien ou algologue) formé à ce type de geste, différent de celui responsable de la validation de l'indication. **II. – Place dans la stratégie thérapeutique** Dans l'indication de la douleur chronique irréductible, la neurostimulation médullaire est indiquée en cas d'échec (par mauvaise tolérance ou inefficacité) ou de contre-indication des moyens thérapeutiques suivants : – antalgiques de niveau I ou II ; – kinésithérapie ; – physiothérapie ; – myorelaxants ; – analgésiques ; – anesthésie par blocage nerveux ; – antiépileptiques ; – antidépresseurs tricycliques ; – neurostimulation transcutanée couplée à la kinésithérapie et à un abord comportemental ; – dans le cas de la maladie de Buerger, la prostacycline. Les alternatives pouvant être envisagées après échec de la neurostimulation médullaire sont la stimulation cérébrale profonde, les pompes implantables permettant l'injection intrathécale d'antalgiques, la chirurgie de section des afférences. Apport du produit La Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS) considère que les systèmes EON MINI et EON (inscrit sur la LPPR) sont techniquement équivalents en termes de paramètres de stimulation et d'électrodes. III. – Utilisation pratique Un test de stimulation d'une durée minimale de dix jours, avec « retour au domicile souhaité » sera réalisé en préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale des patients en ambulatoire. L'amélioration de la douleur doit être au moins de 50 %. IV. – Spécifications économiques et médico-sociales EON MINI (SAINT JUDE MEDICAL FRANCE SAS) est inscrit sous nom de marque sur la LPPR.		

	* Le test de stimulation préalable à l'implantation a une durée minimale de dix jours, avec un retour souhaitable au domicile et une prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur à l'issue de ce test doit être d'au moins 50 %.		
3422730	**Neurostimulateur médullaire, ST JUDE, EON MINI, renouvellement.** Neurostimulateur médullaire seul. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 3788.	1 847 165	1 847 165

3.5.5. Section 5. - Neuromodulateur des racines sacrées (S3), implantable

Indications :
La prise en charge est assurée pour les patients atteints de :
- rétention urinaire chronique avec hypertonie du sphincter strié, sans cause urologique décelable (troubles dits «rétentionnistes»), rebelle aux traitements conservateurs;
- pollakiurie invalidante avec ou sans incontinence par impériosité et impériosité invalidante (troubles dits «irritatifs»), rebelles aux traitements conservateurs;
- incontinence fécale, rebelle aux traitements conservateurs, avec un sphincter anal fonctionnel défini comme suit:
- sphincter intact (sans lésion ou après réparation sphinctérienne);
ou
- sphincter altéré, si la taille de la lésion ne justifie pas la réparation sphinctérienne.
Modalités de prescription et d'utilisation :
- Indications urinaires :
Un test de neurostimulation sacrée doit être effectué avec une durée minimale de sept jours préalable à l'implantation, réalisé par un médecin rééducateur ou un urologue. Ce test doit montrer un bénéfice supérieur à 50 % sur au moins un des critères d'évaluation du test de stimulation préimplantation (catalogue mictionnel, échelle visuelle analogique).
L'implantation doit être effectué par un urologue travaillant dans un centre possédant l'infrastructure opératoire adaptée (radiologie) ayant reçu une formation au matériel, à la technique d'implantation et aux paramétrages.
- Indications fécales :
Le test de neuromodulation et l'implantation d'INTERSTIM qui pourrait suivre doivent faire l'objet d'une décision pluridisciplinaire, avec enregistrement du patient dans le registre électronique des thérapies INTERSTIM pour l'incontinence fécale.
Les spécialités représentées lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) sont la chirurgie digestive à orientation colorectale, la gastro-entérologie avec compétence en colo-proctologie, l'exploration fonctionnelle digestive et pelvienne, la radiologie spécialisée (défécographie dynamique, IRM pelvienne dynamique). Un avis psychiatrique doit pouvoir être sollicité.
Lors de la décision, l'étude des antécédents médicaux et le bilan clinique avec calendrier des selles de trois mois et mesure de scores d'incontinence fécale (*Wexner + Faecal Incontinence Quality of Life FIQL Score*), sont complétés par un bilan fonctionnel fondé au moins sur une manométrie anorectale et un bilan urodynamique en cas de troubles de la continence urinaire associée. L'échographie endo-anale et l'imagerie dynamique de la statique anorectale et pelvienne doivent pouvoir être réalisées au besoin.
Trois des quatre spécialités doivent être représentées au cours de la RCP pour valider la proposition de la NMS au patient et son indication. Un coordonnateur par centre implanteur est le garant de cette démarche et de la validation de la RCP par sa signature.

La réalisation de l'implantation de l'électrode est assurée par un chirurgien colorectal spécialisé dans la prise en charge des troubles fonctionnels anorectaux avec une formation spécifique à la neuromodulation des racines sacrées.
Le test de neurostimulation a une durée d'au moins vingt et un jours et au plus de trente jours (compte tenu du risque infectieux). Pendant ce test, le patient remplit soigneusement un calendrier des selles. Des modifications des paramètres de stimulation sont réalisées par le personnel soignant dédié, en contact (le plus souvent téléphonique) avec le patient pendant cette période. A l'issue de cette période, la stimulation est arrêtée et les résultats cliniques sont analysés.
Le test est considéré positif en cas de disparition d'au moins 50 % des épisodes d'incontinence, mesurées sur un calendrier des selles sur une période d'au moins vingt et un jours, ainsi qu'un allongement significatif du délai de retenue. La thérapie exige un suivi systématique, assuré par un personnel soignant dédié, sous contrôle d'un médecin impliqué.

3.5.5.1. Société Medtronic France SAS (Medtronic)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3465946	**Neuromodulateur des racines sacrées, MEDTRONIC, INTERSTIM + élect. test-permanente.** Système complet pour implantation (neuromodulateur, sonde, extension, programmateur patient, câbles, aiguilles, électrode quadripolaire test et permanente, antenne). La prise en charge est assurée pour la référence suivante: InterStim (1ère génération) : modèle 3023.	8 48 046	8 48 046
3462468	**Neuromodulateur des racines sacrées, renouvellement, MEDTRONIC, INTERSTIM.** Référence prise en charge : InterStim (1ère génération) : modèle 3023.	613 890	613 890
3490594	**Neuromodulateur racines sacrées, MEDTRONIC, INTERSTIM II + élect. test-permanente.** Système complet InterStim II pour implantation (neuromodulateur, sonde, extension, programmateur patient, câbles, aiguilles, électrode quadripolaire test et permanente, antenne). Référence prise en charge : InterStim II (2ème génération) : modèle 3058.	848 046	848 046
3461322	**Neuromodulateur racines sacrées, renouvellement, MEDTRONIC, INTERSTIM II.** Référence prise en charge : InterStim II (2 ème génération) : modèle 3058.	613 890	613 890

3.5.6. Section 6. - Moniteurs ECG implantables

Indications :
Diagnostic étiologique des syncopes inexpliquées récidivantes après une évaluation initiale clinique (anamnèse – examenphysique dont la mesure de la pression artérielle couchée et debout – ECG 12 dérivations), selon les conditions suivantes :
- pour des patients n'ayant pas de facteurs de haut risque de mort subite nécessitant une hospitalisation (existence d'une cardiopathie structurelle ou d'une coronaropathie, anomalies cliniques ou ECG suggérant une syncope rythmique, comorbidités importantes, notamment anémie sévère et perturbations électrolytiques) et avec une forte probabilité de récidive pendant la durée de vie du dispositif ;
- pour des patients à haut risque de mort subite quand le bilan complet initial incluant une exploration électrophysiologique n'a permis ni le diagnostic ni l'initiation d'un traitement ;
- pour des patients chez lesquels la cause réflexe de la syncope est probable ou certaine, avec épisodes fréquents et traumatiques pour lesquels est discutée la pose d'un stimulateur cardiaque si une bradycardie sévère est enregistrée.

Modalités de prescription et d'utilisation :
L'implantation du moniteur cardiaque doit être réalisée sous anesthésie locale en salle de cathétérisme ou au bloc opératoire. La prise en charge par patient ne peut concerner qu'un seul dispositif associé à un assistant patient (activateur).
La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

3.5.6.1. MedtronicFrance SAS (MEDTRONIC)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3498986	**Moniteur ECG implantable, MEDTRONIC, REVEAL DX.** Le système REVEAL DX comprend un moniteur cardiaque implantable et un assistant (ou activateur) patient. Références : – moniteur cardiaque implantable : modèle 9528 ; – assistant ou activateur patient : modèle 9538.	142 606	142 606
3494066	**Moniteur ECG implantable, MEDTRONIC, REVEAL XT.** Le système REVEAL XT comprend un moniteur cardiaque implantable et un assistant (ou activateur) patient. Références : Moniteur cardiaque implantable: modèle 9529. Assistant ou activateur patient: modèles 9538 ou 9539.	142 606	142 606
3401308	**Moniteur ECG implantable, MEDTRONIC, REVEAL LINQ** DESCRIPTION Le dispositif REVEAL LINQ se compose de 3 principaux éléments : 1. Le moniteur cardiaque Le moniteur cardiaque implantable est un dispositif programmable qui surveille en continue l'activité cardiaque d'un patient ainsi que d'autres paramètres physiologiques. Il détecte et enregistre automatiquement les arythmies du patient. Il peut également être activé par le patient pour enregistrer le rythme cardiaque au cours d'épisodes symptomatiques. L'arythmie peut être classée en tant que : - Tachyarythmie Ventriculaire (TV) ; - Tachyarythmie Ventriculaire rapide ou fibrillation ventriculaire (TVR ou FV) ; - Bradyarythmie ; - Asystolie (pause) ; - Fibrillation Atriale (FA) ou Tachyarythmie Atriale/Fibrillation Atriale (TA/FA). Le dispositif enregistre d'autres données comme les fréquences cardiaques moyennes, la variabilité de la fréquence cardiaque et l'activité de la journée. Le dispositif est implanté sous la peau au niveau du thorax. Deux électrodes placées sur le boitier du dispositif détectent continuellement l'ECG sous-cutané du patient. Il peut être implanté pendant plusieurs mois ou plusieurs années (longévité de 3 ans).	174 526	174 526

	Caractéristiques techniques : - Volume : 1,2 cm3 ; - Poids : 2,5 g ; - Dimensions H x L x P : 44,8 mm x 7,2 mm x 4 mm ; - Mémoire stockage : 57 min (30 min en activation par le patient* + 27 min en détection automatique) : - Option de segmentation du stockage des épisodes activés par le patient possible : 4 enregistrements de 7,5 min, 3 de 10 min ou 2 de 15 min Le moniteur cardiaque implantable REVEAL LINQ est compatible avec la réalisation d'IRM à 1,5 et 3 Tesla. 2. Kit d'incision et d'insertion du REVEAL LINQ (référence LNQTOOL) Le kit d'incision et d'insertion du REVEAL LINQ permet, par une simple incision de moins de 1 cm, l'insertion parallèlement au thorax du dispositif dans une poche étroite et peu invasive. Le REVEAL LINQ est fourni pré-chargé dans le kit d'insertion. 3. L'assistant patient L'assistant patient (modèle 96000) est un appareil de télémétrie portatif qui permet au patient de déclencher l'enregistrement des données cardiaques pendant un épisode symptomatique ou immédiatement après. Le dispositif REVEAL LINQ est compatible avec le système de télésurveillance CARELINK. INDICATIONS DE PRISE EN CHARGE Diagnostic étiologique des syncopes inexpliquées récidivantes après une évaluation initiale clinique (anamnèse - examen physique dont la mesure de la pression artérielle couchée et debout - ECG 12 dérivations), selon les conditions suivantes : - pour des patients n'ayant pas de facteurs de haut risque de mort subite nécessitant une hospitalisation (existence d'une cardiopathie structurelle ou d'une coronaropathie, anomalies cliniques ou ECG suggérant une syncope rythmique, comorbidités importantes notamment anémie sévère et perturbations électrolytiques) et avec une forte probabilité de récidive pendant la durée de vie du dispositif ; - pour des patients à haut risque de mort subite quand le bilan complet initial incluant une exploration électrophysiologique n'a permis ni le diagnostic, ni l'initiation d'un traitement ; - pour des patients chez lesquels la cause réflexe de la syncope est probable ou certaine, avec épisodes fréquents et traumatiques pour lesquels sont discutés la pose d'un stimulateur cardiaque si une bradycardie sévère est enregistrée. Diagnostic étiologique des accidents ischémiques cérébraux (chez les patients non contre-indiqués à un traitement préventif secondaire par anticoagulation efficace ou à l'occlusion de l'appendice auriculaire gauche), sans qu'une source cardio-embolique ou un trouble de la coagulation n'ait pu être mis en évidence et lorsque les bilans suivants n'ont pas révélé d'étiologie : - bilan vasculaire des artères intracrâniennes (IRM et angioIRM ou TDM et angioTDM) et extracrâniennes (echodoppler, angioscanner ou angioIRM des troncs supraaortiques) ;		

	- bilan cardiaque : ECG 12 dérivations, monitoring ECG à la phase aigüe au minimum de 24 heures, échographie transthoracique et transoesophagienne (en l'absence de contre-indication) ou scanner cardiaque et holter de 24 h ; - bilan biologique à la recherche de troubles de la coagulation et/ou de l'hémostase (patients âgés de moins de 55 ans). Tous ces critères doivent être vérifiés par une équipe multidisciplinaire ad hoc impliquant un neurologue neuro-vasculaire et un rythmologue. Le dispositif REVEAL LINQ n'est pas indiqué chez les patients appareillés d'un stimulateur cardiaque avec sonde auriculaire et dont la programmation est adaptée à la détection de la fibrillation auriculaire. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION L'implantation du moniteur cardiaque REVEAL LINQ doit être réalisée sous anesthésie locale en milieu hospitalier, en salle de cathétérisme, au bloc opératoire ou dans une salle réservée aux soins comme la pose de pansements ou la réalisation de petits gestes de chirurgie ou interventionnels. La prise en charge ne peut concerner qu'un seul dispositif REVEAL LINQ par patient. Celle-ci est associée à un assistant patient. Pour le diagnostic étiologique des accidents ischémiques cérébraux, la sélection des patients éligibles à la pose de REVEAL LINQ doit être réalisée par une équipe multidisciplinaire ad hoc impliquant un neurologue neuro-vasculaire et un rythmologue. REFERENCES PRISE EN CHARGE - Moniteur cardiaque implantable REVEAL LINQ - Référence : LNQ11. - Assistant patient - Référence 96000. - Kit d'incision et d'insertion du REVEAL LINQ- Référence : LNQTOOL.		

3.5.6.2. Société Saint Jude Medical France SAS (SAINT JUDE)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3416037	**Moniteur ECG implantable, SAINT JUDE, CONFIRM modèle DM 2100.** Le système CONFIRM comprend un moniteur cardiaque implantable et un assistant (ou activateur) patient. Références : - moniteur cardiaque implantable : modèle DM 2100. - assistant ou activateur patient : modèle DM 2100A.	142 606	142 606

3.5.7. Section 7. - Système de télésurveillance pour défibrillateur cardiaque implantable (DCI)

Conditions particulières d'utilisation :

Les systèmes de télésurveillance nécessitent les conditions particulières d'utilisation suivantes :

- une programmation des alertes envoyées au centre de rythmologie : panne du boîtier, dysfonction des sondes, indicateur de fin de vie de la pile, arrêt prolongé de la transmission sans accord préalable patient-médecin ;

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

- des consultations générées uniquement par les alertes et si l'état du patient le nécessite ;

En l'absence d'alerte :

- un contact annuel avec le médecin et/ou le cardiologue traitant afin de maintenir un réseau de soins autour du patient ;
- un contact annuel avec le patient afin de maintenir son lien avec le centre de rythmologie et de vérifier la validité de ses coordonnées de façon à maintenir la possibilité d'intervention.

La rédaction d'un protocole entre la société et le médecin assurant la prise en charge du patient, précisant :

- l'identification du médecin assurant la prise en charge du patient y compris en cas d'alerte ;
- l'organisation du suivi du patient porteur du dispositif, par le médecin concerné, dans le respect des bonnes pratiques cliniques et des exigences liées au dispositif ;
- les modalités de recueil du consentement du patient
- la définition des indicateurs d'alerte ainsi que leur modalité de recueil ;
- la description des modalités de réponse aux alertes, tant de la part du médecin que de la société ;
- le rôle du médecin et celui de la société à chaque étape de la procédure définie dans le cadre du protocole ;
- les modalités pratiques du maintien d'un contact régulier entre le médecin assurant la prise en charge du patient et la société en l'absence d'alerte ainsi que les modalités de vérification régulière de la validité des coordonnées du patient de façon à maintenir la possibilité d'intervention ;
- si nécessaire, les compétences, formations, spécialisations et liens avec le patient des professionnels de santé intervenant (en routine et en cas d'alerte) ;
- les règles d'habilitation et de sécurisation des droits d'accès au système d'information support du dispositif ;
- les règles de sécurité, de traçabilité et confidentialité des données transmises et conservées.

La rédaction par la société d'une annexe technique précisant la maintenance du dispositif.

Indications générales :

Les systèmes de télésurveillance pour défibrillateurs cardiaques implantables sont pris en charge uniquement lorsqu'ils sont associés à des défibrillateurs cardiaques posés dans les indications générales suivantes :

- arrêt cardiaque par FV (fibrillation ventriculaire) ou TV (tachycardie ventriculaire), sans cause aiguë ou réversible ;
- patients coronariens sans ou avec symptômes d'insuffisance cardiaque légère ou modérée (classe NYHA II ou III), une fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) <= 30 % mesurée au moins un mois après un infarctus du myocarde (IDM) et trois mois après un geste de revascularisation (chirurgie ou angioplastie) ;
- TV soutenue spontanée symptomatique sur cardiopathie ;
- TV soutenue spontanée, mal tolérée, en l'absence d'anomalie cardiaque, pour laquelle un traitement médical ou une ablation ne peut être réalisé ou a échoué ;
- syncope de cause inconnue avec TV soutenue ou FV déclenchable, en présence d'une anomalie cardiaque sous-jacente ;
- patients coronariens avec dysfonction ventriculaire gauche (FEVG de 31 à 35 %) mesurée au moins un mois après un IDM et trois mois après un geste de revascularisation (chirurgie ou angioplastie) avec une arythmie ventriculaire (TV, FV) déclenchable ;
- patient atteint d'une cardiomyopathie dilatée en apparence primitive avec une FEVG <= à 30 % et une classe NYHA II ou III ;
- maladie génétique à haut risque de mort subite par fibrillation ventriculaire sans aucun autre traitement efficace connu ;
- TV soutenue mal tolérée chez un patient en attente de transplantation cardiaque.

Indications spécifiques :

De façon plus spécifique outre les indications générales définies ci-dessus :

- La prise en charge d'un système de télésurveillance pour défibrillateurs cardiaques implantables simple chambre est assurée dans les situations suivantes :
- en l'absence d'indication conventionnelle de stimulation cardiaque définitive ;
- s'il y a une indication de stimulation cardiaque définitive monochambre ventriculaire.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

- La prise en charge d'un système de télésurveillance pour défibrillateurs cardiaques implantables double chambre est assurée dans les situations suivantes :
- si le patient présente une indication conventionnelle de stimulation cardiaque définitive atriale ou double chambre ;
- ou si la détection appropriée du trouble du rythme traité par le défibrillateur nécessite une détection double chambre.
- La prise en charge d'un système de télésurveillance pour défibrillateurs cardiaques implantables avec stimulation atrio-biventriculaire est assurée dans la situation suivante : si le patient est en insuffisance cardiaque et reste symptomatique, en classe NYHA III ou IV, sous traitement médical optimal, avec fraction d'éjection <= 35 % et durée du QRS > 120 ms..

3.5.7.1. Société BIOTRONIK

Modalités de prescription et d'utilisation :
Le système de télésurveillance HOME MONITORING assure la transmission d'informations du défibrillateur cardiaque implantable à un centre d'analyse de données diagnostiques et techniques qui reflètent l'état du système. Ce centre les fait suivre au praticien de façon programmée et automatique (par fax, SMS ou courrier électronique).
Le port d'un défibrillateur LUMAX 740 VR-T, LUMAX 740 DR-T, LUMAX 740 HF-T, ILESTO 7 VR-T, ILESTO 7 DR-T ou ILESTO 7 HF-T est compatible avec la réalisation d'IRM.
Dans ce cas, les IRM doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe cardiologique sur le même site géographique et uniquement dans les conditions suivantes :
– IRM clinique à tunnel fermé, aimant cylindrique et champ magnétique statique d'intensité de 1,5 tesla ;
– vitesse de balayage ne devant pas dépasser 216 T/m/s pour LUMAX 740 VR-T, LUMAX 740 DR-T ou LUMAX 740 HF-T, et 346 T/m/s pour ILESTO 7 VR-T, ILESTO 7 DR-T ou ILESTO 7 HF-T ;
– aucune bobine d'émission locale supplémentaire mise en oeuvre ;
– sonde et défibrillateur cardiaque compatibles ProMRI ;
– patient porteur d'aucun autre appareil implanté ;
– patient apyrétique ;
– patient de taille _ 1,40 m ;
– système implanté _ 6 semaines ;
– système implanté dans la région pectorale ;
– seuil de stimulation _ 2,0 V pour une durée d'impulsion de 0,4 ms ;
– impédance de sonde déterminée entre 200 et 1 500 ohms ;
– patient couché sur le dos ;
– respect de la zone de positionnement autorisé (zone d'exclusion comprise entre les épaules et la crête iliaque) ;
– durée totale de l'examen IRM _ 30 minutes ;
– débit d'absorption spécifique moyen du corps entier affiché par le scanner IRM _ 2,0 W/kg ;
– débit d'absorption de la tête affiché par le scanner IRM _ 3,2 W/kg ;
– équipement d'urgence de réanimation à portée de main et personnel qualifié correspondant disponible ;
– surveillance hémodynamique continue durant toute la durée de l'examen IRM en saisissant au moins l'un des paramètres suivants : SaO_2, pression sanguine, ECG.
Enfin, le mode IRM spécial doit être programmé par un cardiologue ou rythmologue avant l'examen IRM puis déprogrammé à l'issue de l'examen. L'intervalle de temps entre la programmation et la déprogrammation doit être le plus court possible.

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3499030	**Système de télésurveillance pour DCI simple chambre, BIOTRONIK, HOME MONITORING.** Le système HOME MONITORING comprend le transmetteur, la transmission des données du boîtier vers le HOME MONITORING SERVICE CENTER et le centre de service HOME MONITORING SERVICE CENTER. Références prises en charge : – LUMAX 540 VR-T ; – LUMAX 740 VR-T (compatible avec la réalisation d'IRM dans les conditions décrites dans les modalités de prescription et d'utilisation) ; – ILESTO 7 VR-T (compatible avec la réalisation d'IRM dans les conditions décrites dans les modalités de prescription et d'utilisation) : références 390082 et 390088.	98 496	98 496
3491091	**Système de télésurveillance pour DCI double chambre, BIOTRONIK, HOME MONITORING.** Le système HOME MONITORING comprend le transmetteur, la transmission des données du boîtier vers le HOME MONITORING SERVICE CENTER et le centre de service HOME MONITORING SERVICE CENTER. Références prises en charge : – LUMAX 540 DR-T ; – LUMAX 740 DR-T (compatible avec la réalisation d'IRM dans les conditions décrites dans les modalités de prescription et d'utilisation) ; – ILESTO 7 DR-T (compatible avec la réalisation d'IRM dans les conditions décrites dans les modalités de prescription et d'utilisation) : références 390068 et 390074.	98 496	98 496
3433314	**Système de télésurveillance pour DCI triple chambre, BIOTRONIK, HOME MONITORING.** Le système HOME MONITORING comprend le transmetteur, la transmission des données du boîtier vers le HOME MONITORING SERVICE CENTER et le centre de service HOME MONITORING SERVICE CENTER. Références prises en charge : – LUMAX 540 HF-T ;– LUMAX 740 HF-T (compatible avec la réalisation d'IRM dans les conditions décrites dans les modalités de prescription et d'utilisation) ; – ILESTO 7 HF-T (compatible avec la réalisation d'IRM dans les conditions décrites dans les modalités de prescription et d'utilisation) : référence 390055 et 390061.	110 808	110 808

3.5.7.2. Société BOSTON SCIENTIFIC SAS (BOSTON)

Le système de télésurveillance LATITUDE permet la communication à distance d'un défibrillateur cardiaque implantable avec un générateur d'impulsions compatible et le transfert des informations dans une base de données centrale, accessibles à tout moment aux utilisateurs autorisés sur un site internet dédié.

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

3407713	**Système de télésurveillance pour DCI simple chambre, BOSTON, LATITUDE** Système de télésurveillance LATITUDE et LATITUDE NXT pour défibrillateur cardiaque simple chambre à fréquence asservie de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS. Le système de télésurveillance LATITUDE est compatible avec les références suivantes: – TELIGEN 100 VR (modèles F102 et F103) – INCEPTA VR (modèles F160 et F161) Le système de télésurveillance LATITUDE NXT est compatible avec les références suivantes: – TELIGEN 100 VR (modèles F102 et F103) – INCEPTA VR (modèles F160 et F161) – ENERGEN VR (modèles F140 et F141) – INOGEN EL VR (modèles D140 et D141) – AUTOGEN EL VR (modèles D174 et D175)	98 496	98 496
3427822	**Système de télésurveillance pour DCI double chambre, BOSTON, LATITUDE** Système de télésurveillance LATITUDE et LATITUDE NXT pour défibrillateur cardiaque double chambre à fréquence asservie de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS. Le système de télésurveillance LATITUDE est compatible avec les références suivantes: – TELIGEN 100 DR (modèles F110 et F111) – INCEPTA DR (modèles F162 et F163) Le système de télésurveillance LATITUDE NXT est compatible avec les références suivantes: – TELIGEN 100 DR (modèles F110 et F111) – INCEPTA DR (modèles F162 et F163) – ENERGEN DR (modèles F142 et F143) – INOGEN EL DR (modèles D142 et D143) – AUTOGEN EL DR (modèles D176 et D177)	98 496	98 496
3414541	**Système de télésurveillance pour DCI triple chambre, BOSTON, LATITUDE** Système de télésurveillance LATITUDE et LATITUDE NXT pour défibrillateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-bi-ventriculaire pour resynchronisation dit «triple chambre» de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS. Le système de télésurveillance LATITUDE est compatible avec les références suivantes: – COGNIS 100 – D (modèles: P106, P107 et P108) – INCEPTA CRT-D (modèles P162, P163 et P165) Le système de télésurveillance LATITUDE NXT est compatible avec les références suivantes: – COGNIS 100 – D (modèles: P106, P107 et P108) – INCEPTA CRT-D (modèles P162, P163 et P165) – ENERGEN CRT-D (modèles P142 etP143) – INOGEN QUAD CRT-D (modèles G146 et G148) – INOGEN CRT-D (modèles G140 et G141)	110 808	110 808

	– AUTOGEN QUAD CRT-D (modèles G177 et G179) – AUTOGEN CRT-D (modèles G172, G173 et G175)		
3428690	**Système de télésurveillance pour DAI à sonde sous-cut EMBLEM, BOSTON, LATITUDE NXT** Système de télésurveillance pour défibrillateur cardiaque automatique implantable à sonde sous-cutanée EMBLEM de la société BOSTON Le système de télésurveillance LATITUDE NXT inclut les éléments suivants : - Communicateur LATITUDE NXT associé aux DAI EMBLEM - Adaptateur 3 G pour certains modèles - Filtre téléphonique DSL pour communicateur - Adaptateur Bluetooth - Accessoire du communicateur et kit de littérature (comprenant manuel patient, guide, DVD, adaptateur, cordon téléphonique, adaptateur téléphonique)	98 496	98 496

3.5.7.3. Société MEDTRONIC France SAS (MEDTRONIC)

Le système de télésurveillance CARELINK assure la transmission d'informations du défibrillateur cardiaque implantable à un centre d'analyse de données diagnostiques et techniques qui reflètent l'état du système. Ce centre les fait suivre au médecin de façon programmée et automatique (par SMS ou courrier électronique).

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3492564	**Système de télésurveillance pour DCI simple chambre, MEDTRONIC, CARELINK.** Système de télésurveillance CARELINK pour défibrillateur cardiaque simple chambre à fréquence asservie de la société MEDTRONIC France SAS. Le système de télésurveillance CARELINK est compatible avec les références suivantes: Transmetteurs: CARELINK (modèle 2490C) et MYCARELINK (modèle 24950). Défibrillateurs: – PROTECTA XT VR (modèles D354VRG et D354VRM); – EVERA XT VR (modèles DVBB2D1 et DVBB2D4); – EVERA S VR (modèles DVBC3D1 et DVBC3D4); – EVERA MRI XT VR (modèle DVMB2D4).	98 496	98 496
3499780	**Système de télésurveillance pour DCI double chambre, MEDTRONIC, CARELINK.** Système de télésurveillance CARELINK pour défibrillateur cardiaque double chambre à fréquence asservie de la société MEDTRONIC France SAS. Le système de télésurveillance CARELINK est compatible avec les références suivantes: Transmetteurs: CARELINK (modèle 2490C) et MYCARELINK (modèle 24950). Défibrillateurs: – PROTECTA XT DR (modèles D354DRG et D354DRM);	98 496	98 496

	– EVERA XT DR (modèles DDBB2D1 et DDBB2D4); – EVERA S DR (modèles DDBC3D1 et DDBC3D4); – EVERA MRI XT DR (modèle DDMB2D4).		
3456628	**Système de télésurveillance pour DCI triple chambre, MEDTRONIC, CARELINK.** Système de télésurveillance CARELINK pour défibrillateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-bi-ventriculaire pour resynchronisation dit «triple chambre» de la société MEDTRONIC France SAS. Le système de télésurveillance CARELINK est compatible avec les références suivantes: Transmetteurs: CARELINK (modèle 2490C) et MYCARELINK (modèle 24950). Défibrillateurs: – PROTECTA XT CRT-D (modèles D354TRG et D354TRM); – VIVA XT CRT-D (modèles DTBA2D1 et DTBA2D4); – VIVA QUAD XT CRT-D (modèles DTBA2QQ et DTBA2Q1)	110 808	110 808

3.5.7.4. Société Saint Jude Medical France SAS (SAINT JUDE)

Le système de télésurveillance MERLIN.NET recueille au domicile du patient les données relatives au fonctionnement d'un défibrillateur cardiaque implantable et les transmet à un site internet dédié et sécurisé que les médecins d'une unité médicale peuvent consulter afin d'identifier précocement les incidents et troubles du rythme cardiaque.

Ce dispositif comprend :

- un transmetteur fixe MERLIN@HOME (référence : EX1150), son câble d'alimentation, un étui de transport et un manuel patient ;
- un adaptateur cellulaire (clé USB) ;
- un kit wifi composé d'une antenne wifi à relier au boîtier multiservice du patient (en cas d'absence de réseau cellulaire au domicile du patient) ;
- un kit filaire composé d'une prise gigogne et d'un un câble téléphonique terminé par 2 connecteurs RJ11 (en cas d'impossibilité de transmission cellulaire et wifi) ;
- le serveur de données MERLIN.NET.
- le logiciel MERLIN.NET, accessible sur le site internet sécurisé MERLIN.NET.

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3464579	**Système de télésurveillance pour DCI simple chambre, SAINT JUDE, MERLIN.NET.** Système de télésurveillance MERLIN.NET pour défibrillateur cardiaque implantable simple chambre à fréquence asservie de la société Saint Jude Medical France SAS. Références prises en charge : – CURRENT RF VR (références : 1207-30,1207-36) ; – CURRENT ACCEL VR (références : CD. 1215-30, CD. 1215-36) ; – ANALYST ACCEL VR (références : CD. 1219-30, CD. 1219-36) ; – FORTIFY VR (références : CD. 1233-40, CD. 1233-40Q) ; – FORTIFY ST VR (références : CD. 1235-40, CD. 1235 40Q) ;	98 496	98 496

	– FORTIFY ASSURA VR (références : VR CD. 1259-40, CD. 1259-40Q, CD. 1359-40C, CD. 1359-40QC) ; – ELLIPSE VR (références : CD. 1277-36, CD. 1277-36Q, CD. 1377-36C, CD. 1377-36QC).		
3474164	**Système de télésurveillance pour DCI double chambre, SAINT JUDE, MERLIN.NET.** Système de télésurveillance MERLIN.NET pour défibrillateur cardiaque implantable double chambre à fréquence asservie de la société Saint Jude Medical France SAS. Références prises en charge : – CURRENT RF DR (références : 2207-30, 2207-36) ; – CURRENT ACCEL DR (références : CD. 2215-30, CD. 2215-36) ; – ANALYST ACCEL DR (références : CD. 2219-30, CD. 2219-36) ; – FORTIFY DR (références : CD. 2233-40, CD. 2233-40Q) ; – FORTIFY ST DR (références : CD. 2235-40, CD. 2235-40 Q) ; – FORTIFY ASSURA DR (références : CD. 2259-40, CD. 2259-40Q, CD. 2359-40C, CD. 2359-40QC) ; – ELLIPSE DR (références : CD. 2277-36, CD. 2277-36Q, CD. 2377-36C, CD. 2377-36QC).	98 496	98 496
3435017	**Système de télésurveillance pour DCI triple chambre, SAINT JUDE, MERLIN.NET.** Système de télésurveillance MERLIN.NET pour défibrillateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-bi-ventriculaire pour resynchronisation dit « triple chambre » de la société Saint Jude Medical France SAS. Références prises en charge : – PROMOTE RF (références : 3213-30, 3213-36) ; – PROMOTE ACCEL (références : CD. 3215-30, CD. 3215-36) ; – UNIFY (références : CD. 3235-40, CD. 3235-40Q) ; – UNIFY QUADRA (références : CD. 3251-40, CD. 3251-40Q) ; – UNIFY ASSURA (références : CD. 3261-40, CD. 3261-40Q, CD. 3361-40C, CD. 3361-40QC) ; – QUADRA ASSURA (références : CD. 3267-40, CD. 3267-40Q, CD. 3367-40C, CD. 3367-40QC) ; – QUADRA ASSURA MP (références : CD. 3371-40C, CD. 3371-40QC).	110 808	110 808

3.5.7.5. Société Sorin Group France (SORIN)

Le système de télésurveillance SMARTVIEW assure la transmission d'informations du défibrillateur cardiaque implantable à un serveur central hébergeur de données, de façon cryptée, via un réseau téléphonique filaire analogique (dégroupage partiel ou total, quel que soit l'opérateur), soit par GSM.
Les données recueillies sont accessibles en ligne à tout moment aux utilisateurs autorisés pour consultation sur un site internet dédié sécurisé.
Ce dispositif comprend :
- un transmetteur SMARTVIEW (modèle pour ligne fixe [RTC], référence KA910-KA920 et modèle pour réseau de téléphone portable [GPRS], référence KA911-KA921);
- un câble d'alimentation (avec câble de 2mètres);
- un câble téléphonique RJ11 (5mètres) - uniquement pour le transmetteur SMARTVIEW (RTC) référence KA910-KA920;
- un manuel d'utilisation.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3447925	**Système de télésurveillance pour DCI simple chambre, SORIN, SMARTVIEW** Système de télésurveillance SMARTVIEW pour défibrillateur cardiaque simple chambre à fréquence asservie de la société SORIN GROUP France. Le système de télésurveillance SMARTVIEW est compatible avec les références suivantes : Références prises en charge : - PARADYM RF VR 9250: référence ICV1185; - INTENSIA VR 124: référence TDF022C.	98 496	98 496
3495440	**Système de télésurveillance pour DCI double chambre, SORIN, SMARTVIEW** Système de télésurveillance SMARTVIEW pour défibrillateur cardiaque double chambre à fréquence asservie de la société SORIN GROUP France. Le système de télésurveillance SMARTVIEW est compatible avec les références suivantes : Références prises en charge : - PARADYM RF DR 9550 : référence ICV1184 ; - INTENSIA DR 154 : référence TDF021C.	98 496	98 496
3483826	**Système de télésurveillance pour DCI triple chambre, SORIN, SMARTVIEW** Système de télésurveillance SMARTVIEW pour défibrillateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-bi-ventriculaire pour resynchronisation dit « triple chambre » de la société SORIN GROUP France. Le système de télésurveillance SMARTVIEW est compatible avec les références suivantes : Références prises en charge : - PARADYM RF SONR CRT-D 9770 : référence ICV1182 ; - PARADYM RF CRT-D 9750 : référence ICV1183 ; - INTENSIA SONR CRT-D 184 : référence TDF019C ; - INTENSIA CRT-D 174 : référence TDF020C.	110 808	110 808

3.5.8. Section 8. - Sondes de défibrillation cardiaque

Pour qu'une sonde de défibrillation soit prise en charge, son fabricant doit s'engager à rembourser à l'organisme de prise en charge la valeur d'achat de la sonde de défibrillation explantée en cas de dysfonctionnement de celle-ci.

Conditions générales :

Pour être prise en charge, une sonde de défibrillation doit présenter les caractéristiques suivantes :

- garantie cinq ans, quel que soit le boîtier auquel elle est associée ;
- compatibilité des connecteurs aux normes européennes en vigueur.

La sonde doit être conditionnée au minimum avec :

- trois mandrins de rigidité différente ;
- un chausse-veine ;

- et, pour les sondes à vis rétractables, deux pinces de fixation.

Les indications ainsi que les conditions d'utilisation et de prescription des sondes de défibrillation sont celles des défibrillateurs cardiaques implantables. Les contre-indications propres aux sondes sont :

- sténose de la valve tricuspide ;
- prothèse tricuspide mécanique ;
- impossibilité d'abord veineux supérieur (dans certains cas exceptionnels, une implantation par abord fémoral peut néanmoins être envisagée) ;
- endocardite évolutive.

La prise en charge est assurée dans la limite d'une sonde de défibrillation par patient quel que soit le type de défibrillateur cardiaque implanté.

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3418823	**Sonde pour défibrillation ventriculaire droite.** Sonde transveineuse, à vis ou à barbillons pour défibrillation ventriculaire droite, à une ou deux spire(s) de défibrillation	171 000	171 000

3.5.9. Section 9. - Dispositifs d'assistance circulatoire mécanique (DACM)

3.5.9.1. Société Berlin Hearth Gmbh (Berlin)

Le DACM EXCOR est indiqué lorsque la surface corporelle du patient est > ou = à 0,2 m² dans les situations suivantes :

- indication en situation aiguë : défaillance aiguë mono ou bi-ventriculaire chez l'insuffisant cardiaque, non contrôlée par un traitement optimal, en l'absence d'alternative thérapeutique conventionnelle (médicamenteuse et/ou interventionnelle et/ou chirurgicale) ;
- indication élective : insuffisance cardiaque chronique évoluée avec défaillance mono ou bi-ventriculaire, lorsque la vie est menacée malgré un traitement optimal, et au terme d'une concertation pluridisciplinaire.

Les contre-indications au dispositif EXCOR sont :

- dysfonction pulmonaire sévère, hypertension artérielle pulmonaire fixée ;
- insuffisance hépatique sévère (cirrhose, hypertension portale, etc.) ;
- troubles majeurs de la crase sanguine ;
- hémorragie incontrôlée ;
- syndrome septique et inflammatoire systémique non contrôlé ;
- lésions irréversibles documentées du système nerveux central, accident vasculaire cérébral récent ;
- cachexie ;
- maladie systémique avec atteinte de plusieurs organes ;
- désordres psychiatriques mettant en péril l'observance du traitement, manque de coopération ;
- affection de mauvais pronostic lorsque l'espérance de vie est inférieure à 2 ans ;
- âge > 70 ans ;
- rupture septale non traitée.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Seuls les établissements de santé autorisés à pratiquer la greffe de cœur selon les critères prévus à l'article R. 6123-76 modifié du code de la santé publique peuvent pratiquer la transplantation de DACM sous réserve qu'ils satisfassent aux critères de moyens, de compétences et d'organisation suivants.
Chaque établissement doit disposer :
- d'une unité de traitement de l'insuffisance cardiaque avec au moins 2 cardiologues formés à l'assistance circulatoire mécanique (ACM) ;
- d'une équipe chirurgicale formée à l'ACM : 2 chirurgiens cardiaques, 2 anesthésistes réanimateurs, 2 perfusionnistes et 1 équipe paramédicale ;
- d'un comité pluridisciplinaire (cardiologues, chirurgiens cardiaques, anesthésistes réanimateurs, perfusionnistes, psychologue) dédié à l'ACM et à la greffe cardiaque afin de discuter l'indication ;
- de plusieurs DACM dont un au moins adapté aux petites surfaces corporelles.
L'équipe médico-chirurgicale (cardiologues, chirurgiens cardiaques, anesthésistes, réanimateurs, perfusionnistes, équipe paramédicale) doit avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique, et maintenir la connaissance nécessaire à cette activité.
Sont également nécessaires :
- une formation spécifique sur les dispositifs implantés dans le centre ;
- une formation pratique à la technique effectuée par compagnonnage dans un centre agréé pour les nouvelles équipes médico-chirurgicales.
Le centre doit s'engager à participer au protocole mis en place afin d'assurer un suivi national prospectif et exhaustif de toutes les implantations de DACM.
De plus, il doit assurer la continuité des soins (7 j/7 et 24 h/24) à toutes les phases du traitement : chirurgie, réanimation, hospitalisation, suivi des patients.
Le retour à domicile doit être accompagné par l'équipe hospitalière. Celle-ci doit prendre contact et informer l'entourage du patient (social et médical).
Le fabricant devra satisfaire aux exigences suivantes :
- assurer la compatibilité de son dispositif aux systèmes français d'alimentation : prise de courant électrique, circuits d'air comprimé hospitalier...
- fournir un kit d'implantation comprenant tout le matériel nécessaire à la mise en place du dispositif (incluant les pièces de secours) ;
- fournir un kit d'équipement permettant l'automatisation du patient ;
- joindre au dispositif des documents précisant notamment les valeurs limites pour le temps de céphaline activée (TCA) et pour le rapport international normalisé (INR).
- assurer des prestations minimales associées aux DACM :
• en permanence :
- fournir une hot-line (24 h/24 h, 7j/7j) capable de répondre par téléphone aux questions techniques des utilisateurs et du patient ;
- fournir un service de dépannage capable d'intervenir dans les 24 heures qui suivent la demande ;
- fournir en double toutes les pièces indispensables au fonctionnement du système (ventricule, câble d'alimentation, console de contrôle, batteries et chargeur) afin de permettre le dépannage en urgence en cas de panne ;
• avant l'implantation :
- assurer une formation de l'ensemble des personnels amenés à intervenir sur le système d'assistance circulatoire.
• à l'implantation :
- fournir le DCAM dans les 24 heures qui suivent la demande ;
- mettre à disposition dans les 24 heures qui suivent la demande une personne expérimentée compétente qui puisse être présente lors des premières implantations de l'équipe, et par la suite si l'équipe chirurgicale en exprime le besoin ;
• du séjour en réanimation au retour à domicile :
- fournir en double les pièces indispensables qui doivent suivre le patient lors de ses hospitalisations, puis en centre de rééducation, et ensuite à son domicile ;
- assurer la garantie et la maintenance avec au moins :

- un service après vente pièces et main-d'œuvre pendant les deux ans suivant l'implantation ;
- une maintenance du dispositif implanté et de la partie extracorporelle ;
- une maintenance de la console ;
- le changement des batteries.

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3411353	**DACM, mono-ventricul droite ou gauche, BERLIN, EXCOR UniVAD** Dispositif d'assistance circulatoire mécanique, pulsatile pneumatique paracorporel mono-ventriculaire (droite ou gauche) EXCOR UniVAD de la société Berlin Heart GmbH pour des personnes dont la surface corporelle est supérieure ou égale à 0,2 m². Il est constitué d'une pompe à sang, de canules, de lignes pneumatiques, d'une console de commande pneumatique et d'une console mobile. Le tarif comprend la maintenance, la réparation et le remplacement (pour cause de croissance, de thrombus, etc.) de tous les éléments, y compris les batteries, pendant les deux années suivant l'implantation ainsi que le support clinique et technique. Le kit d'implantation UniVAD réf. 9190114 (anciennement réf. 1100100-FR) comprend une pompe avec valves en polyuréthane ou mécaniques, une canule auriculaire ou apicale, une canule artérielle, une ligne d'activation, un set d'accessoires pour valves mécaniques ou en polyuréthane (PU), les locations de la console Ikus et de la console mobile EXCOR. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - pompe à sang : pompe à sang à valve en PU (réf. P10P-001, P25P-001, P30P-001, P50P-001, P60P-001, P80P-001) ; pompe à sang à volets à disque basculant (réf. P50M-001, P60M-001, P80M-001, P80M-005, P80M-003, P80M-004) ; - canule apicale : canule apicale enfant (réf. C14A-040, C18A-020) ; canule apicale pédiatrique étagée (réf. C22A-004) ; canule apicale (réf. C27A-001, C41A-050) ; canule apicale avec couronne (réf. C27A-003) ; canule apicale avec connecteur Hancock (réf. C21A-001) ; - canule auriculaire : canule auriculaire nouveau-né étagée (réf. C15V-040) ; canule auriculaire enfant (réf. C19V-020/C19V-020m) ; canule auriculaire pédiatrique, étagée (réf. C22V-004) ; canule auriculaire pédiatrique, étagée (réf. C23V-004m) ; canule auriculaire pédiatrique, étagée (réf. C25V-004) ; canule auriculaire (réf. C22V-002/C22V-002m) ; canule auriculaire (réf. C26V-002/C26V-002m) ; - canule artérielle : canule artérielle enfant (réf. C80G-040, C80G-021/C80G-021m) ; canule artérielle pédiatrique, étagée (réf. C60G-004/C60G-004m, C85G-004/C85G-004m) ; canule pour extension prothèse dacron, étagée (réf. C00P-004) ; canule artérielle (réf. C60G-002/C60G-002m, C85G-002/C85G-002m, C85G-050/C85G-050m), canule pour extension prothèse dacron (réf. C00P-001, C00P-050) ; adaptateur connexion (réf. A06-009, A09-012, A12-016) ;	6 234 518	6 234 518

	- console Excor mobile : 2 unités d'entraînements + 1 unité d'entraînement de rechange ; 2 batteries + 2 batteries de rechange ; 1 unité support ; 1 chariot ; 1 station de chargement EXCOR avec bloc d'alimentation intégré ; 1 dispositif d'alimentation électrique EXCOR ; 1 ordinateur portable EXCOR ; 1 pompe à main EXCOR ; 1 sac EXCOR ; câbles de raccordements et de connexion ; outillage ; - ligne d'activation : réf. L 20H-002, réf. L 20H-003 ; - set d'accessoires pour valves : set d'accessoires pour valves mécaniques (réf. TOOL-001), set d'accessoires pour valves en polyuréthane (PU) (réf. TOOL-002).		
3476430	**DACM, bi-ventricul, BERLIN, EXCOR BiVAD** Dispositif d'assistance circulatoire mécanique, pulsatile pneumatique paracorporel bi-ventriculaire EXCOR BiVAD de la société Berlin Heart GmbH pour des personnes dont la surface corporelle est supérieure ou égale à 0,2 m². Il est constitué d'une pompe à sang, de canules, de lignes pneumatiques, d'une console de commande pneumatique et d'une console mobile. Le tarif comprend la maintenance, la réparation et le remplacement (pour cause de croissance, de thrombus, etc.) de tous les éléments, y compris les batteries, pendant les deux années suivant l'implantation ainsi que le support clinique et technique. Le kit d'implantation BiVAD réf. 9190115 (anciennement réf. 1100101-FR) comprend deux pompes avec valves en polyuréthane ou mécaniques, une canule auriculaire ou apicale, une canule auriculaire, deux canules artérielles, deux lignes d'activation, un set d'accessoires pour valves mécaniques ou en polyuréthane (PU), les locations de la console Ikus et de la console mobile EXCOR. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - pompes à sang : pompe à sang à valve en PU (réf. P10P-001, P25P-001, P30P-001, P50P-001, P60P-001, P80P-001) ; pompe à sang à volets à disque basculant (réf. P50M-001, P60M-001, P80M-001, P80M-005, P80M-003, P80M-004) ; - canule apicale : canule apicale enfant (réf. C14A-040, C18A-020) ; canule apicale pédiatrique étagée (réf. C22A-004) ; canule apicale (réf. C27A-001, C41A-050) ; canule apicale avec couronne (réf. C27A-003) ; canule apicale avec connecteur Hancock (réf. C21A-001) ; - canule auriculaire : canule auriculaire nouveau-né étagée (réf. C15V-040) ; canule auriculaire enfant (réf. C19V-020/C19V-020m) ; canule auriculaire pédiatrique, étagée (réf. C22V-004) ; canule auriculaire pédiatrique, étagée (réf. C23V-004m) ; canule auriculaire pédiatrique, étagée (réf. C25V-004) ; canule auriculaire (réf. C22V-002/C22V-002m) ; canule auriculaire (réf. C26V-002/C26V-002m) ; - canules artérielles : canule artérielle enfant (réf. C80G-040, C80G-021/C80G-021m) ; canule artérielle pédiatrique, étagée (réf. C60G-004/C60G-004m, C85G-004/C85G-004m) ; canule pour extension prothèse dacron, étagée (réf. C00P-004) ; canule artérielle (réf. C60G-002/C60G-002m, C85G-002/C85G-002m, C85G-050/C85G-050m), canule pour extension prothèse dacron (réf. C00P-001, C00P-050) ; adaptateur connexion (réf. A06-009, A09-012, A12-016) ;	9 982 410	9 982 410

	- Console Excor mobile : 2 unités d'entraînements + 1 unité d'entraînement de rechange ; 2 batteries + 2 batteries de rechange ; 1 unité support ; 1 chariot ; 1 station de chargement EXCOR avec bloc d'alimentation intégré ; 1 dispositif d'alimentation électrique EXCOR ; 1 ordinateur portable EXCOR ; 1 pompe à main EXCOR ; 1 sac EXCOR ; câbles de raccordements et de connexion ; outillage ; - ligne d'activation : réf. L 20H-002, réf. L 20H-003 - set d'accessoires pour valves : set d'accessoires pour valves mécaniques (réf. TOOL-001), set d'accessoires pour valves en polyuréthane (PU) (réf. TOOL-002).		
3430280	**DACM, BERLIN, EXCOR < 1,2m², modification, valv poly, pomp 30 ml.** Renouvellement pour évolution de pompes avec valves en polyuréthane de 10, 25 ou 30 ml pour dispositif d'assistance circulatoire mécanique Excor ¸1,2 m² UniVAD ou Excor ¸1,2m² BiVAD de la société Berlin Hearth GmbH, pour des personnes dont la surface corporelle est inférieure à 1,2 m². La prise en charge est assurée pour les références suivantes : réf. P10P-001, P25P-001, P30P- 001. Cette prise en charge est assurée dans la limite de deux pompes dans le cas du renouvellement pour évolution d'un DACM Excor < 1,2 m² BiVAD.	2 158 847	2 158 847
3439340	**DACM, BERLIN, EXCOR <1,2m², modif, valv poly, pomp ≥ 50 ml et ≤ 60 ml.** Renouvellement pour évolution de pompes avec valves en polyuréthane de 50 ou 60 ml pour dispositif d'assistance circulatoire mécanique Excor <1,2 m² UniVAD ou Excor < 1,2m² BiVAD de la société Berlin Hearth GmbH, pour des personnes dont la surface corporelle est inférieure à 1,2 m². La prise en charge est assurée pour les références suivantes : réf. P50P-001, P60P-001. Cette prise en charge est assurée dans la limite de deux pompes dansle cas du renouvellement pour évolution d'un DACM Excor < 1,2 m² BiVAD.	2 038 577	2 038 577
3423149	**DACM, BERLIN, EXCOR < 1,2 m², modif, valv poly, set d'accessoires.** Set d'accessoires pour le renouvellement pour évolution de valves en polyuréthane du dispositif d'assistance circulatoire mécanique Excor < 1,2 m² UniVAD ou Excor < 1,2 m² BiVAD de la société Berlin Hearth GmbH, pour des personnes dont la surface corporelle est inférieure à 1,2 m². La prise en charge est assurée pour la référence TOOL-002.	132 246	132 246
3485831	**DACM, BERLIN, EXCOR < 1,2m², modif, ligne d'activation.** Renouvellement pour évolution de ligne d'activation de dispositif d'assistance circulatoire mécanique Excor < 1,2m² UniVAD ou Excor < 1,2 m² BiVAD de la société Berlin Hearth GmbH, pour des personnes dont la surface corporelle est inférieure à 1,2 m². La prise en charge est assurée pour les références : réf. L. 20H-002, L. 20H-003. Cette prise en charge est assurée dans la limite de deux lignes d'activation pour canules dans le cas du renouvellement pour évolution d'un DACM Excor < 1,2 m² BiVAD.	24 054	24 054
3402087	**DACM, BERLIN, EXCOR < 1,2 m², modif, set de connexion pour canules.**	60 135	60 135

	Set de connexion pour renouvellement pour évolution de canules de dispositif d'assistance circulatoire mécanique Excor < 1,2 m² UniVAD ou Excor < 1,2m² BiVAD de la société Berlin Hearth GmbH, pour des personnes dont la surface corporelle est inférieure à 1,2 m². La prise en charge est assurée pour les références : réf. A06-009, A09-012. Cette prise en charge est assurée dans la limite de deux sets de connexion pour canules dans le cas du renouvellement pour évolution d'un DACM Excor < 1,2 m² BiVAD.		
3483810	**DACM, BERLIN, EXCOR < 1,2 m², rpl thr, valv poly, pompes ≤ 30 ml.** Remplacement pour thrombus de pompes avec valves en polyuréthane de 10, 25 ou 30 ml pour dispositif d'assistance circulatoire mécanique Excor < 1,2 m² UniVAD ou Excor < 1,2 m² BiVAD de la société Berlin Hearth GmbH, pour des personnes dont la surface corporelle est inférieure à 1,2 m². La prise en charge est assurée pour les références suivantes : réf. P10P-001, P25P-001, P30P- 001. Cette prise en charge est assurée dans la limite de deux pompes dans le cas du remplacement pour thrombus d'un DACM Excor < 1,2m² BiVAD.	2 158 847	2 158 847
3408842	**DACM, BERLIN, EXCOR < 1,2 m², rpl thr, valv poly, pomp ≥ 50 ml et ≤ 60 ml.** Remplacement pour thrombus de pompes avec valves en polyuréthane de 50 ou 60 ml pour dispositif d'assistance circulatoire mécanique Excor < 1,2 m² UniVAD ou Excor < 1,2m² BiVAD de la société Berlin Hearth GmbH, pour des personnes dont la surface corporelle est inférieure à 1,2 m². La prise en charge est assurée pour les références suivantes : réf. P50P-001, P60P-001. Cette prise en charge est assurée dans la limite de deux pompes dansle cas du remplacement pour thrombus d'un DACM Excor < 1,2 m² BiVAD.	2 038 577	2 038 577
3433461	**DACM, BERLIN, EXCOR < 1,2 m², rpl thr, valv poly, set d'accessoires.** Set d'accessoires pour le remplacement pour thrombus de valves en polyuréthane de dispositif d'assistance circulatoire mécanique Excor < 1,2 m² UniVAD ou Excor < 1,2m² BiVAD de la société Berlin Hearth GmbH, pour des personnes dont la surface corporelle est inférieure à 1,2m². La prise en charge est assurée pour la référence TOOL-002.	132 246	132 246
3484754	**DACM, BERLIN, EXCOR < 1,2 m², rpl thr, ligne d'activation.** Remplacement pour thrombus de ligne d'activation de dispositif d'assistance circulatoire mécanique Excor < 1,2 m² UniVAD ou Excor < 1,2 m² BiVAD de la société Berlin Hearth GmbH, pour des personnes dont la surface corporelle est inférieure à 1,2 m². La prise en charge est assurée pour les références : réf. L. 20H-002, L. 20H-003. Cette prise en charge est assurée dans la limite de deux lignes d'activation dans le cas du remplacement pour thrombus d'un DACM Excor < 1,2 m² BiVAD.	24 054	24 054
3451424	**DACM, BERLIN, EXCOR < 1,2 m², rpl thr, set de connexion pour canules.** Set de connexion pour remplacement pour thrombus de canules de dispositif d'assistance circulatoire mécanique Excor < 1,2 m² UniVAD ou Excor < 1,2 m² BiVAD de la société Berlin Hearth GmbH, pour des personnes dont la surface corporelle est inférieure à 1,2 m².	60 135	60 135

	La prise en charge est assurée pour les références : réf. A06-009, A09-012. Cette prise en charge est assurée dans la limite de deux sets de connexion pour canules dans le cas du remplacement pour thrombus d'un DACM Excor < 1,2 m² BiVAD.		

3.5.9.2. Société Thoratec Europe Limited (Thoratec)

1- Indications :

Les dispositifs d'assistance circulatoire mécanique (DACM) sont indiqués lorsque la surface corporelle du patient est supérieure ou égale à 1,2 m² pour le HEARTMATE II, supérieure ou égale à 1,4 m² pour le PVAD, dans les situations suivantes :

- défaillance aiguë mono ou bi-ventriculaire chez l'insuffisant cardiaque, non contrôlée par un traitement optimal, en l'absence d'alternative thérapeutique conventionnelle (médicamenteuse et/ou interventionnelle et/ou chirurgicale) ;
- insuffisance cardiaque chronique évoluée avec défaillance mono ou bi-ventriculaire, lorsque la vie est menacée malgré un traitement optimal, et au terme d'une concertation pluridisciplinaire.

2- Contre-indications :

Les contre-indications aux DACM sont :

- dysfonction pulmonaire sévère, hypertension artérielle pulmonaire fixée ;
- insuffisance hépatique sévère (cirrhose, hypertension portale...) ;
- troubles majeurs de la crase sanguine ;
- hémorragie incontrôlée ;
- syndrome septique et inflammatoire systémique non contrôlé ;
- lésions irréversibles documentées du système nerveux central, accident vasculaire cérébral récent ;
- cachexie ;
- maladie systémique avec atteinte de plusieurs organes ;
- désordres psychiatriques mettant en péril l'observance du traitement, manque de coopération ;
- affection de mauvais pronostic lorsque l'espérance de vie est inférieure à 2 ans ;
- âge > ou = 70 ans pour les PVAD ;
- rupture septale non traitée ;
- surface corporelle < 1,2 m² pour le HEARTMATE II et < 1,4 m² pour les PVAD.

3- Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge :

3.1 Centres pouvant réaliser l'implantation :

Seuls les établissements de santé autorisés à pratiquer la greffe de cœur selon les critères prévus à l'article R. 6123-76 modifié du code de la santé publique peuvent pratiquer la transplantation de DACM, sous réserve qu'ils satisfassent aux critères de moyens, de compétences et d'organisation décrits ci-dessous.

3.2 Composition du plateau technique et disponibilité des DACM :

Chaque établissement doit disposer :

- d'une unité de traitement de l'insuffisance cardiaque avec au moins 2 cardiologues formés à l'assistance circulatoire mécanique (ACM) ;
- de plusieurs DACM dont un au moins adapté aux petites surfaces corporelles.

3.3 Composition de l'équipe pluridisciplinaire :

Chaque établissement doit disposer :

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

- d'une équipe chirurgicale formée à l'ACM : 2 chirurgiens cardiaques, 2 anesthésistes-réanimateurs, 2 perfusionnistes et 1 équipe paramédicale ;
- d'un comité pluridisciplinaire (cardiologues, chirurgiens cardiaques, anesthésistes réanimateurs, perfusionnistes, psychologue) dédié à l'ACM et à la greffe cardiaque afin de discuter l'indication ;
- concernant le HEARTMATE II et dans le cas de patients d'âge supérieur ou égal à 70 ans, la participation d'un gériatre est plus particulièrement recommandée. Une évaluation approfondie à la recherche des co-morbidités et autres facteurs de risque incluant une évaluation gériatrique doit être effectuée. La décision d'implantation doit être réalisée au terme d'une concertation pluridisciplinaire afin de sélectionner les seuls patients pouvant en attendre un bénéfice suffisant.

3.4 Formation et expériences requises :

L'équipe médico-chirurgicale (cardiologues, chirurgiens cardiaques, anesthésistes, réanimateurs, perfusionnistes, équipe paramédicale) doit avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique, et maintenir la connaissance nécessaire à cette activité.

Sont également nécessaires :

- une formation spécifique sur les dispositifs implantés dans le centre ;
- une formation pratique à la technique effectuée par compagnonnage dans un centre agréé pour les nouvelles équipes médico-chirurgicales.

3.5 Modalités de suivi des patients :

Le centre doit s'engager à participer au protocole mis en place afin d'assurer un suivi national prospectif et exhaustif de toutes les implantations de DACM.

De plus, il doit assurer la continuité des soins (7j/7 et 24 h/24) à toutes les phases du traitement : chirurgie, réanimation, hospitalisation, suivi des patients.

Le retour à domicile doit être accompagné par l'équipe hospitalière. Celle-ci doit prendre contact et informer l'entourage du patient (social et médical).

4- Exigences envers le fabricant :

Le fabricant devra satisfaire aux exigences suivantes :

- assurer la compatibilité de son dispositif aux systèmes français d'alimentation : prise de courant électrique, circuits d'air comprimé hospitalier... ;
- fournir un kit d'implantation comprenant tout le matériel nécessaire à la mise en place du dispositif (incluant les pièces de secours) ;
- fournir un kit d'équipement permettant l'automatisation du patient ;
- joindre au dispositif des documents précisant notamment les valeurs limites pour le temps de céphaline activée (TCA) et pour le rapport international normalisé (INR) ;
- assurer des prestations minimales associées aux DACM :

En permanence :

- fournir une hot line (24 h/24, 7j/7) capable de répondre par téléphone aux questions techniques des utilisateurs et du patient ;
- fournir un service de dépannage capable d'intervenir dans les 24 heures qui suivent la demande ;
- fournir en double toutes les pièces indispensables au fonctionnement du système (ventricule, câble d'alimentation, console de contrôle, batteries et chargeur) afin de permettre le dépannage en urgence en cas de panne ;

Avant l'implantation :

- assurer une formation de l'ensemble des personnels amenés à intervenir sur le système d'assistance circulatoire ;

A l'implantation :

- fournir le DCAM dans les 24 heures qui suivent la demande ;
- mettre à disposition dans les 24 heures qui suivent la demande une personne expérimentée compétente qui puisse être présente lors des premières implantations de l'équipe, et par la suite si l'équipe chirurgicale en exprime le besoin ;

Du séjour en réanimation au retour à domicile :

- fournir en double les pièces indispensables qui doivent suivre le patient lors de ses hospitalisations, puis en centre de rééducation, et ensuite à son domicile ;

- assurer la garantie et la maintenance avec au moins :
- un service après vente pièces et main-d'œuvre pendant les deux ans suivant l'implantation ;
- une maintenance du dispositif implanté et de la partie extracorporelle ;
- une maintenance de la console ;
- le changement des batteries.

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3476594	**Dispositif assistance circulat, mono-ventriculaire, THORATEC, THORATEC PVAD.** THORATEC PVAD est un DACM pulsatile pneumatique para-corporel. Il est constitué d'une pompe à sang, de canules, de câbles pneumatiques et électriques, et d'une console de commande pneumatique. Il est utilisé pour une assistance mono-ventriculaire droite ou gauche. La prise en charge est assurée pour les références suivantes. Kit Mono PVAD (réf PSP 14086-2611-001) comprenant : un dispositif d'assistance ventriculaire, un kit d'implantation chirurgicale, 1 canule artérielle précoagulée (au choix parmi les références disponibles), une canule ventriculaire ou auriculaire (au choix parmi les références disponibles), un câble pneumatique stérile 1,5 m coeur gauche ou un câble pneumatique stérile 1,5 m cœur droit, une rallonge pneumatique non stérile 2 m coeur gauche ou une rallonge pneumatique non stérile 2 m coeur droit, un câble électrique stérile 1,5 m coeur gauche ou un câble électrique stérile 1,5 m coeur droit, une rallonge électrique non stérile 2 m coeur gauche ou une rallonge électrique non stérile 2 m coeur droit, une console TLC-II portable en utilisation, une console TLC-II portable de secours. Le tarif comprend la maintenance, la réparation et le remplacement de tous les éléments, y compris batteries, pendant les deux années suivant l'implantation.	6 374 310	6 374 310
3404465	**Dispositif assistance circulat, bi-ventriculaire, THORATEC, THORATEC PVAD.** THORATEC PVAD est un DACM pulsatile pneumatique para-corporel. Il est constitué d'une pompe à sang, de canules, de câbles pneumatiques et électriques, et d'une console de commande pneumatique. Il est utilisé pour une assistance bi-ventriculaire. La prise en charge est assurée pour la référence suivante. Kit Bi PVAD (réf PSP 14086-2612-001) comprenant : deux dispositifs d'assistance ventriculaire, deux kits d'implantation chirurgicale, deux canules artérielles précoagulées (au choix parmi les références disponibles), une canule ventriculaire (au choix parmi les références disponibles), une canule auriculaire (au choix parmi les références disponibles), un câble pneumatique stérile 1,5 m coeur gauche, un câble pneumatique stérile 1,5 m coeur droit, une rallonge pneumatique non stérile 2 m coeur gauche, une rallonge pneumatique non stérile 2 m coeur droit, un câble électrique stérile 1,5 m coeur gauche, un câble électrique stérile 1,5 m coeur droit, une rallonge électrique non stérile 2 m coeur gauche, une rallonge électrique non stérile 2 m coeur droit, une console TLC-II portable en utilisation, une console TLC-II portable de secours. Le tarif comprend la maintenance, la réparation et le remplacement	10 222 950	10 222 950

3414860	**Dispositif assistance circulat, mono-ventricul gauche, Thoratec, HEARTMATE II V2.** Le tarif comprend la maintenance, la réparation et le remplacement de tous les éléments, y compris batteries pendant les deux années suivant l'implantation. HEARTMATE II V2 est un DACM à débit continu (non pulsatile) électrique intracorporel mono-ventriculaire gauche. Il est constitué d'une pompe à sang, d'un contrôleur de système, d'une source d'alimentation et de modules de données. Références prises en charge : Kit d'implantation HeartMate¢ II V2 (réf. 106016), comprenant : 1 pompe à sang HM II, 1 canule d'entrée flexible (20 mm) enduite (réf. 104142), 1 canule de sortie (16 mm) enduite avec manchon anti-plicature (réf. 103393), 1 collier pour manchon anti-plicature de la canule de sortie enduite (réf. 107315), 1 contrôleur de système Pocket comprenant une batterie de secours 106128 (réf. 106017), 1 jeu de protecteurs de filetage, 1 couteau apical avec manche (réf. 1050), 1 collerette de suture apicale (réf. 1065), 1 emporte-pièce pour forage cutané, kit d'accessoires du contrôleur de système Pocket (HeartMate GoGear Pocket Controller) (réf. 106129). Kit d'équipement : HeartMate¢ II V2 (106018PSK) comprenant : 1 contrôleur de système Pocket, comprenant une batterie de secours 106128 (réf. 106017), 2 jeux de batteries 14 V rechargeables (par 4) (réf. 2465), 1 jeu de clips porte-batteries (par 2) (réf. 2865), 1 étui porte-batteries (HeartMate GoGear Pocket Controller) (par 2) (réf. 104234), 1 sacoche d'épaule (HeartMate GoGear Pocket Controller) (gauche/droite) (réfs 106449/104233), 1 kit de douche (HeartMate GoGear Pocket Controller) (par 2) (réf. 104232), 1 veste de transport (HeartMate GoGear Pocket Controller) (taille S/M/L) (réf. 104229/104230/104231). Instruments d'implantation : tunnélisateur (réf. 102137), outil de démontage (spanneur wrench) (réf.102138). Equipement: –module d'alimentation avec câbles (réf. 103868) fourni avec un chargeur universel de batteries (réf. 103869) et un moniteur de système avec câble (réf. 1286); ou unité d'alimentation mobile (réf. 107758) comprenant 1 cordon d'alimentation (réf. 107757) et fournie avec un chargeur universel de batteries (réf. 103869) et un moniteur de système avec câble (réf. 1286). Cette unité d'alimentation mobile ne sera fournie qu'aux patients nouvellement implantés et bénéficiant de la dernière version du contrôleur de système Pocket (réf. 106017) comprenant une batterie de secours (réf. 106128).	9 982 410	9 982 410

3.5.9.3. Société HeartWare international Inc (HeartWare)

Le DACM HEARTWARE est indiqué lorsque la surface corporelle du patient est $\geq$1,2 m² dans les situations suivantes :

- indication en situation aiguë : défaillance aiguë mono ou bi-ventriculaire chez l'insuffisant cardiaque, non contrôlée par un traitement optimal, en l'absence d'alternative thérapeutique conventionnelle (médicamenteuse et/ou interventionnelle et/ou chirurgicale) ;
- indication élective : insuffisance cardiaque chronique évoluée avec défaillance mono ou bi-ventriculaire, lorsque la vie est menacée malgré un traitement optimal, et au terme d'une concertation pluridisciplinaire.

Les contre-indications au dispositif HEARTWARE sont :

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

- dysfonction pulmonaire sévère, hypertension artérielle pulmonaire fixée ;
- insuffisance hépatique sévère (cirrhose, hypertension portale, etc.) ;
- troubles majeurs de la crase sanguine ;
- hémorragie incontrôlée ;
- syndrome septique et inflammatoire systémique non contrôlé ;
- lésions irréversibles documentées du système nerveux central, accident vasculaire cérébral récent ;
- cachexie ;
- maladie systémique avec atteinte de plusieurs organes ;
- désordres psychiatriques mettant en péril l'observance du traitement, manque de coopération ;
- affection de mauvais pronostic lorsque l'espérance de vie est inférieure à 2 ans ;
- âge $\geq$ 70 ans ;
- rupture septale non traitée.

Seuls les établissements de santé autorisés à pratiquer la greffe de cœur selon les critères prévus à l'article R. 6123-76 modifié du code de la santé publique peuvent pratiquer la transplantation de DACM sous réserve qu'ils satisfassent aux critères de moyens, de compétences et d'organisation suivants.

Chaque établissement doit disposer :

- d'une unité de traitement de l'insuffisance cardiaque avec au moins 2 cardiologues formés à l'assistance circulatoire mécanique (ACM),
- d'une équipe chirurgicale formée à l'ACM : 2 chirurgiens cardiaques, 2 anesthésistes réanimateurs, 2 perfusionnistes et 1 équipe paramédicale,
- d'un comité pluridisciplinaire (cardiologues, chirurgiens cardiaques, anesthésistes réanimateurs, perfusionnistes, psychologue) dédié à l'ACM et à la greffe cardiaque afin de discuter l'indication,
- de plusieurs DACM dont un au moins adapté aux petites surfaces corporelles.

L'équipe médico-chirurgicale (cardiologues, chirurgiens cardiaques, anesthésistes, réanimateurs, perfusionnistes, équipe paramédicale) doit avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique, et maintenir la connaissance nécessaire à cette activité.

Sont également nécessaires :

- une formation spécifique sur les dispositifs implantés dans le centre ;
- une formation pratique à la technique effectuée par compagnonnage dans un centre agréé pour les nouvelles équipes médico-chirurgicales.

Le centre doit s'engager à participer au protocole mis en place afin d'assurer un suivi national prospectif et exhaustif de toutes les implantations de DACM.

De plus, il doit assurer la continuité des soins (7j/7 et 24 h/24) à toutes les phases du traitement : chirurgie, réanimation, hospitalisation, suivi des patients.

Le retour à domicile doit être accompagné par l'équipe hospitalière. Celle-ci doit prendre contact et informer l'entourage du patient (social et médical).

Le fabricant devra satisfaire aux exigences suivantes :

- assurer la compatibilité de son dispositif aux systèmes français d'alimentation : prise de courant électrique, circuits d'air comprimé hospitalier...
- fournir un kit d'implantation comprenant tout le matériel nécessaire à la mise en place du dispositif (incluant les pièces de secours) ;
- fournir un kit d'équipement permettant l'automatisation du patient ;
- joindre au dispositif des documents précisant notamment les valeurs limites pour le temps de céphaline activée (TCA) et pour le rapport international normalisé (INR) ;
- assurer des prestations minimales associées aux DACM :

en permanence :

- fournir une hot-line (24 h/24, 7 j/7) capable de répondre par téléphone aux questions techniques des utilisateurs et du patient ;
- fournir un service de dépannage capable d'intervenir dans les 24 heures qui suivent la demande ;
- fournir en double toutes les pièces indispensables au fonctionnement du système (ventricule, câble d'alimentation, console de contrôle, batteries et chargeur) afin de permettre le dépannage en urgence en cas de panne.

Avant l'implantation :

- assurer une formation de l'ensemble des personnels amenés à intervenir sur le système d'assistance circulatoire.

A l'implantation :

- fournir le DCAM dans les 24 heures qui suivent la demande ;
- mettre à disposition dans les 24 heures qui suivent la demande une personne expérimentée compétente qui puisse être présente lors des premières implantations de l'équipe, et par la suite si l'équipe chirurgicale en exprime le besoin ;

Du séjour en réanimation au retour à domicile :

- fournir en double les pièces indispensables qui doivent suivre le patient lors de ses hospitalisations, puis en centre de rééducation, et ensuite à son domicile ;
- assurer la garantie et la maintenance avec au moins :
- un service après vente pièces et main-d'œuvre pendant les deux ans suivant l'implantation ;
- une maintenance du dispositif implanté et de la partie extracorporelle ;
- une maintenance de la console ;
-le changement des batteries.

La prise en charge est assurée pour le produit suivant :

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3484843	**Dispositif assistance circulat, mono-ventricul gauche, HEARTWARE, HEARTWARE** Le tarif comprend la maintenance, la réparation et le remplacement de tous les éléments y compris batteries pendant les deux années suivant l'implantation. HEARTWARE est un DACM à débit continu (non pulsatile) électrique intracorporel mono- ventriculaire gauche. Il est constitué d'une pompe à sang, d'une unité de contrôle, d'une double alimentation électrique et d'un moniteur. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Composants implantables et outils chirurgicaux : 1 pompe HVAD TM (réf. 1102) ; 1 tube de dacron en polyester imprégnée de gel 10 mm (réf. 1125) ; 1 ensemble d'accessoires de la pompe HVADTM comprenant un capuchon de canule, un anneau de suture, et un dispositif anti-pli (réf. 1151) ; 1 câble d'extension de l'arbre d'entrainement (réf. 100) ; 1 couvercle de câble (réf. 1175) ; 1 ensemble d'outils chirurgicaux composé d'une poignée et d'une tige du dispositif de tunnelisation, d'un outil d'excision, d'un capuchon de câble, d'un tournevis hexagonal, et d'une clé de serrage d'anneau de suture (réf. 1310). Composants externes/périphériques : 2 contrôleurs/unités de contrôle (réf. 1401-DE ou réf. 1407-DE) ; 1 adaptateur courant continu de contrôleur (réf. 1435 ou réf. 1430) ; 1 adaptateur courant alternatif de contrôleur (réf. 1425DE ou réf. 1430) ; 1 adaptateur d'alarme	9 576 000	9 576 000

	(réf. 1450) ; 1 pack du patient/sacoche du transport (réf. 1475) ; 1 boîte de batteries (1 boîte de 4 batteries) (réf. 5020) ; 4 batteries (1 boîte de 1 batterie) (réf. 1650-DE) ; 2 chargeurs de batteries (réf. 1600-DE ou réf. 1610-DE) ; 1 mémoire flash USB (réf. 1560) ; 1 sac de douche (réf. 2000-DE) ; 1 sacoche du transport (ceinture) (réf. 2050) ; 1 sacoche du transport (épaule) (réf. 2060).		

3.5.9.4. Société IST Cardiology SARL (IST)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3430126	**Dispositif assistance circulat, mono-ventricul gauche, IST, JARVIK 2000** Indications : Le dispositif d'assistance circulatoire mécanique (DACM) JARVIK 2000 est indiqué lorsque la surface corporelle du patient est comprise entre 1,2 m2 et 2,3 m2 dans les situations suivantes : – défaillance aiguë mono ou bi-ventriculaire chez l'insuffisant cardiaque, non contrôlée par un traitement optimal, en l'absence d'alternative thérapeutique conventionnelle (médicamenteuse et/ou interventionnelle et/ou chirurgicale) ; – insuffisance cardiaque chronique évoluée avec défaillance mono ou bi-ventriculaire, lorsque la vie est menacée malgré un traitement optimal, et au terme d'une concertation pluridisciplinaire. Contre-indications : – dysfonction pulmonaire sévère, hypertension artérielle pulmonaire fixée ; – insuffisance hépatique sévère (cirrhose, hypertension portale...) ; – troubles majeurs de la crase sanguine ; – hémorragie incontrôlée ; – syndrome septique et inflammatoire systémique non contrôlé ; – lésions irréversibles documentées du système nerveux central, accident vasculaire cérébral récent ; – cachexie ; – maladie systémique avec atteinte de plusieurs organes ; – désordres psychiatriques mettant en péril l'observance du traitement, manque de coopération ; – affection de mauvais pronostic lorsque l'espérance de vie est inférieure à 2 ans ; – âge _ 70 ans ; – rupture septale non traitée ; – patient présentant une sensibilité connue aux produits d'origine bovine. Modalités de prescription et d'utilisation : Seuls les établissements de santé autorisés à pratiquer la greffe de coeur selon les critères prévus à l'article R. 6123-76 modifié du code de la santé publique peuvent pratiquer la transplantation de DACM sous réserve qu'ils satisfassent aux critères de moyens, de compétences et d'organisation suivants. Chaque établissement doit disposer :	9 982 410	9 982 410

	– d'une unité de traitement de l'insuffisance cardiaque avec au moins 2 cardiologues formés à l'assistance circulatoire mécanique (ACM) ; – d'une équipe chirurgicale formée à l'ACM : 2 chirurgiens cardiaques, 2 anesthésistes réanimateurs, 2 perfusionnistes et 1 équipe paramédicale ; – d'un comité pluridisciplinaire (cardiologues, chirurgiens cardiaques, anesthésistes réanimateurs, perfusionnistes, psychologue) dédié à l'ACM et à la greffe cardiaque afin de discuter l'indication ; – de plusieurs DACM, dont un au moins adapté aux petites surfaces corporelles. L'équipe médico-chirurgicale (cardiologues, chirurgiens cardiaques, anesthésistes, réanimateurs, perfusionnistes, équipe paramédicale) doit avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique, et maintenir la connaissance nécessaire à cette activité. Sont également nécessaires : – une formation spécifique sur les dispositifs implantés dans le centre ; – une formation pratique à la technique effectuée par compagnonnage dans un centre agréé pour les nouvelles équipes médico-chirurgicales. Le centre doit s'engager à participer au protocole mis en place afin d'assurer un suivi national prospectif et exhaustif de toutes les implantations de DACM. De plus, il doit assurer la continuité des soins (7 j/7 et 24 h/24) à toutes les phases du traitement : chirurgie, réanimation, hospitalisation, suivi des patients. Le retour à domicile doit être accompagné par l'équipe hospitalière. Celle-ci doit prendre contact et informer l'entourage du patient (social et médical). Le fabricant devra satisfaire aux exigences suivantes : – assurer la compatibilité de son dispositif aux systèmes français d'alimentation : prise de courant électrique, circuits d'air comprimé hospitalier... – fournir un kit d'implantation comprenant tout le matériel nécessaire à la mise en place du dispositif (incluant les pièces de secours) ; – fournir un kit d'équipement permettant l'automatisation du patient ; – joindre au dispositif des documents précisant notamment les valeurs limites pour le temps de céphaline activée (TCA) et pour le rapport international normalisé (INR) ; – assurer des prestations minimales associées aux DACM : En permanence : – fournir une hot-line (24 h/24, 7 j /7) capable de répondre par téléphone aux questions techniques des utilisateurs et du patient ; – fournir un service de dépannage capable d'intervenir dans les 24 heures qui suivent la demande ; – fournir en double toutes les pièces indispensables au fonctionnement du système (ventricule, câble d'alimentation, console de contrôle, batteries et chargeur) afin de permettre le dépannage en urgence en cas de panne. Avant l'implantation :		

	– assurer une formation de l'ensemble des personnels amenés à intervenir sur le système d'assistance circulatoire. A l'implantation : – fournir le DCAM dans les 24 heures qui suivent la demande ; – mettre à disposition dans les 24 heures qui suivent la demande une personne expérimentée compétente qui puisse être présente lors des premières implantations de l'équipe, et par la suite si l'équipe chirurgicale en exprime le besoin. Du séjour en réanimation au retour à domicile : – fournir en double les pièces indispensables qui doivent suivre le patient lors de ses hospitalisations, puis en centre de rééducation, et ensuite à son domicile ; – assurer la garantie et la maintenance avec au moins : – un service après-vente pièces et main-d'oeuvre pendant les deux ans suivant l'implantation ; – une maintenance du dispositif implanté et de la partie extracorporelle ; – une maintenance de la console ; – le changement des batteries. Le tarif comprend la maintenance, la réparation et le remplacement de tous les éléments y compris batteries pendant les deux années suivant l'implantation. JARVIK 2000 est un DACM à débit continu (non pulsatile) électrique intracorporel mono-ventriculaire gauche. Il est constitué d'une pompe à sang, d'un contrôleur de système, d'une source d'alimentation. Références : Modèle rétro-auriculaire. Kit d'implantation Jarvik 2000, comprenant : 1 pompe (réf. JHI-001), 1 câble d'alimentation externe stérile (réf. JHI-201), 1 platine rétro-auriculaire stérile (réf. JHI-607), 7 vis stériles (réf. AS0003-1), 2 contrôleurs Flowmaker (réf. JHI-102), 3 batteries d'alarme 6V, 3 batteries au Li-ion (réf. JHI-301), 2 batteries de réserve (réf. JHI-303), 2 chargeurs de batterie au Li-ion (réf. JHI-404), 4 cordons d'alimentation pour connecter au secteur les chargeurs de batterie au Li-ion et les batteries de réserve (réf. JHI-209), 3 câbles de batterie Li-ion (réf. JHI-202), 3 câbles en « Y » (réf. JHI-212), 2 câbles externes supplémentaires (réf. JHI-201), 2 câbles de « douche » (réf. JHI-204). Modèle abdominal. Kit d'implantation Jarvik 2000, comprenant : 1 pompe (réf. JHI-002), 1 câble d'alimentation externe stérile (réf. JHI-204), 2 contrôleurs Flowmaker (réf. JHI-102), 3 batteries d'alarme 6V, 3 batteries au Li-ion (réf. JHI-301), 2 batteries de réserve (réf. JHI-303), 2 chargeurs de batterie au Li-ion (réf. JHI-404), 4 cordons d'alimentation pour connecter au secteur les chargeurs de batterie au Li-ion et les batteries de réserve (réf. JHI-209), 3 câbles de batterie Li-ion (réf. JHI-202), 3 câbles en « Y » (réf. JHI-212), 2 câbles externes supplémentaires (réf. JHI-204), 2 câbles de « douche » (réf. JHI-204).		
3459354	**Dispositif assistance circulat., bi-ventricul., IST, SYNCARDIA TAH-t** SYNCARDIA TAH-t est un dispositif d'assistance circulatoire mécanique (DACM) pneumatique intracorporel orthotopique bi-ventriculaire. Indications :	11 185 110	11 185 110

	– indications en situation aiguë : défaillance cardiaque aiguë bi-ventriculaire, non réversible non contrôlée par un traitement optimal, en l'absence d'alternative thérapeutique conventionnelle ; – indications élective : insuffisance cardiaque chronique évoluée avec défaillance biventriculaire non réversible lorsque le pronostic vital est engagé malgré un traitement optimal et au terme d'une consultation pluridisciplinaire. Les patients doivent avoir un espace suffisant à la place des ventricules naturels dans la cavité thoracique (cela concerne les patients ayant une surface corporelle _ 1,7 m2, ou une distance entre le sternum et le 10e corps vertébral, mesurée par tomodensitométrie _ 10 cm). La cardiectomie préalable à l'implantation du SYNCARDIA TAH-t 70 cc avec valves Hall permet son utilisation dans des situations où l'implantation des DACM, biventriculaires hétérotopiques est complexe (rejet de greffe, prothèses valvulaires, régurgitation aortique, thrombus mural du ventricule gauche) ou contre indiqués (rupture septale). Contre-indications : – dysfonction pulmonaire sévère, hypertension artérielle pulmonaire fixée ; – insuffisance hépatique sévère (cirrhose, hypertension portale, etc.) ; – troubles majeurs de la crase sanguine ; – hémorragie incontrôlée ; – syndrome septique et inflammatoire systémique non contrôlé ; – lésions irréversibles documentées du système nerveux central, accident vasculaire cérébral récent ; – cachexie ; – maladie systémique avec atteinte de plusieurs organes ; – désordres psychiatriques mettant en péril l'observance du traitement, manque de coopération ; – affection de mauvais pronostic lorsque l'espérance de vie est inférieure à 2 ans ; – âge _ 70 ans ; – surface corporelle _ 1,7 m2 ; Modalités de prescription et d'utilisation : L'assistance circulatoire mécanique doit être pratiquée uniquement dans des centres satisfaisant à des critères de moyens, de compétences, et d'organisation. Chaque centre doit disposer : – d'une unité de traitement de l'insuffisance cardiaque avec au moins 2 cardiologues ; – d'une équipe chirurgicale formée à l'ACM : 2 chirurgiens cardiaques, 2 anesthésistes réanimateurs, 2 perfusionnistes et 1 équipe paramédicale ; – d'un comité dédié à l'ACM et à la greffe cardiaque afin de discuter l'indication ; – de plusieurs DACM dont 1 au moins adapté aux petites surfaces corporelles. De plus, le centre doit assurer la continuité des soins (7 j/7 et 24 h/24) à toutes les phases du traitement : chirurgie, réanimation, hospitalisation, suivi des patients. Il doit s'engager à participer au protocole de suivi.		

	Afin de couvrir le besoin en ACM, la commission recommande que les équipes autorisées pour la transplantation cardiaque puissent pratiquer l'ACM, sous réserve qu'elles en fassent la demande et qu'elles satisfassent à l'ensemble des conditions sus décrites. Références : Composants implantables stériles : – 500101 : coeur artificiel SYNCARDIA TAH-t, 70 cc comprenant 1 ventricule artificiel gauche avec valves Hall Medtronic, 1 ventricule artificiel droit avec valves Hall Medtronic, 1 double tubulure pneumatique pour ventricule droit et ventricule gauche, 1 set d'outils chirurgicaux (2 raccords d'admission, 2 raccords d'éjection, 1 pack auxiliaire pour les tubulures, des embouts de vérification de pression à l'admission et à l'éjection, des dispositifs d'attache, 2 aiguilles d'évacuation d'air) ; – 500177 : kit chirurgical de rechange ; – 3977004-001 : pompe manuelle Syncardia. Console d'activation externe et accessoires non stériles : A usage hospitalier : – 397002-001 : 1 système Companion 2 Driver comprenant 1 console « Drive Unit » (réf. C-400001), 1 chariot hospitalier « Hospital Cart » (réf. C-400002), 1 chariot de transport « Driver system caddy » (réf. C-400003), 1 console d'entraînement de secours, 2 batteries + 2 batteries supplémentaires pour la console secours, 2 cordons d'alimentation CA, 1 chariot « caddy », 1 tuyau pneumatique pour connexion air mural, 1 pompe pour les roues du chariot « caddy ». A usage ambulatoire : – 595000-001 : 1 console FREEDOM Driver comprenant 1 console d'entraînement principale équipée d'un adaptateur secteur, 1 kit sortie hôpital – EU (réf. 595631-001), 1 chargeur pour la batterie (réf. 295054-001), 1 console d'entraînement de secours équipé d'un adaptateur secteur, 1 adaptateur secteur supplémentaire, 4 batteries embarquées, 2 par console d'entraînement, 2 blocs d'alimentation CA et leur cordon, 1 chargeur de voiture, 2 dragonnes, 2 batteries factices, 1 boîte de filtres contenant un tournevis, 1 kit d'outils pour le patient (liens plastiques, 1 pince coupante, attache-câbles pour tubulures), 1 sac à bandoulière, 1 sac à dos et 1 sac pour accessoires. La prise en charge de SYNCARDIA TAH-t comprend également la maintenance dans les deux ans suivant son implantation.		

3.5.10. Section 10. - Neurostimulateur du nerf vague gauche

La prise en charge est assurée pour l'enfant ou adulte atteint d'une épilepsie avérée (crise enregistrée en EEG) invalidante et pharmaco-résistante pour laquelle l'indication d'un traitement chirurgical intracrânien n'a pas été retenue.

Les épilepsies pharmaco-résistantes sont définies par la persistance de crises après deux ans sous traitement adapté, c'est-à-dire utilisation préalable en monothérapie séquentielle d'au moins deux médicaments antiépileptiques et d'au moins une association de deux médicaments antiépileptiques pendant une durée suffisante pour permettre d'en apprécier l'efficacité.

Pour être pris en charge :

- le médecin qui pose l'indication doit être neurologue ou pédiatre, avoir une activité d'épileptologie et disposer dans sa structure d'exercice d'un matériel de monitorage vidéo-EEG permettant des enregistrements de longue durée (24 heures) ;
- ce spécialiste (neurologue ou pédiatre qualifié comme ci-dessus) doit :
  * S'être assuré du caractère invalidant et pharmaco-résistant de l'épilepsie ;
  * Avoir discuté le dossier du patient avec une équipe ayant l'expérience du bilan préchirurgical de l'épilepsie, cette discussion conduisant à ne pas retenir l'indication d'un traitement par chirurgie intracrânienne de son épilepsie ;
* Avoir pris l'avis du chirurgien et de l'anesthésiste pour s'assurer de l'absence de contre-indication à l'acte de pose du stimulateur.

Le dispositif doit être implanté par un neurochirurgien. Celui-ci doit avoir reçu une formation spécifique auprès d'une équipe ayant l'expérience dans la pose de ce dispositif.
Le suivi du patient doit être assuré par un neurologue ou un pédiatre ayant les compétences définies pour poser l'indication.
La prise en charge de ce produit est subordonnée à une prescription médicale et à la procédure d'entente préalable conforme à l'article LP 33 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée.

3.5.10.1. Société Cyberonics Europe BVBA (CYBERONICS)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3488203	**Neurostimulateur du nerf vague gauche, CYBERONICS, NCP 102 et 102R.** Stimulateur du nerf vague gauche NeuroCybernetic Prothesis (NCP), modèles 102 et 102R, de la société Cyberonics Europe SA/NV.	813 390	813 390
3432993	**Neurostimulateur du nerf vague gauche, CYBERONICS, l'électrode VNS bipolaire 302.** Electrode VNS bipolaire pour neurostimulateur du nerf vague gauche NeuroCybernetic Prothesis (NCP), modèles 302-20 et 302- 30, de la société Cyberonics Europe SA/NV.	239 885	239 885

3.5.11. Section 11. - Système de stimulation cérébrale profonde bilatérale ou unilatérale

La prise en charge d'un système de stimulation cérébrale profonde bilatérale ou unilatérale est assurée pour les patients atteints de la maladie de Parkinson idiopathique qui répondent aux critères de sélection suivants :
- âge inférieur à 70 ans ;
- maladie dopa-dépendante : réponse bonne ou excellente à la L-Dopa (en phase " on ", le patient est autonome pour tous les gestes de la vie courante) ;
- stade de Hoehn & Yahr supérieur ou égal à 3 en phase " off ", sauf pour les formes où domine le tremblement unilatéral sévère ;
- score de l'échelle de Schwab & England < 70 % ;
- présence de complications provoquées par la L-Dopa : fluctuations " on-off " et dyskinésies. Durée de la période " off " supérieure ou égale à 2 (2 = 26 à 50 % de la journée).

Durée des dyskinésies supérieure ou égale à 2 (2 = 26 à 50 % de la journée). Incapacité liée aux dyskinésies supérieur ou égale à 2 (2 = incapacité modérée).
Persistance d'une invalidité à certains moments de la journée, marquée par l'un au moins des symptômes suivants :
- tremblement permanent, de grande amplitude, interférant avec les actes moteurs ;
- akinésie supérieure ou égale à 3-4 pour au moins un item des mouvements répétitifs de l'UPDRS (Unified Parkinson Disease Rating Scale) ;
- incapacité à se lever de sa chaise ;

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

- incapacité à se retourner dans son lit ;
- dystonie douloureuse en période " off ".

Malade bénéficiant de toutes les stratégies thérapeutiques disponibles adaptées à son cas.

Bon état général.

Ce système de stimulation cérébrale profonde pour les patients atteints de la maladie de Parkinson idiopathique est contre-indiqué dans les situations suivantes :

- patients présentant une réponse modérée ou mauvaise à la L-Dopa : chute ou absence d'autonomie en phase " on " ;
- Schwab & England > 70 % en phase " off ".

Les contre-indications d'ordre général sont :

- mauvais état général ;
- patients ayant une pathologie associée durable (angor instable, macroangiopathie cérébrale sévère, HTA non contrôlée, cancer en évolution ou autre pathologie entraînant un risque de décès, insuffisance cardiaque, pulmonaire, rénale ou hépatique sévère, immunosuppression, traitement anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire, ou bien par AINS ou Dopergine, présence d'un syndrome pseudo-bulbaire survenue après une chirurgie précédente pour maladie de Parkinson).

Les contre-indications d'ordre psychiatrique sont :

- déficit cognitif : démence, dysfonctionnement frontal sévère ;
- troubles psychiatriques : hallucinations chroniques, délires, confusion mentale, dépression sévère ;
- troubles de la personnalité : instabilité comportementale, mauvaise coopération, difficultés d'adaptation familiale ou sociale.

La prise en charge de ce système n'est assurée que si l'implantation a été réalisée par une équipe multidisciplinaire et disposant d'un plateau technique spécialisé.

L'équipe multidisciplinaire associe un anesthésiste, un neurologue, un neurochirurgien, un neuroradiologue un neurophysiologiste et un neuro-psychologue, sous la responsabilité d'un coordinateur référent.

La prise en charge de l'implantation de ce système n'est assurée qu'après examen par l'équipe multidisciplinaire conduisant à l'occasion d'une hospitalisation programmée en service de neurologie à la réalisation des tests suivants :

- un test aigu à la L-Dopa, pour valider et mesurer précisément la réactivité du patient à ce médicament (score UPDRS III en " off " et en " on ", tests chronométrés...) pour la maladie de Parkinson ; ou
- une évaluation du tremblement (clinique et/ou vidéo ou analyse du mouvement) ;
- une IRM encéphalique évaluant l'atrophie cérébrale et recherchant des anomalies contre-indiquant l'intervention ;
- une évaluation neuropsychologique (pour éliminer une démence débutante) ;
- un examen clinique général ;
- une évaluation psychiatrique le cas échéant.

L'équipe proposant l'intervention au patient lui doit une information complète et doit être en mesure d'assurer son suivi pendant plus de cinq ans.

Le neurologue doit avoir un intérêt marqué (plus de 50 % de son activité) pour les mouvements anormaux. Il doit avoir préalablement participé à 10 interventions et pratiqué 20 réglages de stimulation dans une structure pratiquant ce type d'intervention.

Le neurochirurgien doit avoir une formation de stéréotaxie et avoir été formé par compagnonnage à la chirurgie des mouvements anormaux pendant au moins un an et avoir participé à 10 interventions dans un service de neurochirurgie stéréotaxique.

Le neuroradiologue doit être formé à la stéréotaxie par compagnonnage, en particulier à l'IRM stéréotaxique (référentiel, calcul de trajectoire, etc.) par une formation d'une semaine à temps plein. Un manipulateur en radiologie doit être spécialement formé pour assurer la responsabilité du matériel de radiologie stéréotaxique.

Le neurophysiologiste, déjà formé à l'électrophysiologie, doit avoir participé à cinq procédures avec un neurophysiologiste entraîné.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

L'équipe pluridisciplinaire doit assurer un minimum de prise en charge de 20 patients par an.
Le centre de stimulation cérébrale profonde doit posséder :
- un service d'hospitalisation intégrant une unité de pathologie du mouvement ;
- un service de neurochirurgie ;
- un service d'imagerie intégrant la neuroradiologie stéréotaxique ;
- un service d'explorations fonctionnelles neurophysiologiques.

La plate-forme technique nécessaire à l'intervention doit comporter :
- un équipement de neurophysiologie pour la stimulation et/ou l'enregistrement peropératoire ;
- un système d'imagerie avec une IRM de plus de 1 tesla ;
- un cadre de stéréotaxie en salle d'opération.

La téléradiologie peut être utile en cas d'imagerie supplémentaire par ventriculographie et peut donc faire partie de la plate-forme technique.
Ce système doit être implanté par un praticien ayant bénéficié d'une formation à la technique, dans des centres satisfaisant à l'ensemble des critères susmentionnés.
La prise en charge est assurée pour les systèmes suivants :

3.5.11.1. Société Medtronic France SAS (Medtronic)

La prise en charge est assurée également :
1) Pour les patients atteints de tremblements invalidants sévères, rebelles aux traitements médicamenteux, en particulier dans le cadre du tremblement essentiel, qui répondent aux critères de sélection suivants :
- tremblement invalidant sévère depuis plus d'un an, interférant avec les actes essentiels de la vie courante ;
- patient ayant bénéficié de tous les recours thérapeutiques disponibles : propranolol, anticonvulsivants, benzodiazépines ;
- score ETRS (Essential Tremor Rating Scale) > 25.

Ce système de stimulation cérébrale profonde pour les patients atteints de tremblements invalidants sévères est contre-indiqué dans les situations suivantes :
- mauvais état général ;
- patients ayant une pathologie associée durable (angor instable, macroangiopathie cérébrale sévère, HTA non contrôlée, cancer en évolution ou autre pathologie entraînant un risque de décès, insuffisance cardiaque, pulmonaire, rénale ou hépatique sévère, immunosuppression, traitement anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire, ou bien par AINS ou Dopergine, antécédents de neurochirurgie lésionnelle ;
- troubles psychiatriques (démences, troubles de la personnalité, troubles cognitifs..).

2) Pour les patients âgés de 7 ans ou plus atteints de dystonie primaire chronique généralisée pharmaco-résistante. Les versions non rechargeables des systèmes de stimulation cérébrale profonde sont réservées aux patients âgés de 7 ans ou plus n'ayant pas des capacités cognitives et/ou ne bénéficiant pas d'un encadrement familial compatible avec la réalisation des recharges.
Les conditions de prescription et d'implantation sont décrites dans l'entête de la section 11 ci-dessus.
Le système complet pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA PC comprend un stimulateur implantable double canal pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA PC, 2 électrodes KINETRA pour stimulateur neurologique du système ACTIVA (code 3437358), 2 extensions ACTIVA PC (code 3491040) et 1 télécommande ACTIVA PC (code 3442106).
Le système complet pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA SC comprend 1 stimulateur implantable monocanal pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA SC (modèle 37603), 1 électrode SOLETRA pour stimulateur neurologique du système ACTIVA (code 3424433), 1 extension ACTIVA PC (code 3491040) et 1 télécommande ACTIVA SC (code 3445270).

Dans certains cas, le système pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA peut comprendre 2 ACTIVA SC au lieu d'un ACTIVA PC.
L'ensemble des éléments constituant un système complet n'est pris en charge qu'une seule fois par patient en primo-implantation. En cas de remplacement d'un stimulateur KINETRA ou de deux stimulateurs SOLETRA par le système ACTIVA PC, un ou deux adaptateurs ACTIVA PC pour stimulateur neurologique ACTIVA PC permettent d'assurer la connexion entre les extensions KINETRA ou SOLETRA implantées et le stimulateur ACTIVA PC. En cas de remplacement d'un stimulateur SOLETRA ou de deux stimulateurs SOLETRA par le système ACTIVA SC, le modèle 37602 du stimulateur ACTIVA SC permet une connexion avec les extensions SOLETRA (code 3456367) préalablement implantées.

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3456189	**Stimulation cérébrale, MEDTRONIC, ACTIVA, KINETRA, extension.** La prise en charge est assurée dans la limite de 2 extensions, modèles : 7482-25, 7482-40, 7482-51, 7482-66, 7482-95, 7482A-25, 7482A-40, 7482A-51, 7482A-66 et 7482A-95, 7483-51	1 242 395	1 242 395
3437358	**Stimulation cérébrale, MEDTRONIC, ACTIVA, KINETRA, électrode.** Références prises en charge : 3387-28, 3387-40, 3389-28, 3389-40. La prise en charge est assurée dans la limite de 2 électrodes DBS. Les électrodes KINETRA sont compatibles avec les systèmes de stimulation cérébrale profonde bilatérale ACTIVA (KINETRA), ACTIVA PC et ACTIVA RC.	145 580	145 580
3493084	**Stimulation cérébrale, MEDTRONIC, ACTIVA, KINETRA, extension.** La prise en charge est assurée dans la limite de 2 extensions, modèles : 7482-25, 7482-40, 7482-51, 7482-66, 7482-95, 7482A-25, 7482A-40, 7482A-51, 7482A-66 et 7482A-95.	45 729	45 729
3478914	**Stimulation cérébrale, MEDTRONIC, ACTIVA, KINETRA, télécommande.** La prise en charge est assurée pour 1 télécommande ACCESS, modèle 7436.	88 835	88 835
3443353	**Stimulation cérébrale, MEDTRONIC, ACTIVA, SOLETRA, stimulateur monocanal.** Stimulateur implantable monocanal pour stimulation cérébrale profonde unilatérale, ACTIVA, SOLETRA. La prise en charge est assurée pour le modèle 7426.	621 197	621 197
3424433	**Stimulation cérébrale, MEDTRONIC, ACTIVA, SOLETRA, électrode.** La prise en charge est assurée pour 1 électrode DBS, modèles 3387-28, 3387-40, 3389-28, 3389-40.	145 580	145 580
3456367	**Stimulation cérébrale, MEDTRONIC, ACTIVA, SOLETRA, extension.** La prise en charge est assurée pour 1 extension, modèles 7482-25, 7482-40, 7482-51, 7482-66, 7482-95, 7482A-25, 7482A-40, 7482A-51, 7482A-66 et 7482A-95, 7483-51. Ces modèles des extensions SOLETRA sont compatibles avec le stimulateur ACTIVA SC de modèle 37602	45 729	45 729
3434437	**Stimulation cérébrale, MEDTRONIC, ACTIVA, SOLETRA, télécommande.** La prise en charge est assurée pour 1 télécommande ACCESS REVIEW, modèle 7438.	73 668	73 668
3444772	**Stimulation cérébrale, MEDTRONIC, ACTIVA PC, stimulateur double canal.** Stimulateur implantable double canal pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA PC. La prise en charge est assurée pour le modèle 37601.	1 242 395	1 242 395

	En cas de primo-implantation, la prise en charge de ce stimulateur est associée avec celle de 2 électrodes KINETRA pour stimulateur neurologique du système ACTIVA (code 3437358). En cas de remplacement d'un stimulateur double canal KINETRA, ou de deux stimulateurs mono canal SOLETRA, la prise en charge du stimulateur neurologique ACTIVA PC inclut les adaptateurs ACTIVA PC, modèles 64001 et 64002, permettant une connexion de ce stimulateur avec les extensions KINETRA ou SOLETRA précédemment implantées.		
3491040	**Stimulation cérébrale, MEDTRONIC, ACTIVA PC, extension.** Références prises en charge : 37085-40, 37085-60, 37085-95, 37086-40, 37086-60, 37086-95. La prise en charge est assurée pour 2 extensions, dans le cadre d'un système ACTIVA PC ou ACTIVA RC. Cette extension est compatible avec le modèle 37603 du stimulateur implantable monocanal pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA SC	45 729	45 729
3442106	**Stimulation cérébrale, MEDTRONIC, ACTIVA PC, télécommande** Référence prise en charge : 37642 La prise en charge de cette télécommande est incompatible avec celle des modèles 37603 et 37602 du stimulateur neurologique ACTIVA SC (codes 3453802 et 3449605) et compatible avec celle du stimulateur neurologique ACTIVA PC et celle du stimulateur neurologique ACTIVA RC.	88 835	88 835
3453802	**Stimulation cérébrale, MEDTRONIC, ACTIVA SC, stimulateur monocanal modèle 37603.** Stimulateur implantable monocanal pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA SC. La prise en charge est assurée pour le modèle 37603 en cas de primo- implantation. Elle est associée avec celle d'une électrode SOLETRA du système ACTIVA (code 3424433), d'une extension du système ACTIVA PC modèle 37085 (code 3491040). Elle doit être associée avec la télécommande du système ACTIVA PC pour ACTIVA SC (code 3445270).	621 197	621 197
3449605	**Stimulation cérébrale, MEDTRONIC, ACTIVA SC, stimulateur monocanal modèle 37602.** Stimulateur implantable monocanal pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA SC. La prise en charge est assurée pour le modèle 37602 en cas de remplacement d'un stimulateur implantable monocanal SOLETRA. Ce modèle se connecte sur l'extension SOLETRA (code 3556367) précédemment implantée. Elle doit être associée à la télécommande du système ACTIVA PC pour ACTIVA SC (code 3445270).	621 197	621 197
3445270	**Stimulation cérébrale, MEDTRONIC, ACTIVA SC, télécommande.** La prise en charge est assurée pour 1 télécommande patient, modèle 37642. Cette télécommande, destinée au patient, est associée aux modèles 37603 et 37602 du stimulateur implantable monocanal pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA SC.	73 668	73 668

3439890	**Stimulation cérébrale, MEDTRONIC, ACTIVA RC, stimulateur double canal recharg.** Stimulateur implantable double canal rechargeable pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA RC réservé à l'indication dystonie telle que précisée au 2° figurant en entête de la rubrique relative à la société Medtronic France SAS. 1. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge : Le système complet pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA RC comprend 1 stimulateur implantable double canal pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA RC (modèle 37612), 1 kit rechargeable modèle 37651, 2 électrodes pour stimulateur neurologique du système ACTIVA KINETRA (code 3437358), 2 extensions pour stimulateur neurologique du système ACTIVA (code 3491040) et 1 télécommande pour stimulateur neurologique du système ACTIVA (code 3442106). L'ensemble des éléments constituant un système complet n'est pris en charge qu'une seule fois par patient en primo-implantation. En cas de remplacement d'un stimulateur double canal KINETRA ou de deux stimulateurs monocanal SOLETRA, la prise en charge du stimulateur neurologique ACTIVA RC inclut les adaptateurs ACTIVA PC, modèles 64001 et 64002, permettant une connexion de ce stimulateur avec les extensions KINETRA ou SOLETRA précédemment implantées. 2. Référence prise en charge : Modèle 37612.	2 479 500	2 479 500

3.5.11.2. Société SAINT JUDE MEDICAL FRANCE (SAINT JUDE)

Il est disponible en deux configurations : LIBRA (unilatérale) et LIBRA XP (bilatérale).
En stimulation unilatérale, le système se compose d'un stimulateur simple canal LIBRA. En stimulation bilatérale, il utilise un stimulateur double canal LIBRA XP ou deux stimulateurs LIBRA. Des sondes électrodes quadripolaires sont utilisées et des extensions permettent la connexion ; un programmateur est fourni.

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3479807	**Stimulation cérébrale, ST JUDE, LIBRA, stimulateur simple canal.** Stimulateur implantable simple canal pour stimulation cérébrale profonde, LIBRA, de la société SAINT JUDE MEDICAL France. La prise en charge est assurée pour le modèle 6608.	604 850	604 850
3487847	**Stimulation cérébrale, ST JUDE, LIBRA, électrode.** La prise en charge est assurée dans la limite d'une électrode DBS, modèles 6142, 6143, 6144, 6145, 6146, 6147, 6148 et 6149.	141 749	141 749
3482927	**Stimulation cérébrale, ST JUDE, LIBRA, extension.** La prise en charge est assurée pour les modèles 6345 et 6346.	44 525	44 525
3428773	**Stimulation cérébrale, ST JUDE, LIBRA, télécommande QuickLink.** La prise en charge est assurée pour 1 télécommande QuickLink, modèle6850.	86 498	86 498

3472604	**Stimulation cérébrale, ST JUDE, LIBRA XP, stimulateur double canal.** Stimulateur implantable double canal pour stimulation cérébrale profonde, LIBRA XP, de la société SAINT JUDE MEDICAL France. La prise en charge est assurée pour le modèle 6644.	1 209 701	1 209 701
3494333	**Stimulation cérébrale, ST JUDE, LIBRA XP, électrode.** La prise en charge est assurée dans la limite de 2 électrodes DBS, modèles 6142, 6143, 6144, 6145, 6146, 6147, 6148 et 6149.	141 749	141 749
3471993	**Stimulation cérébrale, ST JUDE, LIBRA XP, extension.** La prise en charge est assurée pour les modèles 6345 et 6346.	44 525	44 525
3437849	**Stimulation cérébrale, ST JUDE, LIBRA XP, télécommande QuickLink.** La prise en charge est assurée pour une télécommande QuickLink, modèle 6850.	86 498	86 498

3.5.12. Section 12. - Systèmes d'implants cochléaires et d'implants du tronc cérébral

La prise en charge des implants cochléaires et du tronc cérébral est subordonnée aux conditions suivantes :

3.5.12.1. Conditions générales

Les implants cochléaires et implants du tronc cérébral doivent être prescrits (en première intention et en renouvellement) et implantés dans un établissement de santé autorisé conformément à la réglementation en vigueur.
Le bilan pré-implantation, l'implantation, le suivi et les réglages post-implantation doivent être réalisés par le même centre.

3.5.12.1.1. Conditions relatives à la composition de l'équipe pluridisciplinaire

3.5.12.1.1.1. Centres prenant en charge les adultes

L'équipe doit réunir les compétences en personnel suivantes :
- médecin(s) ORL audiologiste(s) réalisant les évaluations audiométriques et vestibulaires ;
- chirurgien(s) expérimenté(s) en chirurgie otologique ;
- orthophoniste(s) spécialisé(s) dans la surdité de l'adulte ;
- psychologue(s) ;
- médecin(s) ou technicien(s) spécialisé(s) en électrophysiologie capable(s) de réaliser les tests électrophysiologiques préopératoires, per opératoires, et les réglages postopératoires du processeur de l'implant cochléaire ;
- audioprothésiste(s).

De plus l'équipe doit être entourée par ou travailler en réseau avec des professionnels disposant des compétences de :
- généticien ;
- gériatre et neuropsychologue pour évaluation avant implantation des personnes âgées ;
- radiologue spécialisé en matière d'imagerie otologique (IRM et scanner).

Le rôle de cette équipe est d'assurer :

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

- le bilan vérifiant l'indication d'implantation cochléaire et éliminant les contre-indications ;
- l'implantation chirurgicale ;
- des bilans orthophoniques réguliers et un suivi à long terme avec un minimum d'une année dans le centre implanteur (la rééducation orthophonique proprement dite pouvant être réalisée dans le cadre d'une organisation coordonnée avec d'autres professionnels ou structures) ;
- les réglages de l'implant réalisés par un médecin ou sous autorité médicale, par un orthophoniste, un audioprothésiste ou un technicien électrophysiologiste ;
- les liens entre professionnels (travail en réseau) impliqués localement dans la prise en charge de l'adulte malentendant (médecins du travail, associations de malentendants).

3.5.12.1.1.2. Centres prenant en charge les enfants

L'équipe doit réunir les compétences en personnel suivantes :

- médecin(s) ORL audiologiste(s) rompu(s) à la pratique pédiatrique, maîtrisant en particulier les techniques audiométriques subjectives et objectives applicables chez le très jeune enfant ;
- chirurgien(s) expérimenté(s) dans la chirurgie otologique pédiatrique ;
- orthophoniste(s) spécialisé(s) dans la surdité de l'enfant ;
- psychologue(s) ;
- médecin(s) ou technicien(s) spécialisé(s) en électrophysiologie capable(s) de réaliser les tests électrophysiologiques préopératoires, per opératoires, et les réglages postopératoires du processeur de l'implant cochléaire ;
- audioprothésiste.

De plus l'équipe doit être entourée par ou travailler en réseau avec des professionnels disposant des compétences de :

- généticien ;
- pédiatre ;
- radiologue pédiatrique réalisant IRM et scanner ;
- neuropédiatre ;
- pédopsychiatre ;
- ophtalmologue pédiatrique ;
- réanimateur pédiatrique ;
- anesthésiste pédiatrique.

Le rôle de cette équipe est d'effectuer :

- le bilan vérifiant l'indication d'implantation cochléaire et éliminant les contre-indications ;
- l'implantation chirurgicale ;
- des bilans orthophoniques réguliers et à long terme sur au minimum 5 ans (la rééducation orthophonique proprement dite pouvant être réalisée dans le cadre d'une organisation coordonnée avec d'autres professionnels ou structures) ;
- les réglages de l'implant réalisés par un médecin ou, sous autorité médicale, par un orthophoniste, un audioprothésiste ou un technicien électrophysiologiste ;
- les liens entre professionnels (travail en réseau) impliqués localement dans la prise en charge de l'enfant (orthophonistes, éducateurs, instituteurs...).

3.5.12.1.1.3. 3- Centres prenant en charge les adultes et les enfants

Les centres mixtes doivent répondre aux mêmes exigences que les centres prenant en charge des adultes et les centres prenant en charge des enfants.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

3.5.12.1.2. Conditions relatives à l'environnement technique

Attaché aux centres cités, un certain niveau d'équipement est requis :
- unité de soins adulte et/ou pédiatrique ;
- matériel d'électrophysiologie et de réglage d'implants ;
- matériel d'évaluation orthophonique et audiométrique adulte et/ou pédiatrique.

3.5.12.1.3. Conditions relatives à l'activité

Les centres pour adultes se caractérisent par un nombre prévisionnel d'implantations annuelles supérieur à 20. Cette prévision s'apprécie notamment au regard de l'activité au cours des trois dernières années.
Les centres pédiatriques se caractérisent par un nombre d'implantations pédiatriques annuelles supérieur à 10. Cette prévision s'apprécie notamment au regard de l'activité au cours des trois dernières années.
Les centres mixtes (adultes - enfants) se caractérisent par un nombre prévisionnel d'implantations annuelles supérieur à 20 dont au moins 10 implantations réalisées chez l'enfant. Cette prévision s'apprécie notamment au regard de l'activité au cours des trois dernières années.

3.5.12.1.4. Conditions relatives aux modalités de travail des équipes

3.5.12.1.4.1. Pour la prise en charge des adultes

Le centre d'implantation doit travailler en réseau :
- avec les centres de rééducation et les différents intervenants de la filière de soins notamment pour la réalisation de la rééducation orthophonique ;
- afin d'assurer le suivi à long terme des adultes implantés.

Cette organisation peut éventuellement être commune à plusieurs centres d'implantation prenant en charge des adultes, en particulier au-delà de la première année post-implantation.
La ou les filières de soins qui résultent de cette organisation doivent être explicitement décrites.
Le centre organise, en lien avec les associations de patients, des rencontres avec des patients déjà implantés afin d'échanger les expériences.

3.5.12.1.4.2. Pour la prise en charge des enfants

Le centre d'implantation doit travailler en réseau avec les centres pédagogiques et de rééducation et les différents intervenants de la filière de soins (notamment pout la réalisation de la rééducation orthophonique) pour assurer le suivi à long terme des enfants implantés.
La ou les structures assurent le suivi à très long terme, faisant relais vers l'âge adulte de l'enfant implanté.
La ou les filières de soins doivent être explicitement décrites.
Le centre organise, en lien avec les associations de patients, des rencontres avec des patients déjà implantés afin d'échanger les expériences.

3.5.12.1.5. Conditions relatives au suivi des patients

Chaque centre d'implantation (pour adultes ou enfants) est tenu de réaliser un relevé régulier de son activité. A cet effet, il met en place un registre des patients implantés qui doit comporter conformément à la demande de la HAS le résultat du niveau perceptif, les complications éventuelles et le devenir des patients implantés.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

3.5.12.1.6. Conditions relatives à l'organisation de la prise en charge globale pluridisciplinaire

La multidisciplinarité de la prise en charge se justifie aux différentes étapes. Elle s'applique dans les centres d'implantations et dans les filières de soins qui leur sont liées.

Les principes en sont les suivants :

Lors du bilan pré-implantation, le médecin ORL envisage l'indication d'implant et propose l'évaluation pluridisciplinaire. A cette étape, le diagnostic de la cause de la surdité est parfois à établir à partir des données cliniques, audiologiques, biologiques et radiologiques.

Les principaux intervenants sont :

- le médecin ORL, audiologiste, réalisant les tests audiométriques et objectifs (potentiels évoqués auditifs) ;
- l'orthophoniste évaluant la communication, le développement de la lecture labiale ;
- l'audioprothésiste déterminant les possibilités d'appareillage et leurs limites en termes de bénéfice ;
- le psychologue prenant en compte la motivation personnelle et familiale ainsi que l'environnement ;
- le radiologue précisant, au scanner et à l'IRM, l'état des cochlées mais aussi des voies auditives périphériques et centrales ;
- le chirurgien ORL validant, avec l'équipe, l'indication avec ses possibles particularités.

Certaines situations conduisent à faire appel à d'autres disciplines :

- bilan génétique avec consultation spécialisée pour étayer le diagnostic de surdité génétique ;
- bilan neuropsychologique et cognitif chez les patients âgés.

Lors de l'intervention chirurgicale, le chirurgien ORL réalise l'implantation. L'équipe anesthésique applique les procédures adaptées à partir des données recueillies en préopératoire. Les mesures électrophysiologiques réalisées en fin d'intervention par le chirurgien, l'audiologiste, l'orthophoniste, l'ingénieur ou le technicien valident le fonctionnement de l'implant, les seuils de réponses attendus qui seront utiles aux premiers réglages.

Les centres implanteurs doivent assurer un suivi :

- pour les adultes pendant au moins un an après la chirurgie de façon à effectuer les réglages d'implants, la surveillance médicale et les bilans orthophoniques ;
- pour les enfants pendant au moins cinq ans après la chirurgie, de façon à effectuer les réglages d'implants, la surveillance médicale et les bilans orthophoniques.

Ce suivi peut être organisé en lien avec une ou des structures qui s'assureront de l'efficacité de l'implant et que la maintenance est bien effectuée.

Les réglages sont réalisés, sous contrôle médical, selon les cas par un médecin, un audioprothésiste, un technicien. Le déroulement des premiers réglages peut justifier des contrôles électrophysiologiques ou radiologiques.

La rééducation post-implantation est réalisée initialement dans le centre, puis dans le réseau de soins.

Les évaluations régulières sont réalisées dans le centre d'implantation puis dans le cadre du réseau de soins impliquant les médecins audiologistes, orthophonistes et audioprothésistes (prothèse controlatérale). Si nécessaire une évaluation médicale ou psychologique peut être décidée (baisse des performances sans explication matérielle...).

Le suivi à long terme comporte des évaluations annuelles en termes de communication (orthophoniste, médecin audiologiste) et de possibilité d'appareillage controlatéral (audioprothésiste).

3.5.12.1.7. Statistiques d'activité examinées en vue de la révision de la liste

Ces statistiques doivent permettre d'apprécier :

- le respect des indications de prise en charge ;
- l'existence de complications post-opératoires immédiates et à distance : fréquence et nature ;

- la durée moyenne d'hospitalisation (à comparer avec la DMS habituellement constatée de 2 à 4 jours) ;
- la formation continue (fréquence et nombre de formations) ;
- la bonne tenue du registre des patients ;
- la régularité du suivi des patients notamment bilan orthophonique et réglage de l'appareil ;
- les résultats (discrimination et production de parole) ;
- l'existence d'un questionnaire de satisfaction des patients et analyse des réponses.

3.5.12.1.8. Conditions supplémentaires spécifiques aux centres mettant en place des implants du tronc cérébral

Les centres mettant en place des implants du tronc cérébral doivent remplir l'ensemble des exigences applicables aux centres mettant en place aux adultes et/ou aux enfants des implants cochléaires (cf. supra), ainsi que les exigences supplémentaires suivantes :

- mettre en place des implants cochléaires et être référents pour la neurofibromatose de type 2 ;
- disposer d'une équipe oto-neurochirurgicale expérimentée en matière de chirurgie de la base du crâne et d'implantation cochléaire ;
- disposer d'un environnement technique avec une composante oto-neurochirurgicale (réanimation, rééducation fonctionnelle...) ;
- réaliser des mesures électrophysiologiques per-opératoires validant la position des électrodes ;
- atteindre un seuil d'activité spécifique : l'équipe neurochirurgicale expérimentée dans la chirurgie de l'angle ponto-cérébelleux doit effectuer plus de 50 chirurgies sur cette zone par an.

3.5.12.2. Sous-section 1. - Systèmes d'implants cochléaires

3.5.12.2.1. Conditions générales de prise en charge

Pour être pris en charge les implants cochléaires doivent présenter une garantie supérieure ou égale à 10 ans. Le renouvellement de l'implant cochléaire n'est pris en charge qu'à l'issue de la période de garantie.

La prise en charge est assurée pour les surdités neuro-sensorielles (surdités de perception) bilatérales sévères à profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel. Ces indications sont précisées comme suit :

3.5.12.2.1.1. Implantation unilatérale de l'enfant

L'implantation doit être la plus précoce possible, sous réserve qu'un bilan complet de surdité, un accompagnement orthophonique et un essai prothétique aient été réalisés.

Si l'enfant est entré dans une communication orale, il peut bénéficier d'une implantation quel que soit son âge. En particulier les adultes jeunes sourds congénitaux peuvent être implantés.

En revanche, dans le cas de la surdité congénitale profonde ou totale non évolutive, si l'enfant au-delà de 5 ans n'a pas développé d'appétence à la communication orale, l'implantation n'est pas recommandée sauf cas particuliers.

Dans le cas d'une surdité profonde, l'implantation cochléaire est indiquée dès lors que le gain prothétique ne permet pas le développement du langage.

Dans le cas d'une surdité sévère, l'implantation cochléaire est indiquée lorsque la discrimination est inférieure ou égale à 50 % lors de la réalisation de tests d'audiométrie vocale adaptés à l'âge de l'enfant. Les tests doivent être pratiqués à 60 dB, en champ libre, avec des prothèses bien adaptées sans lecture labiale.

Dans le cas de fluctuations, l'implantation cochléaire est indiquée lorsque les critères suscités sont atteints plusieurs fois par mois et/ou lorsque les fluctuations retentissent sur le langage de l'enfant.

3.5.12.2.1.2. Implantation unilatérale de l'adulte sourd

Il n'y a pas de limite d'âge à l'implantation cochléaire chez l'adulte, sauf mise en évidence de troubles neuro-cognitifs. Chez le sujet âgé, l'indication relève d'une évaluation individuelle psychocognitive par un centre gériatrique.
L'implantation cochléaire est indiquée en cas de :
* discrimination inférieure ou égale à 50 % lors de la réalisation de tests d'audiométrie vocale avec la liste cochléaire de Fournier (ou équivalent). Les tests doivent être pratiqués à 60 dB, en champ libre, avec des prothèses bien adaptées sans lecture labiale ;
* fluctuations, lorsque la fréquence et la durée des fluctuations entraînent un retentissement majeur sur la communication.

3.5.12.2.1.3. Implantation bilatérale de l'enfant

Chez l'enfant, l'implantation bilatérale est indiquée en cas de surdité consécutive à une méningite, à un traumatisme ou à un syndrome de Usher.

3.5.12.2.1.4. Implantation bilatérale de l'adulte sourd

Chez l'adulte, l'implantation bilatérale est indiquée dans les circonstances suivantes :
* surdité risquant de s'accompagner à court terme d'une ossification cochléaire bilatérale, quelle qu'en soit la cause, en particulier méningite bactérienne, fracture du rocher bilatérale;
* perte du bénéfice audioprothétique du côté opposé à l'implant cochléaire, accompagnée de conséquences socioprofessionnelles, ou d'une perte d'autonomie chez une personne âgée.
*
Est considérée comme bilatérale toute implantation de la seconde oreille intervenant dans un délai de six mois chez l'enfant comme chez l'adulte.

3.5.12.2.2. Nomenclature et tarifs

La prise en charge est assurée pour les implants suivants :

3.5.12.2.2.1. Société Advanced Bionics

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3421417	**Implant coch, Advanced Bionics, HiRes 90k Bionic Ear.** Implant cochléaire, HiRes 90k Bionic Ear, de la société Advanced Bionics. Cet implant comprend un boîtier en titane, une électrode HiFocus 1J et un porte-électrodes. La prise en charge est assurée pour la référence CI-1400-01. Indication : L'implantation cochléaire bilatérale chez l'enfant est également prise en charge pour les surdités neurosensorielles (surdités de perception) bilatérales profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel.	1 824 000	1 824 000

3401521	**Implant coch, Advanced Bionics, HiRes 90k Advantage.** Implant cochléaire, HiRes 90k Advantage, de la société Advanced Bionics. Cet implant comprend un boîtier en titane avec un porte-électrodes HiFocus 1J. Indication supplémentaire : L'implantation cochléaire bilatérale chez l'enfant est également prise en charge pour les surdités neurosensorielles (surdités de perception) bilatérales profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel. Références : CI-1500-01.	1 824 000	1 824 000

3.5.12.2.2.2. Société Cochlear France SAS (Cochlear)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3458797	Indication : L'implantation cochléaire bilatérale chez l'enfant est également prise en charge pour les surdités neurosensorielles (surdités de perception) bilatérales profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel. **Implant coch, COCHLEAR, Nucleus Freedom.** Implant cochléaire, Nucleus Freedom, de la société Cochlear France SAS. L'implant cochléaire Nucleus Freedom est proposé avec plusieurs types de porte-électrodes destinés à s'adapter aux caractéristiques anatomiques du patient. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - BOM-CI 24RE : FREEDOM électrode contour advance ; - FDM-24REST : FREEDOM électrode droite.	1 824 000	1 824 000
3477872	Indication : L'implantation cochléaire bilatérale chez l'enfant est également prise en charge pour les surdités neurosensorielles (surdités de perception) bilatérales profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel. **Implant coch, COCHLEAR, Nucleus Freedom Hybrid.** Implant cochléaire, Nucleus Freedom Hybrid, de la société Cochlear France SAS La prise en charge est assurée pour la référence CI24REH.	1 824 000	1 824 000
3471585	**Implant coch, COCHLEAR, Nucleus double faisceaux.** Implant cochléaire, Nucleus double faisceaux, de la société Cochlear France SAS. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : - Z99012 : double faisceaux CI11+11+2M.	1 824 000	1 824 000
3449835	**Implant coch, COCHLEAR, Nucleus 5.** Implant cochléaire, Nucleus 5, de la société Cochlear France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : CN5-CI512 : implant cochléaire NUCLEUS CI 512 ; CN5-CI513 : implant cochléaire NUCLEUS CI 513.	1 824 000	1 824 000
3494215	Indication :	1 824 000	1 824 000

	L'implantation cochléaire bilatérale chez l'enfant est également prise en charge pour les surdités neurosensorielles (surdités de perception) bilatérales profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel. **Implant coch., COCHLEAR, Nucleus CI422.** Implant cochléaire, Nucleus CI422, de la société Cochlear France SAS. La prise en charge est assurée pour la référence BOM-CI422.		
3415368	**Implant coch., COCHLEAR, Nucleus CI551.** Implant cochléaire, Nucleus CI551, de la société Cochlear France SAS. La prise en charge est assurée pour la référence CN5-CI551.	1 824 000	1 824 000

3.5.12.2.2.3. Société Neurelec SA (Neurelec)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3451192	Indication : L'implantation cochléaire bilatérale chez l'enfant est également prise en charge pour les surdités neurosensorielles (surdités de perception) bilatérales profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel. **Implant coch, Neurelec, DIGISONIC SP.** Implant cochléaire, DIGISONIC SP de la société Neurelec. La prise en charge est assurée pour la référence I-SP-SD.	1 824 000	1 824 000
3401515	**Implant coch, Neurelec, DIGISONIC SP EVO.** Implant cochléaire, DIGISONIC SP EVO de la société Neurelec. La prise en charge est assurée pour la référence I-SP-SD-EVO. Indications : L'implantation cochléaire bilatérale chez l'enfant est également prise en charge pour les surdités neurosensorielles (surdités de perception) bilatérales profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel.	1 824 000	1 824 000

3.5.12.2.2.4. Société Vibrant MED-EL Hearing Technologie (Vibrant MED-EL)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3453297	**Implant coch, Vibrant MED-EL, PULSAR CI100.** Implant cochléaire, PULSAR CI100, de la société Vibrant MED-EL Hearing Technologie. PULSAR CI100 est composé d'un boîtier céramique avec un porte-électrodes. Cet implant est compatible avec toutes les références des processeurs de la gamme OPUS 2 et de la gamme RONDO prises en charge sous le code 3471600 Références prises en charge : Cet implant est compatible avec les porte-électrodes référencés : 03042, 03045, 03094, 03095, 03701, 03699.	1 824 000	1 824 000
3419892	**Implant coch, Vibrant MED-EL, SONATA TI100.**	1 824 000	1 824 000

	Implant cochléaire, SONATA TI100, de la société Vibrant MED-EL Hearing Technologie. SONATA TI100 est composé d'un boîtier titane avec un porte-électrodes. Cet implant est compatible avec toutes les références des processeurs de la gamme OPUS 2 et de la gamme RONDO prises en charge sous le code 3471600. Références prises en charge : Cet implant est compatible avec les porte-électrodes référencés : 04210, 04211, 04212, 04213, 04214 et 04215. Indication supplémentaire : L'implantation cochléaire bilatérale chez l'enfant est également prise en charge pour les surdités neurosensorielles (surdités de perception) bilatérales profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel.		
3415960	**Implant coch, Vibrant MED-EL, CONCERTO.** Implant cochléaire, CONCERTO, de la société Vibrant MED-EL Hearing Technologie. CONCERTO est composé d'un boîtier titane avec un porte-électrodes. Cet implant est compatible avec toutes les références des processeurs de la gamme OPUS 2 et de la gamme RONDO prises en charge sous le code 3471600. Références prises en charge : Cet implant est compatible avec les porte-électrodes référencés : 07670, 07672, 07671, 07673 et 07674. Il est également compatible avec le porte-électrode intra-cochléaire Flex28 référence 08363 (12 canaux, 7 paires de contacts à la base et 5 contacts à l'apex, longueur 28 mm, distance inter électrodes 2,1 mm. Embase lisse.) Indication : L'implantation cochléaire bilatérale chez l'enfant est également prise en charge pour les surdités neurosensorielles (surdités de perception) bilatérales profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel.	1 824 000	1 824 000
3453357	**Implant coch, Vibrant MED-EL, CONCERTO PIN.** Cet implant est composé d'un boîtier titane avec un porte-électrodes. CONCERTO PIN comprend deux petits picots en titane (longueur 1,4 mm et diamètre 1 mm) intégrés en dessous du boîtier de l'implant (même métal). Cet implant est compatible avec toutes les références des processeurs de la gamme OPUS 2 et de la gamme RONDO prises en charge sous le code 3471600 Références prises en charge : Cet implant est compatible avec les porte-électrodes référencés : 07676, 07677, 07678, 07679 et 07680. Il est également compatible avec le porte-électrode intra-cochléaire Flex28 référence 08362 (12 canaux, 7 paires de contacts à la base et 5 contacts à l'apex, longueur 28 mm, distance inter électrodes 2,1 mm.) Indication supplémentaire : L'implantation cochléaire bilatérale chez l'enfant est également prise en charge pour les surdités neurosensorielles (surdités de perception) bilatérales profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel.	1 824 000	1 824 000

3.5.12.3. Sous-section 2. - Systèmes d'implants du tronc cérébral

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Pour être pris en charge les implants du tronc cérébral doivent présenter une garantie supérieure ou égale à 10 ans. Le renouvellement de l'implant du tronc cérébral n'est pris en charge qu'à l'issue de la période de garantie.

La prise en charge est assurée pour les surdités neuro-sensorielles (de perception) bilatérales sévères à profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel. Les indications sont limitées aux circonstances où la cause de la surdité ne permet pas l'implantation cochléaire :

- soit du fait de l'exérèse des tumeurs (schwannome vestibulaire bilatéral) dans le cadre de la neuro-fibromatose de type 2 ;
- soit en cas d'anomalies anatomiques : ossification cochléaire bilatérale totale, malformations cochléaires majeures, fracture bilatérale des rochers, schwannome vestibulaire et surdité controlatérale.

La prise en charge est assurée pour les implants suivants :

3.5.12.3.1. Société Cochlear France SAS (Cochlear)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3417580	**Implant tronc cérébral, COCHLEAR, Nucleus ABI24M.** Implant du tronc cérébral, Nucleus ABI24M, de la société Cochlear France SAS. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : - BOM-ABI4	1 824 000	1 824 000

3.5.12.3.2. Société Neurelec (Neurelec)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3426165	**Implant tronc cérébral, Neurelec, DIGISONIC SP ABI.** Implant du tronc cérébral, DIGISONIC SP ABI, de la société Neurelec. La prise en charge est assurée pour la référence I-SP-ABI.	1 824 000	1 824 000

3.5.12.3.3. Société Vibrant MED-EL Hearing Technologie (Vibrant MED-EL)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3418384	**Implant tronc cérébral, Vibrant MED-EL, PULSAR CI100 ABI.** Implant du tronc cérébral, PULSAR CI100 ABI, de la société Vibrant MED-EL Hearing Technologie. PULSAR CI100 ABI est composé d'un boîtier céramique avec un porte-électrodes. Cet implant est compatible avec toutes les références des processeurs de la gamme OPUS 2 et de la gamme RONDO prises en charge sous le code 3471600. Références prises en charge :	1 824 000	1 824 000

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

	Cet implant est compatible avec le porte-électrodes référencé 03342.		
3436293	**Implant tronc cérébral, Vibrant MED-EL, SONATA TI100 ABI.** Implant du tronc cérébral, SONATA TI100 ABI, de la société Vibrant MED-EL Hearing Technologie. SONATA TI100 ABI est composé d'un boîtier titane avec un porte-électrodes. Cet implant est compatible avec toutes les références des processeurs de la gamme OPUS 2 et de la gamme RONDO prises en charge sous le code 3471600. Références prises en charge : Cet implant est compatible avec le porte-électrodes référencé 04216.	1 824 000	1 824 000
3458024	**Implant tronc cérébral, Vibrant MED-EL, CONCERTO ABI 06277.** CONCERTO ABI comprend un implant avec porte électrodes de stimulation, électrode de masse et électrode de mesures de télémétries. Cet implant est compatible avec toutes les références de la gamme OPUS 2 et de la gamme RONDO prises en charge sous le code 3471600. Références prises en charge : Cet implant est compatible avec le porte-électrodes référencé 06277 (surface du noyau cochléaire 12 canaux).	1 824 000	1 824 000
3433478	**Implant tronc cérébral, Vibrant MED-EL, CONCERTO ABI PIN 06278.** La référence comprend un implant avec porte électrodes de stimulation, électrode de masse et électrode de mesures de télémétries. Cet implant est compatible avec toutes les références de la gamme OPUS 2 prises en charge sous le code 3471600 Références prise en charge : Cet implant est compatible avec le porte-électrodes référence 06278.Version avec deux petits picots en titane (longueur 1,4 mm et diamètre 1 mm) intégrés en dessous du boîtier titane de l'implant.	1 824 000	1 824 000

3.5.12.4. Sous-section 3. - Processeurs pour système d'implant cochléaire (implant coch) et implant du tronc cérébral

Pour être pris en charge, les processeurs des systèmes d'implants cochléaires et du tronc cérébral doivent présenter les spécifications techniques minimales suivantes :

Garantie :
La garantie doit être supérieure ou égale à 5 ans.

Assistance :
Les distributeurs devront :
- mettre en dépôt dans chaque centre implanteur des testeurs de fonctionnement s'ils ne sont pas intégrés au processeur ;
- mettre à disposition immédiatement un processeur de remplacement en cas de panne ;
- assurer une permanence téléphonique ou être joignable par messagerie électronique ;

- expédier les pièces de rechange dans un délai maximal de 48 heures.

Le dénombrement des pannes et la conduite à tenir selon le type de panne devront suivre les standards européens validés.

Le renouvellement du processeur pour les implants cochléaires ou du tronc cérébral n'est pris en charge qu'après une période minimale de 5 ans. La prise en charge est assurée pour les processeurs suivants :

3.5.12.4.1. Société Advanced Bionics

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3435106	**Implant coch, processeur, Advanced Bionics, HiRes.** Processeur pour implant cochléaire, HiRes, de la société Advanced Bionics. Ce processeur se présente sous forme de contour d'oreille ou de boîtier. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - AB-8000A : boîtier Platinium Sound Processor (PSP), compatible avec tous les modèles d'implants cochléaires Advanced Bionics ; - AB-8000C : boîtier Platinium Sound Processor (PSP), compatible avec tous les modèles d'implants cochléaires Advanced Bionics ; - CI-8500-XXX : contour d'oreille HiRes Auria, compatible avec les implants CII et HiRes90k ; - CI-8700-XXX : contour d'oreille Auria Harmony compatible avec la dernière génération des im-plants cochléaires Advanced Bionics.	684 000	684 000
3473940	**Implant coch, processeur, Advanced Bionics, Clarion.** Processeur pour implant cochléaire, Clarion, de la société Advanced Bionics. Ce processeur se présente sous forme de contour d'oreille ou de boîtier. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - CI-5210-XXX : processeur Platinium BTE compatible avec l'implant C1 ; - CI-5221-XXX : processeur CII BTE, compatible avec l'implant CII.	684 000	684 000
3408380	**Implant coch, processeur, Advanced Bionics, NEPTUNE.** Processeur pour implant cochléaire, NEPTUNE, de la société Advanced Bionics. Ce processeur se présente sous forme de boîtier. Indications : L'implantation cochléaire bilatérale chez l'enfant est également prise en charge pour les surdités neurosensorielles (surdités de perception) bilatérales profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel. Références prises en charge : - 303-M131 : malette patient contenant le boîtier NEPTUNE, compatible avec tous les modèles d'implants cochléaires Advanced Bionics.	684 000	684 000

3.5.12.4.2. Société Cochlear France SAS (Cochlear)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3474655	**Implant coch ou tronc cérébral, processeur, COCHLEAR, Nucleus.** Processeur pour implant cochléaire ou implant du tronc cérébral, Nucleus, de la société Cochlear France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - HYB-BTE (Freedom Hybrid contour d'oreille permettant le renouvellement du processeur chez les patients ayant un implant CI24REH, CI24RE, CI24M ou CI24R). - HYB-BWP (Freedom Hybrid boîtier permettant le renouvellement du processeur chez les patients ayant un implant CI24REH, CI24RE, CI24M ou CI24R). - CN5-B1 (Nucleus CP810 permettant le renouvellement du processeur chez les patients ayant un implant Nucleus Freedom, Nucleus Freedom Hybrid, Nucleus CI422, Nucleus CI512, CI24R et CI24M ou Nucleus CI551) incluant la prise en charge de l'assistant sans fil CR. 110. - CN6-B1 : Nucleus CP910 et Nucleus CP920 permettant : 1) La primo-implantation et le renouvellement du processeur chez les patients ayant un implant Nucleus Freedom (réf. CI24RE-CA et CI24RE-ST), Nucleus CI422 (réf. BOM CI 422), Nucleus Freedom Hybrid (réf. CI24REH), Nucleus 5 (réf. CN5-CI512 et CN5-CI551) et Nucleus ABI24M (réf. BOM-ABI4). 2) Uniquement le renouvellement du processeur chez les patients ayant un implant Nucleus (réf. CI24R, CI24M et CI22M). - FDM-BTE (Freedom contour d'oreille). - FDM-BWP (Freedom boîtier). - FDM-N22BTE (Freedom contour d'oreille permettant le renouvellement du processeur chez les patients ayant un implant CI22M). - FDM-N22BWP (Freedom boîtier permettant le renouvellement du processeur chez les patients ayant un implant CI22M). - FDM-N24BTE (Freedom contour d'oreille). - FDM-N24BWP (Freedom boîtier). - BOM-E3G22S (Esprit 3G Nucleus 22 permettant le renouvellement du processeur chez les patients ayant un implant CI22M). - BOM-E3G24S (Esprit 3G Nucleus 24 permettant le renouvellement du processeur chez les patients ayant un implant CI24M ou CI24R).	684 000	684 000

3497544	**Implant coch ou tronc cérébral, processeur, COCHLEAR, NUCLEUS 7 modèle CP1000** Processeur de son pour implant cochléaire ou implant du tronc cérébral compatible avec toute la gamme NUCLEUS de la société COCHLEAR ainsi qu'avec les implants CI22 et CI24 INDICATIONS PRISES EN CHARGE - Surdités neurosensorielles (surdité de perception) bilatérales sévères à profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel. - L'implantation cochléaire bilatérale chez l'enfant est également prise en charge pour les surdités neurosensorielles (surdités de perception) bilatérales profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel. - La prise en charge est assurée pour les surdités unilatérales sévères à profondes avec acouphènes invalidants, après échec ou inefficacité des systèmes CROS ou à ancrage osseux. Les acouphènes invalidants doivent être objectivés par un score THI > 50 ou une EVA gêne >= 6 ou questionnaire validé mesurant une gêne sévère liée à l'acouphène. REFERENCE PRISE EN CHARGE : CN7-B1	684 000	684 000
3482809	**Implant coch ou tronc cérébral, processeur, COCHLEAR, KANSO CP950**. Processeur de son pour implant cochléaire ou implant du tronc cérébral compatible avec toute la gamme NUCLEUS de la société COCHLEAR à l'exception de la première génération CI22. INDICATIONS PRISES EN CHARGE - Surdités neurosensorielles (surdité de perception) bilatérales sévères à profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel. - L'implantation cochléaire bilatérale chez l'enfant est également prise en charge pour les surdités neurosensorielles (surdités de perception) bilatérales profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel. - La prise en charge est assurée pour les surdités unilatérales sévères à profondes avec acouphènes invalidants, après échec ou inefficacité des systèmes CROS ou à ancrage osseux. Les acouphènes invalidants doivent être objectivés par un score THI > 50 ou une EVA gêne >= 6 ou questionnaire validé mesurant une gêne sévère liée à l'acouphène. REFERENCE PRISE EN CHARGE : CN-CP950	684 000	684 000
3499589	**Implant coch ou tronc cérébral, processeur, COCHLEAR, KANSO CP1150.** Processeur de son pour implant cochléaire ou implant du tronc cérébral compatible avec toute la gamme NUCLEUS de la société COCHLEAR à l'exception de la génération antérieure CI22. INDICATIONS : Réhabilitation auditive, associée à une possibilité de télésurveillance médicale et de téléréglage, dans les indications suivantes : - Surdités neurosensorielles (surdité de perception) bilatérales sévères à profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel. - Surdités unilatérales sévères à profondes avec acouphènes invalidants (objectivés par un score THI > 50 ou une EVA gêne ? 6 ou questionnaire validé mesurant une gêne sévère liée à l'acouphène), après échec ou inefficacité des systèmes CROS ou à ancrage osseux. Le renouvellement du processeur au-delà de la période de garantie est envisageable lorsqu'une dégradation des performances (auditives ou non auditives) est observée du fait du processeur. REFERENCE PRISE EN CHARGE : CNCP1150-CO	684 000	684 000

3.5.12.4.3. Société Neurelec (Neurelec)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3462155	**Implant coch ou tronc cérébral, Neurelec, processeur.** Processeur pour implant cochléaire ou implant du tronc cérébral, de la société Neurelec. Ce processeur est compatible avec l'implant cochléaire DIGISONIC SP et l'implant du tronc cérébral DIGISONIC SP ABI et en renouvellement avec les anciennes générations d'implants Digisonic Convex et Digisonic DX10. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : DIGI SP (E-SP-TX7) compatible avec les implants Digisonic SP et Digisonic SP ABI ; DIGI SPK (E-SP-TX8) compatible avec les implants Digisonic SP et Digisonic SP ABI ; DIGISONIC BTE (E-BTE-TX7) compatible avec les anciennes générations d'implants Digisonic Convex et Digisonic DX10.	684 000	684 000
3420850	**Implant coch ou tronc cérébral, processeur, Neurelec, SAPHYR CX** Processeur pour implant cochléaire ou implant du tronc cérébral, SAPHYR CX, de la société Neurelec SAPHYR CX est compatible avec les anciennes générations d'implants Digisonic ABI, Digisonic Convex et Digisonic DX10. Ce processeur est pris en charge en cas de renouvellement uniquement. La prise en charge est assurée pour la référence E-CX-TX9.	684 000	684 000
3450206	**Implant coch ou tronc cérébral, processeur, Neurelec, SAPHYR SP** Processeur pour implant cochléaire ou implant du tronc cérébral, SAPHYR SP, de la société Neurelec. SAPHYR SP est compatible avec l'implant cochléaire Digisonic SP et l'implant du tronc cérébral Digisonic SP ABI. Ce processeur est pris en charge en cas de primo-implantation et en cas de renouvellement. La prise en charge est assurée pour la référence E-SP-TX9.	684 000	684 000

3.5.12.4.4. Société Vibrant MED-EL Hearing Technologie (Vibrant MED-EL)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3471600	**Implant coch ou tronc cérébral, Vibrant MED-EL, processeur.** Processeur pour implants cochléaires PULSAR CI100, SONATA TI100, CONCERTO et CONCERTO PIN et pour implants du tronc cérébral PULSAR CI100 ABI, SONATA TI100 ABI, CONCERTO ABI et CONCERTO ABI PIN de la société Vibrant MED-EL Hearing Technologie. Références prises en charge : La prise en charge est assurée pour les modèles suivants : - OPUS 1 : références : 04592, 04593, 04596, 04595, 04597 et 04594. - OPUS 2 : références : 04998, 05002, 05014, 05010, 05018, 05006, 07584, 07585, 07592, 07588, 07587, 07589, 07586, 07590, 07591, 07594, 07593, 07596 et 07595. - DUET : référence : 04588. - TEMPO+ : références : 02308, 02820 et 04044. - RONDO : références : 8798, 8799, 8800 et 8801.	684 000	684 000

3.5.13. Section 13: Stimulateurs phréniques

La prise en charge des stimulateurs phréniques est assurée en cas de traitement des patients dépendant d'une ventilation mécanique externe dans les indications suivantes :

- lésions spinales hautes traumatiques (strictement au-dessus de C4) ;
- hypoventilations alvéolaires centrales congénitales ou acquises.

Elle est assurée pour les patients :

- âgés d'au moins 1 an dépendant au moins partiellement d'une ventilation mécanique externe ;
- ayant une réponse diaphragmatique à la stimulation phrénique démontrant l'intégrité du motoneurone C4 ;
- indemnes d'une pathologie pulmonaire intrinsèque altérant les échanges gazeux ;
- indemnes de troubles psychiatriques significatifs, y compris de tout état dépressif sévère ;
- ayant un état nutritionnel correct.

Une coordination dans les centres implanteurs est nécessaire pour lebilan préimplantation, l'implantation et le suivi.

La décision de l'implantation est pluridisciplinaire et prend en compte les résultats des tests électrophysiologiques, l'état clinique du patient et le contexte psychosocial.

L'équipe pluridisciplinaire intervenant dans la décision de l'implantation doit comprendre un pneumologue et/ou physiologiste, un psychologue, une assistante sociale, un chirurgien, un anesthésiste-réanimateur, un médecin traitant et, selon les indications, un médecin de médecine physique et de réadaptation pour les lésions spinales hautes traumatiques et un médecin du centre de référence pour les hypoventilations alvéolaires congénitales.

Le bilan préimplantation repose sur l'analyse de la réponse diaphragmatique à la stimulation phrénique :

- électromyographie diaphragmatique de surface pour vérifier l'intégrité de la conduction phrénique ;
- mesure mécanique attestant de l'origine diaphragmatique de l'EMG recueilli, idéalement, par la mesure de la pression transdiaphragmatique, à défaut, par la mesure concomitante de la dépression intrathoracique, mesurable via la pression œsophagienne ou la pression trachéale et de la circonférence abdominale.

Dans le cas d'une hypoventilation alvéolaire centrale, une polysomnographie doit également être faite.

Après l'hospitalisation, il est recommandé de mettre en place un environnement technique à domicile identique à celui des patients trachéotomisés et ventilés moins de 12 heures par jour.

Un seul ventilateur mécanique est nécessaire, ainsi qu'un ballon de ventilation manuelle autogonflable.

La mise à disposition du patient d'un saturomètre et d'un spiromètre mesurant le volume courant cycle à cycle est recommandée.

Pendant la période de garantie, en cas de survenue de panne, l'entreprise doit remplacer en urgence le stimulateur phrénique.

Après le délai de garantie, les réparations doivent être prises en charge par l'entreprise.

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

3.5.13.1. Société Medwin Medical Group (MEDWIN)

Lorsque l'hypoventilation est due à une lésion spinale, un délai de six mois après la survenue de la lésion doit être respecté avant l'implantation, visant à confirmer l'absence de perspective de récupération d'une ventilation spontanée ou l'absence de signes d'aggravation (absence d'altération de la conduction phrénique témoignant d'une dégénérescence nerveuse).

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

L'implantation est effectuée par un chirurgien thoracique. Aucune formation spécifique n'est nécessaire. Les seuils de stimulation doivent être déterminés pendant l'intervention pour chacune des 4 électrodes de chaque côté, soit 8 électrodes en tout. Cette prestation est actuellement assurée par un technicien de la firme qui commercialise le dispositif ; elle pourrait être effectuée par du personnel spécifiquement formé.
Le plateau technique de chirurgie thoracique n'est pas spécifique pour l'implantation d'ATROSTIM.
Un délai d'environ sept jours est recommandé pour la mise en route de la stimulation intrathoracique, après l'intervention.
Une vérification préalable des seuils de stimulation est alors nécessaire.
Le stimulateur phrénique ATROSTIM est garanti un an.
Pendant toute la durée d'utilisation du produit, en cas de survenue de panne, l'entreprise doit remplacer en urgence le stimulateur phrénique.
Les réparations (hors antenne, câbles et batteries) doivent être prises en charge par l'entreprise.
Concernant l'entretien du stimulateur, une maintenance annuelle préventive réalisée par l'entreprise est prévue (contrôle des éléments externes : antennes, câbles, stimulateurs, batterie). Cette maintenance impose le passage sous ventilation externe pour le patient. Elle est habituellement faite lors de la visite hospitalière annuelle du patient.

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3403359	**Stimulateur phrénique, intrathoracique, MEDWIN, ATROSTIM, système complet adulte.** Système complet de stimulation intrathoracique pour adulte, ATROSTIM, de la société Medwin Medical Group France. Le système complet pour adulte comprend : Des composants implantés : - 2 récepteurs internes ; - 2 électrodes adultes. Des composants externes : - 1 stimulateur (boîtier de contrôle de la stimulation) ; - 1 câble de raccordement boîtier/stimulateur ; - 3 antennes de transfert d'énergie ; - 3 câbles de transfert d'énergie ; - 1 sacoche en cuir ; - 2 batteries rechargeables 12 V externes utilisées comme source d'énergie principale ; - 1 chargeur de batterie 12 V ; - 1 batterie rechargeable 9 V utilisée comme source d'énergie de secours lors des déplacements ; - 1 chargeur de batterie 9 V. Le conditionnement des consommables tels que le stimulateur externe (générateur de stimulation), le câble de connexion, l'antenne de transfert d'énergie, le câble de transfert d'énergie et la batterie doit être individuel.	5 788 920	5 788 920
3400728	**Stimulateur phrénique, intrathoracique, MEDWIN, ATROSTIM, système complet enfant.** Système complet de stimulation intrathoracique pour enfant, ATROSTIM, de la société Medwin Medical Group France.	6 498 000	6 498 000

	Le système complet pour enfant comprend : Des composants implantés : - 2 récepteurs internes ; 2 électrodes pédiatriques ; - 2 extensions pour électrode pédiatrique (pour la croissance de l'enfant). Des composants externes : 1 stimulateur (boîtier de contrôle de la stimulation) ; 1 câble de raccordement boîtier/stimulateur ; 3 antennes de transfert d'énergie ; 3 câbles de transfert d'énergie ; 1 saccoche en cuir ; 2 batteries rechargeables 12 V externes utilisées comme source d'énergie principale ; 1 chargeur de batterie 12 V ; 1 batterie rechargeable 9 V utilisée comme source d'énergie de secours lors des déplacements ; 1 chargeur de batterie 9 V. Le conditionnement des consommables tels que le stimulateur (générateur de stimulation), le câble de connexion, l'antenne de transfert d'énergie, le câble de transfert d'énergie et la batterie doit être individuel.		
3455221	**Stimulateur phrénique, intrathoracique, MEDWIN, ATROSTIM, maintenance préventive annuelle.** Cette maintenance impose le passage sous ventilation externe pour le patient. Elle est habituellement faite lors de la visite hospitalière annuelle du patient. Elle prévoit le contrôle des éléments externes : antennes, câble, stimulateurs, batteries.	102 258	102 258

3.5.13.2. Société Synapse Biomedical Europe (SYNAPSE)

Lorsque l'hypoventilation est due à une lésion spinale, un délai de 6 mois après la survenue de la lésion doit être respecté avant l'implantation, visant à confirmer l'absence de perspective de récupération d'une ventilation spontanée ou l'absence de signes d'aggravation (absence d'altération de la conduction phrénique témoignant d'une dégénérescence nerveuse).
L'implantation peut être réalisée par tout chirurgien viscéral ayant des compétences en cœlioscopie et formé à l'implantation intradiaphragmatique des électrodes par compagnonnage. La cartographie per-opératoire doit être réalisée par le chirurgien, assisté d'un opérateur formé (pour délivrer les stimuli et annoncer la valeur de pression). Cet opérateur peut être un technicien de la firme commercialisant le dispositif, ou un personnel médical ou non médical formé.
L'implantation des électrodes est faite par cœlioscopie à l'aide d'un kit d'implantation spécifique proposé par l'industriel. Ce kit permet d'effectuer une cartographie per-opératoire pour repérer les meilleurs sites de stimulation, c'est-à-dire ceux au niveau desquels la stimulation provoque l'augmentation de pression la plus importante. Ces sites sont repérés par marquage au crayon chirurgical, puis les électrodes (deux électrodes filaires par hémidiaphragme) sont accrochées au diaphragme par leur structure en harpon. Aucune dissection du nerf phrénique n'est donc nécessaire.
En cas de contre-indication (exceptionnelle) à une cœlioscopie, la mise en place des électrodes est réalisable par laparotomie.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3442951	**Stimulateur phrénique, intradiaphrag., SYNAPSE, NEURX DPS RA/4, système complet.** Système complet de stimulation intradiaphragmatique NEURX DPS RA/4, référence 20-0030 de la société Synapse Biomedical Europe. Le système complet NEURX DPS RA/4 comprend : - des composants implantés : 4 électrodes intramusculaires ; 1 électrode indifférente sous-cutanée ; - des composants externes : 2 générateurs externes de stimulation (stimulateurs) ; 1 câble de connexion entre le porte-connecteur et le stimulateur ; 15 porte-connecteurs (bases de connexion autoadhésives pour assurer la connexion électrique entre l'électrode implantée et le câble) ; 6 batteries au lithium (piles de remplacement pour le stimulateur). Le conditionnement des consommables tels que le stimulateur externe (générateur de stimulation), le câble de connexion, le porte-connecteur autoadhésif et la batterie doit être individuel.	2 164 860	2 164 860
3475608	**Stimulateur phrénique, intradiaphrag., SYNAPSE, NEURX DPS RA/4, stimulateur.** Remplacement du stimulateur phrénique NEURX DPS RA/4, référence 23-0001, de la société Synapse Biomedical Europe. Le remplacement peut être pris en charge après les quatre années suivant l'implantation.	601 350	601 350

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

4. Titre IV. - Véhicules pour handicapés physiques

4.1. Spécifications techniques

Les spécifications techniques auxquelles doivent satisfaire les produits sont celles décrites ci-dessous ou des spécifications techniques assurant un niveau de qualité, de sécurité et d'efficacité au moins équivalent.

4.1.1. Chapitre I. - Fauteuils roulants

4.1.1.1. Fauteuils roulants à propulsion manuelle

4.1.1.1.1. Fauteuils roulants non pliants et pliants à propulsion manuelle

4.1.1.1.1.1. Généralités

Le présent cahier des charges n'englobe pas les fauteuils pour activités physiques et sportives.
Les modèles de fauteuils doivent être conformes aux caractéristiques définies par le présent cahier des charges mis au point par le CERAH, et avoir satisfait à l'évaluation technique réalisée par un organisme compétent et indépendant.
Les fauteuils de ce type répondent aux normes :
ISO 9999. - Aides techniques pour personnes handicapées. - Classification; ISO 6440. - Nomenclature, termes et définitions ;
ISO 7176-1. - Détermination de la stabilité statique des fauteuils roulants ;
ISO 7176-5. - Détermination des dimensions hors tout, de la masse et de l'espace de giration;
Pr EN 12183 (1997). - Fauteuils à propulsion manuelle. - Exigences et méthodes d'essai (annexe A, paragraphe A2 : dimensions hors tout) ;
ISO 7176-11. - Mannequin d'essai.
Ils sont constitués par :

1 Un système de soutien du corps composé de :
- un siège,
- un dossier,
- deux accoudoirs,
- un dispositif de protège-vêtement escamotable ou amovible,
- un dispositif de repose-pieds ;

2 Un système de propulsion manuelle et un dispositif d'immobilisation.

3 Des roues, dont :
- une ou plusieurs roues motrices,

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

- une ou plusieurs roues directrices ;

4 Un châssis.
Ils doivent pouvoir recevoir les adjonctions et les options prévues au présent cahier des charges compatibles au modèle et nécessaires au handicap de l'utilisateur. Ils doivent également pouvoir être livrés sans siège ni dossier en cas d'adaptation directe d'une coque moulée sur le châssis.

Quels que soient le ou les matériaux utilisés, la stabilité et la résistance mécanique du fauteuil sont testées (voir point 4.1.1.1.1.2).

Toutes les pièces constitutives du fauteuil roulant, ainsi que les adjonctions et options ne doivent ni blesser l'utilisateur, ni détériorer ses vêtements, ni endommager l'environnement.

1.1 Dispositions particulières relatives aux fauteuils évolutifs

Ces fauteuils correspondent à la taille 1 (cf tableau du 2.3).

Un fauteuil est dit évolutif lorsque les réglages du dispositif de soutien du corps permettent de suivre la croissance de l'enfant.
Cela implique :
1 Un réglage :
- de la largeur d'assise,
- de la profondeur d'assise,
- de la hauteur des accoudoirs,
- du positionnement des accoudoirs d'avant en arrière,
- de l'appui-tête dans le sens de la hauteur,
- de l'appui-tête d'avant en arrière ;

2 Un accès facile aux mains courantes, quelle que soit la taille de l'utilisateur ;

3 Deux systèmes de freinage :

- l'un accessible à l'utilisateur,
- l'autre uniquement accessible à l'accompagnateur ;

4 Un dossier équipé d'une ceinture de maintien.

1.2 Châssis

Le châssis est destiné à recevoir le système de soutien du corps.
Pour les fauteuils dont les roues motrices sont situées à l'arrière, le châssis est prolongé à sa partie inféro-postérieure afin de présenter un point d'appui pour le pied de la tierce personne, en vue d'aider le basculement du fauteuil en arrière, nécessaire au franchissement d'obstacles.

Le fauteuil sera conçu de façon à réduire son encombrement pour faciliter le transport et le rangement (hormis les fauteuils non pliants).
Il doit comporter un système réfléchissant à l'avant et à l'arrière. Sa résistmice est conforme aux tests définis en 2.4.

1.3 Roues motrices

Elles sont placées, selon les modèles, soit à l'avant, soit à l'arrière, pour répondre aux besoins de l'utilisateur. Elles sont équipées de pneumatiques gonflables ou non gonflables.
Leur positionnement et leurs dimensions sont tels qu'ils permettent les transferts de l'utilisateur, à l'exception des fauteuils à grandes roues avant.
Leur résistance est conforme aux tests définis en 2.4.

1.4 Roues directrices

Elles sont équipées de roues non gonflables ou, en option, de roues gonflables.
Les fourches sont montées sur le fauteuil par l'intermédiaire de pivots à billes ou tout autre dispositif présentant des caractéristiques mécaniques comparables. L'axe de rotation de ces fourches est perpendiculaire au col (90° ± 2°).
Leur résistance est conforme aux tests définis en 2.5.

1.5 Siège

Il peut être rigide et capitonné, ou rigide et recouvert d'un coussin, ou souple avec ou sans coussin. La toile de siège est facilement remplaçable. Sa résistance est conforme aux tests définis en 2.6.

1.6 Dossier

Il peut être :
- fixe,
- inclinable,
- pliable à hauteur déterminée,
- rabattable,
- escamotable.

Le dispositif d'inclinaison doit être facilement manoeuvrable et garantir un blocage efficace et durable dans différentes positions pour assurer le confort et la sécurité de l'utilisateur.
Le dossier est équipé d'un dispositif permettant à une tierce personne de manoeuvrer le fauteuil. Ce dispositif est situé à une hauteur minimum de 850 mm par rapport au sol.
Le dossier peut être rigide et capitonné ou rigide et recouvert d'un coussin, ou souple. La toile de dossier est facilement remplaçable.
Sur les fauteuils équipés de repose-tête, en cas de chute arrière, celui-ci ne devra pas toucher le sol. Sa résistance est conforme aux tests définis en 2.6.

1.7 Accoudoirs

Les deux accoudoirs sont amovibles ou escamotables.

Dans le cas de châssis coque autoporteuse, des accoudoirs fixes seront admis dans la mesure où leur conception ne gêne pas les transferts latéraux. Quand ils sont amovibles, leur fixation au châssis comporte un verrouillage permettant à la fois une pose et une dépose aisées.
Ils sont conçus afin de favoriser l'accès à une table, à un lavabo. L'appui-bras de l'accoudoir est capitonné.
L'utilisateur doit pouvoir ramasser un objet au sol en s'aidant de l'accoudoir opposé pour se baisser et se relever latéralement. Le système de verrou peut être adapté en option afin de permettre de soulever le fauteuil par les accoudoirs.

1.8 Résistance au feu

Les composants des dossiers, sièges et accoudoirs doivent répondre à la classification M4, définie dans le fascicule de documentation Afnor P92-507.

1.9 Repose-pieds

II assure le soutien et le positionnement correct de la jambe et du pied.
La ou les palettes le constituant sont relevables et réglables en hauteur. Les palettes tubulaires sont proscrites.
Leurs extrémités comportent un dispositif de butée de protection.
Leur résistance est conforme aux tests définis en 2.7.

1.10 Dispositif de propulsion manuelle

Quel que soit le dispositif adopté, il permet à l'utilisateur de propulser son fauteuil tout en assurant une préhension et une poussée confortables.
Dans le cas d'un dispositif de propulsion par main courante, la section de cette dernière est supérieure à 200 mm². La main courante doit être démontable. Le matériau constituant ce dispositif ne doit ni se dégrader ni blesser l'utilisateur. Il doit être chromé ou en alliage léger anodisé.

1.11 Dispositif d'immobilisation

Tous les fauteuils sont équipés d'un dispositif d'immobilisation.
Ce dispositif est actionnable par l'utilisateur. Pour immobiliser le fauteuil, l'utilisateur doit obligatoirement pousser le levier de commande vers l'avant (sauf dans le cas de fauteuils à grandes roues avant). Proposé en option, le système inverse peut être monté dans certains cas spéciaux sur prescription médicale.
Sa résistance est conforme aux tests définis en 2.8.

1.12 Adjonctions

- Appui-tête capitonné réglable en hauteur et en profondeur ;
- Appui-tête latéral avec ou sans bandeau frontal ;
- Rallonge de dossier;
- Raidisseur de dossier;
- Support ou cales latérales de corps (dossier rigide) ;
- Soutien lombaire;
- Coussin de dossier ;
- Ceintures pour adulte et adolescent ;
- Harnais ;
- Siège bavolet ;

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

- Garde-robe complète avec bassin et coussin ;
- Tablette de travail (facilement démontable) ;
- Rallonge de levier de frein ;
- Cale anti-abduction ;
- Support d'écartement des jambes ;
- Support repose jambe inclinable droit et/ou gauche ;
- Appui jambe droit et/ou gauche ou en une partie ;
- Gouttière droite et/ou gauche ou en une partie ;
- Talonnière ;
- Palettes repose-pieds munies d'un système réglable permettant de compenser l'usure des butées ;
- Attache-pied ;
- Porte-canne.

1.13 Options

- Dispositif d'immobilisation indépendant de la pression des pneumatiques ;
- Roues pivotantes gonflables ;
- Palette repose-pied à réglage angulaire ;
- Accoudoirs réglables verticalement, pivotants, relevables, rabattables sur le côté ;
- Main courante à ergots ou antidérapante ;
- Dispositif pour conduite unilatérale;
- Coque moulée: le fauteuil sera livré sans siège ni dossier;
- Siège pour coxite ;
- Système de verrou des accoudoirs.

1.14 Protection anticorrosion des surfaces

Les fauteuils sont protégés contre la corrosion.

1.15 Plaque constructeur

Le constructeur doit faire figurer sur le châssis du fauteuil, d'une manière indélébile et inamovible, sa raison sociale, le type du véhicule, le numéro de série et le numéro d'ordre.

1.16 Garantie

Les fauteuils sont garantis pas le fournisseur pendant une durée de deux ans à compter du jour de la livraison à l'utilisateur, contre tout vice de fabrication ou de matière première. La garantie est limitée à l'échange gratuit par le fournisseur des pièces ou sous-ensembles reconnus défectueux (pièces, main d'oeuvre et transport).

1.17 Interchangeabilité des pièces détachées

Pendant une périodé de cinq ans à partir de la date de livraison du fauteuil, le revendeur est tenu d'assurer le remplacement de toute pièce constituant le fauteuil.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

1.18 Notice d'utilisation et d'entretien

À la livraison, une notice d'utilisation illustrée et d'entretien en français ainsi qu'une fiche de garantie sont remises à l'utilisateur par le revendeur.
En outre, il sera mentionné que le fauteuil ne peut être transporté (à vide ou avec l'utilisateur) par les accoudoirs, sauf dans le cas où un verrouillage est prévu en option.

4.1.1.1.1.2. 2-Essais de résistance

2.1 Objet

Pour être reconnu conforme, le fauteuil devra satisfaire à un certain nombre de tests de résistance. À chaque test, toute rupture ou variation de dimensions, de formes ou de fonctionnement de n'importe quel composant du fauteuil sont considérées comme des défaillances.

2.2 Principe

Les essais de fatigue doivent permettre d'apprécier l'endurance et la résistance des fauteuils roulants soumis à de fortes contraintes dans un court laps de temps afin de simuler les efforts répétés et subis par un fauteuil lors de son utilisation normale tels que le franchissement de trottoirs, le passage de pavés ou l'évolution sur des chaussées déformées.
Les essais seront effectués pour chaque modèle de fauteuil.
Lorsqu'il existe, pour un modèle de fauteuil, plusieurs largeurs, on choisira le fauteuil de taille moyenne ou moyenne supérieure.

2.3 Conditions

Le procès-verbal permettra d'identifier le fauteuil et son fabricant et donnera les résultats de tous les essais. Il faut vérifier tous les points suivants :

1. La pression de gonflage doit être celle recommandée par le constructeur du fauteuil, ou a défaut celle indiquée sur le pneumatique;
2. Le fauteuil doit être en parfait état de fonctionnement ;
3. Choisir les points de référence en fonction du fauteuil et d'un commun accord entre le constructeur et le laboratoire d'essai ;
4. Les mêmes mesures seront prises au début et à la fin de l'essai ;
5. Le fauteuil est testé dans sa configuration normale d'utilisation ;
6. Si des réglages sont prévus, ils sont faits pour une utilisation courante ;
7. Mannequin d'essai :

On utilise un mannequin anthropomorphe ou le mannequin ISO dont le poids sera fonction de la largeur d'assise du fauteuil suivant le tableau ci-dessous :

TAILLE	T1	T2	T3	T4
Largeur d'assise (mm)	L 350	350 L 380	380 L 450	L 450
Mannequin (kg)	25	50	75	100

Il est nécessaire de bien installer le mannequin, de le caler dans l'assise du fauteuil dépourvu de coussin. Le mannequin sera solidement fixé au fauteuil afin de ne pas se déplacer lors des essais ;

8. La surface d'essai est conforme à la normalisation ISO en vigueur.

2.4 Test du châssis et des roues motrices

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

2.4.1 Appareillage d'essai

Celui-ci peut consister en une piste linéaire, un ou des tambours, une piste circulaire ou tout système permettant de simuler le roulement du fauteuil chargé du mannequin sur une surface horizontale et sur des obstacles à une vitesse de 8 km/h (2,22 m/s).

2.4.2 Entraînement du fauteuil roulant

Le fauteuil est animé par une force s'exerçant de façon que la direction soit maintenue, sans empêcher un mouvement vertical ou de torsion.

2.4.3 Obstacles

Les obstacles simulent les sauts de trottoir, ils sont constitués de deux parties indéformables fixées sur la piste. Les roues doivent se présenter perpendiculairement aux bords des obstacles.

2.4.4 Test

2.4.4.1 Sauts en phase

Les deux roues franchissent simultanément les deux obstacles. La hauteur des obstacles est de 150 mm, la rampe d'accès de pente inférieure à 7° est prolongée d'une partie horizontale de 100 mm minimum. Ceux-ci seront réglés de manière à ce que les roues reprennent contact avec la piste au même instant.
Nombre de franchissement : 1800.

2.4.4.2 Sauts déphasés

Le passage du fauteuil sur des chaussées déformées peut induire un couple de torsions dans la structure du châssis. Les deux roues franchissent alternativement les deux obstacles décalés suffisamment l'un par rapport à l'autre, pour permettre au fauteuil de retrouver sa position d'équilibre entre deux torsions successives. La hauteur d'obstacle sera choisie en fonction de la voie du fauteuil et de l'angle minimum de basculement latéral imposé en 2.9., suivant la formule :
H = 2 x V x sin 7°;
H = hauteur de l'obstacle en mm; V =
voie arrière en mm;
H maxi = 150 mm.
La rampe d'accès est identique à 2.4.4.1.
Nombre de franchissements : 900 par roue.

2.4.5 Résultats

2.4.5.1 Voilement des roues motrices

Cette mesure sera prise sur la jante à l'aide d'un comparateur. Cette mesure sera faite en début d'essai, en cours d'essai (tous les 450 tours) et en fin d'essai.
Tolérance de déformation acceptable: 6 mm de voilement (écart maximum en valeur absolue).

2.4.5.2 Jeu dans l'axe de la roue

Le jeu maximal de l'axe ne doit pas engendrer en un point de la jante un déplacement transversal supérieur à 1,5 mm. Mesure prise avec un comparateur en exerçant un effort alterné en un point diamétralement opposé à celui de la mesure.

2.5 Test des roues directrices

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Pour cela, on amène les roues directrices sur deux rouleaux tournants, le fauteuil étant maintenu sur une plate-forme et chargé par un mannequin. Chaque obstacle fixé sur un rouleau est constitué d'une latte métallique dont les dimensions sont les suivantes :
Largeur: 20 mm;
Hauteur: 10 mm
L'arête supérieure est arrondie : rayon = 4 mm.
Paramètre de l'essai :
Vitesse : 8 km/h ;
Durée : 56 heures ; un obstacle tous les 3 mètres. Déphasé de 1,5 mètre d'un côté par rapport à l'autre.
Résultats :
Jeu dans l'axe de la roue : il sera mesuré au niveau de la jante à l'aide d'un comparateur ;
Valeur admissible : 0,5 mm (la prise de mesure est réalisée dans les mêmes conditions qu'en 2.4.5.2.).
Valeur du jeu dans l'axe de rotation de la fourche :
Le contrôle s'effectuera au niveau de l'axe des roues directrices ;
Valeur admissible : le jeu pris par l'axe de rotation ne devra pas augmenter la valeur de la «chasse» de plus de 0,5 mm.

2.6 Test de la toile de siège et de dossier

Les toiles seront soumises à une série de sollicitations en vue de tester :
1 Leur solidité;
2 Leur fixation;
3 Leur déformation.
On laisse tomber sur le siège, d'une hauteur de 50 mm, un mannequin dont la partie dorsale vient ensuite s'appuyer contre le dossier avec une force de :
Pour la taille 1 : 100 Newton;
Pour la taille 2 :150 Newton ;
Pour la taille 3 : 200 Newton;
Pour la taille 4 : 250 Newton.
La fréquence est de six chutes par minute.
Nombre de sollicitations : 10000.

2.7 Test des palettes repose-pieds

Le fauteuil lesté d'un mannequin, l'ensemble palette repose-pieds est soumis à une force de :
Pour la taille 1 : 150 Newton ;
Pour la taille 2 : 250 Newton;
Pour la taille 3 : 350 Newton ;
Pour la taille 4 : 450 Newton ;
appliquée à une fréquence de 1 Hz perpendiculairement à sa face supérieure.
Nombre de sollicitations : 50000.

2.8 Test des systèmes d'immobilisation

Le réglage des systèmes d'immobilisation s'effectuera sur une pente de 7°, le fauteuil étant lesté d'un mannequin. Dans ces conditions, les systèmes d'immobilisation bloqués, les roues sur lesquelles ils agissent ne devront pas tourner.
Le fauteuil lesté d'un mannequin, le mécanisme d'immobilisation sera manoeuvré 60000 fois. Après ce test, les systèmes d'immobilisation doivent avoir gardé leur efficacité (essai ci-dessus).

2.9 Stabilité statique

La stabilité statique est contrôlée conformément à la norme EN NF 12183 (fauteuil avec ou sans système antibasculement) .

4.1.1.1.2. Fauteuils roulants pour activités sportives

4.1.1.1.2.1. Généralités

Les modèles de fauteuils doivent être conformes aux caractéristiques définies par le présent cahier des charges mis au point par le CERAH, et avoir satisfait à l'évaluation technique réalisée par un organisme compétent et indépendant.
Quel(s) que soit(ent) le (ou les) matériaux utilisés, la résistance mécanique du fauteuil sera testée au chapitre 3. Toutes les pièces constitutives du fauteuil roulant, ainsi que les adjonctions et options, ne doivent ni blesser l'utilisateur, ni détériorer ses vêtements, ni endommager l'environnement.

1.1 Résistance au feu

Les composants des dossiers, sièges et accoudoirs doivent répondre à la classification M4 définie dans le fascicule de documentation AFNOR P 92-507.

1.2 Protection anticorrosion des surfaces

Les fauteuils sont protégés contre la corrosion.

1.3 Plaque constructeur

Le constructeur doit faire figurer sur le châssis du fauteuil, d'une manière indélébile et inamovible, sa raison sociale, le type du véhicule, le numéro de série, le numéro d'ordre, ainsi que le poids maximum de l'utilisateur.

1.4 Garantie

Les fauteuils sont garantis, pendant une période de deux ans à compter de la date de mise en service, contre tout vice de construction résultant d'un défaut de matière ou de fabrication. La garantie est limitée à l'échange gratuit des pièces (pièces et main-d'oeuvre) des sous-ensembles reconnus défectueux. Les conditions de garantie doivent figurer dans la notice d'utilisation et d'entretien.

1.5 Interchangeabilité des pièces détachées

Pendant une période de quatre ans à partir de la date de mise en service du fauteuil, le revendeur est tenu d'assurer le remplacement de toutes pièces constituant le fauteuil.

1.6 Notice d'utilisation et d'entretien

À la livraison, une notice d'utilisation et d'entretien illustrée ainsi qu'une fiche de garantie sont remises à l'utilisateur par le revendeur. Ces documents sont en français.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

4.1.1.1.2.2. Exigences descriptives

2.1 Définition

Les fauteuils roulants pour activités sportives sont divisés en trois catégories :
- fauteuils destinés à la pratique du basket-ball ;
- fauteuils destinés à la pratique du tennis ;
- fauteuils pour des activités multisports.

2.2 Cadre

Pour le basket et le tennis, le cadre est rigide.
Pour le multisport, le cadre est rigide ou pliable.
Sa résistance est conforme aux tests définis au chapitre 3.

2.3 Dossier

Sa hauteur minimale est de 200 mm mesurée au milieu de la toile du siège. Possibilité d'adaptation de dossier plus haut.
Pour le basket et le tennis, le dossier s'équipe d'un système de maintien d'écartement de ses montants (sans poignées).
Sa résistance est conforme aux tests définis au chapitre 3.

2.4 Siège

Plusieurs largeurs de siège sont présentées entre 300 et 400 millimètres.
Sa résistance est conforme aux tests définis au chapitre 3.

2.5 Repose-pieds

Les repose-pieds sont réglables en hauteur.
Pour le basket et le tennis, les repose-pieds sont non pivotants. Leur résistance est conforme aux tests définis au chapitre 3.

2.6 Train arrière

La position du train arrière est réglable longitudinalement. Les roues arrière sont à démontage rapide (sans outil).
Leur carrossage est réglable et/ou adaptable. Les pneumatiques noirs sont interdits.
Les roues sont équipées de mains courantes démontables fixées en six points minimum sur la jante. Le chrome est interdit sur les mains courantes.
Pour les fauteuils multisports, l'éloignement de la main-courante par rapport à la jante doit pouvoir être adaptable.
Sa résistance est conforme aux tests définis au chapitre 3.

2.7 Train avant

Pour le basket, le tennis et le multisport, le train avant peut comporter une ou deux roues. Leur diamètre est de 125 millimètres au maximum. S'il y a deux roues, la voie est inférieure ou égale à celle du train arrière.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

La position du train avant est fixe ou réglable longitudinalement. La verticalité de l'axe de rotation du ou des supports de roue avant est réglable ou fixe. Dans ces deux cas de fixité, les réglages des roues arrière ne doivent avoir aucune influence sur la verticalité de l'axe de rotation des supports de roues avant (fauteuil considéré sur un plan horizontal).
Sa résistance est conforme aux tests définis au chapitre 3.

2.8 Système d'immobilisation

Pour le basket, ce système est interdit.
Pour le multisport, il est obligatoire et sa résistance est conforme aux tests définis au chapitre 3.

2.9 Accessoires obligatoires

Le fauteuil doit pouvoir être équipé de plaques de calage latéral ou de protège-vêtements.
Pour le basket et le multisport, le fauteuil doit pouvoir être équipé en plus de flasques protège-rayons démontables.

4.1.1.1.2.3. Exigence de performance

Objet :
Pour être reconnus conformes, les fauteuils doivent satisfaire à tous les tests de résistance. À chaque test, toute rupture ou variation de dimensions, de formes ou de fonctionnement de n'importe quel composant du fauteuil sont considérées comme des défaillances.
Principe :
Les essais de fatigue doivent permettre d'apprécier l'endurance et la résistance des fauteuils roulants soumis à de fortes contraintes dans un court laps de temps, afin de simuler les efforts répétés subis par un fauteuil lors de son utilisation normale. Les essais sont effectués pour chaque type de fauteuil. Lorsqu'il existe, pour un type de fauteuil, plusieurs largeurs, on choisit le fauteuil de taille moyenne ou moyenne supérieure.
Conditions :
Le procès-verbal permet d'identifier le fauteuil et son fabricant et donne tous les résultats d'essais. Il faut vérifier au minimum les points suivants :

- La pression de gonflage doit être celle recommandée par le constructeur du fauteuil ou, à défaut, celle indiquée sur le pneumatique ;
- Le fauteuil doit être en parfait état de fonctionnement ;
- Le fauteuil est testé dans sa configuration normale d'utilisation ;
- Si des réglages sont prévus, ils sont faits de façon à assurer une utilisation courante ;
- Mannequin d'essai : on utilise un mannequin anthropomorphe ou un mannequin d'essai ISO (spécifié dans la norme ISO 7176-11) dont la masse est égale ou immédiatement supérieure à la masse maximum de l'utilisateur recommandée par le constructeur. Si cette dernière est supérieure à 100 kg, utiliser un mannequin de 100 kg.

Il est nécessaire de bien installer le mannequin, de le caler dans l'assise du fauteuil dépourvue de coussin. Le mannequin est solidement fixé au fauteuil afin de ne pas se déplacer lors des essais.

3.1 Tests du châssis et des roues motrices

3.1.1 Appareillage d'essai

Celui-ci peut consister en une piste linéaire, un ou des tambours, une piste circulaire ou tout système permettant de simuler le roulement du fauteuil chargé du mannequin sur une surface horizontale et sur des obstacles à une vitesse de 8 kilomètres/heure.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

3.1.2 Entraînement du fauteuil roulant.

Le fauteuil est animé par une force s'exerçant de façon que la direction soit maintenue, sans empêcher un mouvement vertical ou de torsion.

3.1.3 Obstacles

Les obstacles simulent les sauts de trottoir. Ils sont constitués de deux parties, indéformables, fixées sur la piste. Les roues doivent se présenter perpendiculairement aux bords des obstacles.

3.1.4 Test

3.1.4.1 Sauts en phase

Les deux roues franchissent simultanément les deux obstacles. La hauteur des obstacles est de 150 millimètres. La rampe d'accès de pente inférieure à 7° est prolongée d'une partie horizontale de 100 millimètres minimum. Ceux-ci seront réglés de manière que les roues reprennent contact avec la piste au même instant.
Nombre de franchissements : 1800 pour les modèles multisport, 900 pour les modèles tennis et basket.

3.1.4.2 Sauts déphasés

Les deux roues franchissent alternativement les deux obstacles décalés suffsamment l'un par rapport à l'autre pour permettre au fauteuil de retrouver sa position d'équilibre entre deux torsions successivesLa hauteur des obstacles est choisie en fonction de la voie du fauteuil suivant la formule :
H = 2 x V x sin 7°
H = hauteur de l'obstacle,
V = voie arrière en millimètres avec H maxi = 150 millimètres.
La rampe d'accès est identique au paragraphe 3.1.4.1.
Nombre de franchissements : 900 pour les modèles multisport, 450 pour les modèles tennis et basket.

3.1.5. Test

3.1.5.1 Voilement des roues motrices.

Cette mesure est prise sur la jante à l'aide d'un comparateur. Elle est faite en début d'essai, en cours d'essai (tous les 450 tours) et en fin d'essai. Tolérance de déformation acceptable : 6 millimètres de voilement (écart maximum en valeur absolue).

3.1.5.2 Jeu dans l'axe de la roue.

Le jeu maximum de l'axe ne doit pas engendrer en un point de la jante un déplacement transversal supérieur à 1,5 millimètre. Mesure prise avec un comparateur en exerçant un effort alterné en un point diamétralement opposé à celui de la mesure.

3.2 Test des roues directrices

On amène la ou les roues directrices sur deux rouleaux tournants, le fauteuil étant maintenu sur une plate-forme et lesté d'un mannequin. Chaque obstacle fixé sur un rouleau est constitué d'une latte métallique dont les dimensions sont les suivantes :
- largeur : 20 millimètres, hauteur : 10 millimètres ou 4 millimètres ;
- l'arête supérieure est arrondie : rayon = 4 millimètres ;
- un obstacle tous les 3 mètres déphasé de 1,5 mètre d'un côté par rapport à l'autre.

Paramètre de l'essai :
- multisport : vitesse : 8 kilomètres/heure, obstacle hauteur : 10 millimètres, durée de l'essai 56 heures ;

- basket et tennis : vitesse : 8 kilomètres/heure, obstacle hauteur : 4 millimètres, durée de l'essai : 30 heures.
Résultat :
Jeu dans l'axe de la roue : il est mesuré au niveau de la jante à l'aide d'un comparateur ;
« Valeur admissible : 0.5 millimètre (la prise de mesure est réalisée dans les mêmes conditions qu'au paragraphe 3 .1.5.2.) » ;
« Jeu dans l'axe de rotation de la fourche : le contrôle s'effectue au niveau de l'axe des petites roues.
Valeur admissible : le jeu pris par l'axe de rotation ne doit pas augmenter la valeur de la «chasse» de plus de 0.5 millimètre »

3.3 Test de la sellerie de siège et de dossier

Les toiles sont soumises à une série de sollicitations en vue de tester leur solidité, leur fixation et leur déformation. On laisse tomber sur le siège, d'une hauteur de 50 millimètres, un mannequin dont la partie dorsale vient ensuite s'appuyer contre le dossier avec un effort de :
180 Newton pour la taille 1 ;
200 Newton pour la taille 2 ;
230 Newton pour la taille 3 ;
250 Newton pour la taille 4 ;
La fréquence est de 6 chutes/minute.
Nombre de sollicitations : 10000.

3.4 Tests des palettes repose-pieds

Le fauteuil lesté d'un mannequin, l'ensemble palette repose-pieds est soumis à un effet de :
170 Newton pour la taille 1 ;
180 Newton pour la taille 2 ;
190 Newton pour la taille 3 ;
200 Newton pour la taille 4,
appliqué à une fréquence de 1 Hz perpendiculairement à sa face supérieure.
Nombre de sollicitations : 50000.

3.5 Test des systèmes d'immobilisation

Le réglage des systèmes d'immobilisation s'effectue sur une pente de 7°, le fauteuil étant lesté d'un mannequin. Dans ces conditions, les systèmes d'immobilisation bloqués, les roues sur lesquelles ils agissent ne doivent pas tourner. Le fauteuil lesté d'un mannequin, le mécanisme de frein est manoeuvré 60000 fois. Après ce test, les systèmes d'immobilisation doivent avoir gardé leur efficacité (essai ci-dessus).

4.1.1.2. Fauteuils roulants à propulsion par moteur électrique

4.1.1.2.1. Généralités

Les modèles de fauteuils sont conformes aux caractéristiques définies par le présent cahier des charges mis au point par le CERAH, et ont satisfait à l'évaluation technique réalisée par un organisme compétent et indépendant.
Les fauteuils roulants de ce type sont constitués par :

Un châssis permettant le pliage ou le démontage du fauteuil après dépose des batteries et éventuellement du groupe de propulsion ;
Au moins quatre roues, deux d'entre elles assurant le changement de direction ;
Un dossier fixe ou inclinable, au moins en option ; Un siège;
Deux accoudoirs,
Deux palettes réglables formant repose-pieds ;
Un système de freinage et de ralentissement ;
Un groupe moteur ou deux;
Batteries d'alimentation ;
Un bloc de commande.
Une pompe à air avec raccord, fixée sur le cadre, sera fournie avec le fauteuil monté sur pneumatiques.
Une notice doit être délivrée avec chaque fauteuil et comporter :

- Le schéma descriptif succinct avec la liste des ensembles et sous-ensembles constitutifs ;
- Les consignes à respecter pour utiliser et entretenir le fauteuil dans les meilleures conditions ;
- Les droits des utilisateurs, tant en ce qui concerne les garanties que les délais prévus pour les réparations.

Ces fauteuils doivent pouvoir recevoir des accessoires supplémentaires permettant de les adapter à tous les cas d'utilisation en fonction de la nature du handicap du malade. Ils doivent également pouvoir être livrés sans siège ni dossier, pour permettre l'adaptation directe d'une coque moulée sur le châssis.
La largeur hors tout du fauteuil ne doit pas excéder 700 mm.

4.1.1.2.1.1. Roues

Quelles que soient la dimension et la disposition adoptées par le constructeur, elles doivent permettre le fonctionnement correct du fauteuil sur des terrains variés (gravillons, pavés, etc . . .). Le constructeur doit mentionner sur le guide d'utilisation et d'entretien la hauteur maximale d'obstacle que son matériel peut franchir.
Elles sont équipées soit de pneumatiques répondant aux normes de sécurité imposées par le poids et la vitesse du fauteuil, soit de bandages pleins ou souples. Elles ne sont pas munies de mains courantes.

4.1.1.2.1.2. Dossier

Le dossier peut être fixe ou inclinable, mais doit être muni d'un dispositif amovible de maintien d'écartement et d'une sangle de maintien de l'utilisateur. La hauteur de cette sangle doit pouvoir être réglée par le fournisseur lors de la livraison.
II doit être constitué de matériaux assurant le confort de l'utilisateur et dont la résistance est calculée pour éviter une usure ou une distension rapide en utilisation constante.
Dans certains cas particuliers et sur prescription médicale, le dossier peut être constitué d'une pièce rigide fixée de façon amovible afin de permettre son démontage rapide pour ne p a s gêner le pliage du fauteuil. Un coussin en caoutchouc émulsionné ou autre matériau apportant un confort similaire et recouvert d'un tissu plastifié ou non sera ajouté sur le dossier rigide.
Pour les fauteuils dont l'inclinaison du dossier n'est pas supérieure à 40°, le déport des roues arrière par rapport au plan du dossier ne doit pas être supérieur à 10 cm.
Des poignées de poussée doivent permettre de déplacer le fauteuil en position de «débrayage».
Il doit pouvoir recevoir des systèmes de calage.

4.1.1.2.1.3. Siège

Le siège peut être horizontal incliné ou inclinable en bas et en arrière. II doit être constitué de matériaux assurant le confort de l'utilisateur et dont la résistance est calculée pour éviter une usure ou une distension rapide en utilisation constante.
Une «bavette» solidarisant siège et dossier est ajoutée pour éviter au coussin de glisser en arrière.
Dans certains cas particuliers et sur prescription médicale, le siège peut être constitué d'une pièce rigide fixée de façon amovible afin de permettre son démontage rapide pour ne pas gêner le pliage du fauteuil. Un coussin en caoutchouc émulsionné ou autre matériau apportant un confort similaire et recouvert d'un tissu plastifié ou non sera ajouté sur le siège rigide.

4.1.1.2.1.4. Accoudoirs

Les deux accoudoirs sont amovibles ou escamotables, leur forme doit être étudiée afin de permettre l'accès facile à une table ou à un lavabo. Leur fixation au cadre doit comporter un verrouillage permettant à la fois une pose et une dépose rapide sans effort notable de la part de l'utilisateur.
À la partie supérieure de chaque accoudoir est fixé un appui-bras en bois ou en matière plastique, capitonné en caoutchouc ou autres matériaux assurant un confort similaire. La surface de cet appui-bras doit être suffisante pour permettre à l'utilisateur d'y laisser reposer confortablement ses avant bras en position fléchie.
Une protection doit être prévue afin d'éviter aux vêtements de frotter contre les roues.

4.1.1.2.1.5. Repose-pieds

La ou les palettes formant repose-pieds, relevables et réglables en hauteur, peuvent être démontables et/ou escamotables.
Elles doivent être recouvertes, sur leur plan d'appui, d'une surface antidérapante et ne présenter aucun relief susceptible de traumatiser l'utilisateur, que ces reliefs fassent partie intégrante de la palette ou constituent le dispositif d'arrêt de celle-ci.
Les palettes doivent comporter à l'arrière une butée de talon incorporée ou, en l'absence de cette butée, une sangle d'arrêt amovible montée sur les supports de palettes, et à l'avant, dont les coins antéro-externes seront arrondis, un butoir de protection.
Les supports de palette doivent pouvoir présenter, à la demande, un angle de 90° par rapport à l'axe de la jambe ou bien être adaptés selon les besoins.

4.1.1.2.1.6. Systèmes de freinage et de ralentissement

Des systèmes de freinage et de ralentissement agissant efficacement lorsque le fauteuil est lesté d'un poids de 80 kg et se trouvant sur une pente de 15 % doivent être prévus.
Ils comprennent :
1 Un frein à action progressive agissant sur les roues motrices, le ralentissement ne devant en aucun cas être brutal. Il doit correspondre à la position «point mort» du levier de commande.
2 Un frein puissant, entrant automatiquement en action pour assurer l'immobilisation et l'arrêt du fauteuil soit en cas de panne d'alimentation ou de coupure de courant, soit en cas de surcharge.
Dans le cas du débrayage «type roue libre» un système de frein de stationnement indépendant du circuit électrique doit équiper chaque roue motrice.
Dans le cas du système de débrayage par annulation de l'action du frein électromagnétique à coupure de courant, sa reconnexion mécanique est considérée comme un frein de stationnement. Si la commande est manuelle, le levier est situé au-dessus du plan horizontal passant par l'axe des roues motrices.
Une possibilité d'arrêt immédiat doit pouvoir être obtenue soit par inversion de la manoeuvre en déclenchant la marche arrière, soit par la commande du frein mécanique d'immobilisation.

4.1.1.2.1.7. Stabilité

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

La stabilité statique et dynamique est contrôlée conformément à la norme EN NF 1284.

4.1.1.2.1.8. Groupe moteur

Il doit permettre le démarrage et la propulsion aisée d'une personne de 70 kg, sur une côte de 15 % goudronnée.
Le démarrage ne doit pas être brutal, il peut être obtenu soit par variateur de vitesse, soit par un dispositif à deux vitesses, dont la première n'excédera pas 3 kilomètres à l'heure.
En cas de surcharge, un dispositif doit couper l'alimentation du ou des moteurs et enclencher le système de freinage.
La vitesse maximale est de 10 kilomètres à l'heure.
La distance d'arrêt sera conforme au tableau ci-dessous :

Vitesse en km/h	4	5	6	7	8	9	10
Distance d'arrêt en mètres	0,6	0,8	1,0	1,2	1,5	1,7	2,0

En cas de panne, une tierce personne doit pouvoir débrayer et déplacer aisément le fauteuil roulant. Pour manoeuvrer les mécanismes de débrayage de propulsion et de direction, la force maximale à appliquer sera de 75 newtons. Pour déplacer le fauteuil roulant, transmission débrayée, la force maximale à appliquer au niveau du système de poussée, mesurée horizontalement, sera de 100 newtons. Lors de ces mesures, le fauteuil est lesté d'un mannequin approprié (voir tableau du cahier des charges des fauteuils roulants à propulsion manuelle).
Si le débrayage annihile le frein automatique à coupure de courant (dit "frein électromagnétique"), l'utilisateur ne doit pas pouvoir déplacer son fauteuil.
Si le groupe moteur empêche le pliage du fauteuil, sa dépose doit être rendue aisée par un système de fixation rapide. Les charbons du moteur doivent être facilement accessibles pour rendre leur changement aisé.

4.1.1.2.1.9. Batteries d'alimentation

Les batteries doivent assurer une autonomie minimum de 12 kilomètres sur terrain plat. Leur polarisation ne doit pas entraîner une perte notable de puissance après une heure d'utilisation normale.
Pour faciliter le transport du fauteuil, elles doivent pouvoir être déposées facilement.
La charge des batteries s'effectue au moyen d'un chargeur (livré avec le fauteuil), qui doit permettre la charge totale en 12 heures maximum et être muni d'un dispositif coupant automatiquement le circuit électrique du fauteuil pendant la charge. Un dispositif doit être prévu pour éviter la surcharge des batteries, de même qu'un indicateur de charge, celui-ci en option.
Le raccordement des batteries au moteur et au boîtier de commande doit être réalisé à l'aide de prises multibroches. Le raccordement du chargeur doit s'effectuer, d'une part, au bloc batterie, au moyen d'une prise électrique et, d'autre part, au secteur, par une prise mâle de 220 V répondant aux normes de l'union technique de l'électricité, le fil devant avoir une longueur minimum de 1,50 m.

4.1.1.2.1.10. Bloc commande

Le bloc commande peut être placé à la demande, à gauche ou à droite du fauteuil.
Il doit être amovible et, dans tous les cas, réglable d'avant en arrière et, éventuellement, latéralement pour permettre l'utilisation fonctionnelle d'accoudoirs crantés.
II doit comprendre au minimum :
Un levier de commande avec rappel automatique ou autre dispositif permettant la commande de la marche avant, de la marche arrière et de la direction;

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

La tête de ce levier doit être solidement fixée tout en gardant la possibilité de remplacement par un système approprié au handicap ;
Un interrupteur marche-arrêt accessible à tout utilisateur, et situé en avant du levier de commande.
Un sélecteur facilement accessible permettant le réglage ou la sélection de la vitesse maximale.
Tous ces dispositifs doivent être suffisamment sensibles pour permettre la commande avec une force minime. Un inverseur marche avant/marche arrière peut être ajouté en option. La position de la commande doit être étudiée pour que la main de l'utilisateur soit protégée lors des manoeuvres du fauteuil.

4.1.1.2.1.11. Options de commande

Outre la commande manuelle, d'autres possibilités doivent être offertes aux handicapés. La commande doit pouvoir se faire :
1° Au menton : à condition que tous les leviers soient utilisables à partir du menton, sans limitation du champ visuel ;
2° Sur table ;
3° Au pied;
4° Au souffle;
5° À la nuque.
D'autres modèles de commande, adaptés à chaque cas, doivent pouvoir être utilisés. Ces options ne seront pas nécessairement présentées lors des tests réalisés sur le fauteuil.

4.1.1.2.1.12. Protection des surfaces

Les tubes et autres pièces constitutives pourront être en acier inoxydable auquel cas aucun revêtement ne sera nécessaire. Les tubes en acier non inoxydable seront chromés et devront répondre à la norme NF A 91 101 nuance modérée.
Les tubes en alliage léger seront anodisés.
Les pièces de fonderie et autres matériaux coulés entrant dans la fabrication du fauteuil devront présenter une tenue mécanique à la corrosion comparable aux tubes traités. La boulonnerie sera chromée, cadmiée (suivant normes NF A 91 101 et NF A 91 102) ou inoxydable.

4.1.1.2.1.13. Plaque constructeur

Le fournisseur fixera dans le cadre du fauteuil une plaque constructeur mentionnant sa raison sociale, le type de véhicule, le numéro dans la série du type et l'année de fabrication, le lieu et la date de réception du fauteuil par le service des mines.

4.1.1.2.1.14. Interchangeabilité des pièces détachées

Le fauteuil sera conçu de telle sorte que les pièces détachées ou sous-ensembles soient interchangeables. Par ailleurs, le fournisseur devra obligatoirement assurer le dépannage par échange standard de groupes ou sous-groupes de pièces vitales telles que :
Boîte de commande, moteurs, roues, batteries.
Un délai de trois semaines, indépendamment des délais de transport, ne doit pas être dépassé pour toute réparation.
Les boulons et filetages répondront aux normes ISO.

4.1.1.2.1.15. Garantie

Le fauteuil et les batteries sont garantis par le fabricant pendant une année à partir du jour de la livraison du fauteuil, contre tout vice de construction ou de qualité de la matière première, dans des conditions normales d'utilisation (compte non tenu du délai d'immobilisation pour réparation du fauteuil).

La garantie est limitée à l'échange gratuit par le fournisseur des pièces et sous-ensembles reconnus défectueux (pièces, main d'oeuvre et transport).

4.1.1.2.2. Dispositions complémentaires relatives aux fauteuils roulants à propulsion par moteur électrique à assise adaptée à la personne

Les fauteuils électriques à assise adaptée à la personne sont constitués de deux ensembles facilement démontables : un groupe de propulsion et une assise adaptée à la personne.
Assise adaptée à la personne :
Le dossier est inclinable par système mécanique, hydropneumatique ou électrique, afin d'adapter l'assise aux différents types de handicap. Il est constitué :
- d'un treillis élastique ou d'une planche galbée ;
- d'une mousse dont l'épaisseur et la densité sont adaptées au patient ;
- d'une toile plastifiée ignifugée.

Un dispositif de poussée permet de déplacer le fauteuil en position de débrayage.
Le fauteuil peut recevoir des systèmes de calage.
Le siège est réglable en inclinaison par système mécanique, hydropneumatique ou électrique. Il est constitué :
- d'un treillis élastique ;
- d'une mousse dont l'épaisseur et la densité sont adaptées au patient ;
- d'une toile plastifiée ignifugée.

Les accoudoirs ont les caractéristiques suivantes :
Leur forme doit permettre l'accès facile à une table ou à un lavabo ;
Ils devront être amovibles : leur fixation au siège doit comporter un verrouillage permettant à la fois une pose et une dépose rapides sans effort notable de la part de l'utilisateur ;
Ils devront être réglables en largeur (la distance entre les accoudoirs peut varier dans la limite de la largeur hors tout) ;
Ils devront être réglables en profondeur pour assurer le bon maintien de l'avant-bras et suivre l'inclinaison du dossier.
L'ensemble assise devra être équipé de l'un des deux systèmes :
Soit un ensemble repose-pieds composé de deux palettes relevables et réglables en hauteur, démontables et/ou escamotables ;
Soit un ensemble repose jambes réglable en inclinaison au moyen d'un système mécanique ou de vérins hydropneumatiques ou électriques.
Bloc de commande :
Un sélecteur facilement accessible permettant le réglage ou la sélection de la vitesse maximale.

4.1.1.3. Fauteuils roulants verticalisateur

4.1.1.3.1. Généralités

Les modèles de fauteuils doivent être conformes aux caractéristiques définies par le présent cahier des charges mis au point par le CERAH, et avoir satisfait à l'évaluation technique réalisée par un organisme compétent et indépendant.
Les fauteuils de ce type répondent aux normes : Véhicules et fauteuils roulants pour handicapés ;
NF S 90-600: définition et classification ;

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

NF S 90-601: détermination de la stabilité statique des fauteuils roulants manuels ;
NF S 90-602: termes et définitions des éléments de base ;
NF S 90-603 : dimensions hors tout (masse et espace de giration), à l'exception des fauteuils équipés de séries d'options ou d'adjonctions prévues aux spécifications techniques ;
NF S 90-605 : structure d'essai.
Normes ISO correspondantes en vigueur.
Ils sont constitués par :
1 Un système de soutien du corps composé de :
- un siège;
- un dossier ;
- deux accoudoirs;
- un dispositif de protège -vêtement escamotable ou amovible;
- un dispositif de repose-pieds.

2 Un dispositif de verticalisation :
Les appuis du corps qui doivent prévenir les risques de chute en avant et sur le côté ainsi que la flexion des membres inférieurs sont réglables pour s'adapter à la morphologie de l'utilisateur dans les limites fixées par le constructeur.
La verticalisation, progressive ou par paliers intermédiaires, ne peut avoir lieu que si la sécurité de l'utilisateur est assurée.

3 Un système de propulsion manuelle et un dispositif d'immobilisation.

4 Des roues, dont :
1. une ou plusieurs roues motrices ;
2. une ou plusieurs roues directrices.

5 Un châssis.
Quels que soient le ou les matériaux utilisés, la stabilité et la résistance mécanique du fauteuil sont testées, au point 2.
Toutes les pièces constitutives du fauteuil roulant, ainsi que les adjonctions et options, ne doivent ni blesser l'utilisateur, ni détériorer ses vêtements, ni endommager l'environnement.

4.1.1.3.1.1. Châssis

Le châssis est destiné à recevoir le système de soutien du corps.
Pour les fauteuils dont les roues motrices sont situées à l'arrière, le châssis est prolongé à la partie inféro-postérieure afin de présenter un point d'appui pour le pied de la tierce personne, en vue d'aider le basculement du fauteuil en arrière, nécessaire au franchissement d'obstacles.
Il doit compter un système réfléchissant à l'avant et à l'arrière.
Sa résistance est conforme aux tests définis en 4.1.1.3.2.4.

4.1.1.3.1.2. Roues motrices

Elles sont placées, selon les modèles, soit à l'avant, soit à l'arrière, pour répondre aux besoins de l'utilisateur.
Elles sont équipées de pneumatiques gonflables ou non gonflables.
Leur positionnement et leurs dimensions sont tels qu'ils permettent les transferts de l'utilisateur, à l'exception des fauteuils à grandes roues avant.
Leur résistance est conforme aux tests définis en 4.1.1.3.2.4.

4.1.1.3.1.3. Roues directrices

Elles sont équipées de roues non gonflables ou, en option, de roues gonflables.
Les fourches sont montées sur le fauteuil par l'intermédiaire de pivots à billes ou tout autre dispositif représentant des caractéristiques mécaniques comparables. L'axe de rotation de ces fourches est perpendiculaire au sol (90° + 2°).
Leur résistance est conforme aux tests définis en 4.1.1.3.2.5.

4.1.1.3.1.4. Siège

Il peut être rigide et capitonné ou rigide et recouvert d'un coussin, ou souple avec ou sans coussin. La toile de siège est facilement remplaçable.
Sa résistance est conforme aux tests définis en 4.1.1.3.2.6.

4.1.1.3.1.5. Dossier

Il peut être :
- fixe ;
- réglable ;
- pliable à hauteur déterminée ;
- rabattable ;
- escamotable.

L'ajustement du dossier doit répondre aux caractéristiques morphologiques de l'utilisateur. En dehors de cet objectif, toute inclinaison en arrière ne peut être autorisée.
Le dossier est équipé d'un dispositif permettant à une tierce personne de manoeuvrer le fauteuil.
Ce dispositif est situé à une hauteur minimum de 850 mm par rapport au sol.
Le dossier peut être rigide et capitonné ou rigide et recouvert d'un coussin, ou souple. La toile de dossier est facilement remplaçable.
Sa résistance est conforme aux tests définis en 4.1.1.3.2.6.

4.1.1.3.1.6. Accoudoirs

Les deux accoudoirs sont amovibles ou escamotables.
Quand ils sont amovibles, leur fixation au châssis comporte un verrouillage permettant à la fois une pose et une dépose aisées. Ils sont conçus afin de favoriser l'accès à une table, à un lavabo. L'appui-bras de l'accoudoir est capitonné.
L'utilisateur doit pouvoir ramasser un objet au sol en s'aidant de l'accoudoir opposé pour se baisser et se relever latéralement.

4.1.1.3.1.7. Résistance au feu

Les composants des dossiers, sièges et accoudoirs, doivent répondre à la classification M 4 définie dans le fascicule de documentation AFNOR P 92-507.

4.1.1.3.1.8. Repose-pieds

Il assure le soutien et le positionnement correct de la jambe et du pied.
Il est amovible ou escamotable (à l'exclusion des fauteuils à grandes roues avant).
La ou les palettes le constituant sont relevables et réglables en hauteur. Les palettes tubulaires sont proscrites.
Leurs extrémités comportent un dispositif de butée de protection.
Leur résistance est conforme aux tests définis en 4.1.1.3.2.7.

4.1.1.3.1.9. Dispositif de propulsion manuelle

Quel que soit le dispositif adopté, il permet à l'utilisateur de propulser son fauteuil tout en assurant une préhension ou une poussée confortable.
Dans le cas d'un dispositif de propulsion par main courante, la section de cette dernière est supérieure à 200 mm². La main courante doit être démontable. Le matériau constituant ce dispositif ne doit ni se dégrader ni blesser l'utilisateur. Il doit être chromé ou en alliage léger anodisé.

4.1.1.3.1.10. Dispositif d'immobilisation

Tous les fauteuils sont équipés d'un dispositif d'immobilisation.
Ce dispositif est actionnable par l'utilisateur. Pour immobiliser le fauteuil, l'utilisateur doit obligatoirement pousser le levier de commande vers l'avant (sauf dans le cas, de fauteuils à grandes roues avant). Proposé en option, le système inverse peut être monté dans certains cas spéciaux sur prescription médicale.
Sa résistance est conforme aux tests définis en 4.1.1.3.2.8.

4.1.1.3.1.11. Protection anticorrosion des surfaces

Les fauteuils sont protégés contre la corrosion.

4.1.1.3.1.12. Plaque constructeur

Le constructeur doit faire figurer sur le châssis du fauteuil, d'une manière indélébile et inamovible, sa raison sociale, le type du véhicule, le numéro de série et le numéro d'ordre.

4.1.1.3.1.13. Garantie

Les fauteuils sont garantis par le fournisseur, pendant une durée de deux ans à compter du jour de la livraison à l'utilisateur, contre tout vice de fabrication ou de matière première. La garantie est limitée à l'échange gratuit par le fournisseur des pièces ou sous-ensembles reconnus défectueux (pièces, main-d'oeuvre et transport).

4.1.1.3.1.14. Interchangeabilité des pièces détachées

Pendant une période de cinq ans à partir de la date de livraison du fauteuil, le revendeur est tenu d'assurer le remplacement de toute pièce constituant le fauteuil.

4.1.1.3.1.15. Notice d'utilisation et d'entretien

À la livraison, une notice d'utilisation illustrée et d'entretien en français ainsi qu'une fiche de garantie sont remises à l'utilisateur par le revendeur.

En outre, il sera mentionné que le fauteuil ne peut être transporté (à vide ou avec l'utilisateur) par les accoudoirs, sauf dans le cas où un verrouillage est prévu en option.

4.1.1.3.2. Essais de résistance

4.1.1.3.2.1. Objet

Pour être reconnu conforme, le fauteuil devra satisfaire à un certain nombre de tests de résistance. Les ruptures ou les variations de dimensions, de formes ou de fonctionnement des composants du fauteuil seront considérées comme des défaillances.

4.1.1.3.2.2. Principes

Les essais de fatigue doivent permettre d'apprécier l'endurance et la résistance des fauteuils roulants soumis à de fortes contraintes dans un court laps de temps afin de simuler les efforts répétés et subis par un fauteuil lors de son utilisation normale tels que le franchissement de trottoirs, le passage de pavés ou l'évolution sur des chaussées déformées.
Les essais seront effectués pour chaque modèle de fauteuil.
Lorsqu'il existe, pour un modèle de fauteuil, plusieurs largeurs, on choisira le fauteuil de taille moyenne ou moyenne supérieure.

4.1.1.3.2.3. Conditions

Le procès-verbal permettra d'identifier le fauteuil et son fabricant et donnera les résultats de tous les essais.
Il faut vérifier tous les points suivants :
1 La pression de gonflage doit être celle recommandée par le constructeur du fauteuil, ou à défaut celle indiquée sur le pneumatique ;
2 Le fauteuil doit être en parfait état de fonctionnement ;
3 Choisir les points de référence en fonction du fauteuil et d'un commun accord entre le constructeur et le laboratoire d'essai ;
4 Les mêmes mesures seront prises au début et à la fin de chaque essai ;
5 Le fauteuil est testé dans sa configuration normale d'utilisation;
6 Si des réglages sont prévus, ils sont faits pour une utilisation courante ;
7 Mannequin d'essai :
On utilise un mannequin anthropomorphe ou le mannequin ISO dont le poids sera fonction de la largeur d'assise du fauteuil suivant le tableau ci-dessous:

Taille	T1	T2	T3	T4
Largeur d'assise (mm)	L 350	350 L 380	380 L 450	L 450
Mannequin (Kg)	25	50	75	100

Il est nécessaire de bien installer le mannequin, de le caler dans l'assise du fauteuil dépourvu de coussin. Le mannequin sera solidement fixé au fauteuil afin de ne pas se déplacer lors des essais ;
8 La surface d'essai est conforme à la normalisation ISO en vigueur.

4.1.1.3.2.4. Test du châssis et des roues motrices

2.4.1 Appareillage d’essai

Celui-ci peut consister en une piste linéaire, un ou des tambours, une piste circulaire ou tout système permettant de simuler le roulement du fauteuil chargé du mannequin sur une surface horizontale et sur des obstacles à une vitesse de 8 km/h (2,22 m/s).

2.4.2 Entraînement du fauteuil roulant

Le fauteuil est animé par une force s'exerçant de façon que la direction soit maintenue, sans empêcher un mouvement vertical ou de torsion.

2.4.3 Obstacles

Les obstacles simulent les sauts de trottoir. Ils sont constitués de deux parties indéformables fixées sur la piste.
Les roues doivent se présenter perpendiculairement aux bords des obstacles.

2.4.4 Test

2.4.4.1 Sauts en phase

Les deux roues, franchissent simultanément les deux obstacles. La hauteur des obstacles est de 150 mm, la rampe d'accès de pente inférieure à 7° est prolongée d'une partie horizontale, de 100 mm minimum. Ceux-ci seront réglés de manière que les roues reprennent contact avec la piste au même instant.
Nombre de franchissements : 1800.

2.4.4.2 Sauts déphasés

Le passage du fauteuil sur des chaussées déformées peut induire un couple de torsions dans la structure du châssis. Les deux roues franchissent alternativement les deux obstacles décalés suffisamment l'un par rapport à l'autre pour permettre au fauteuil de retrouver sa position d'équilibre entre deux torsions successives. La hauteur d'obstacle sera choisie en fonction de la voie du fauteuil et de l'angle minimum de basculement latéral imposé en 2.9., suivant la formule :
H = 2 x V x sin 7°;
H = hauteur de l'obstacle en mm;
V = voie arrière en mm ;
H maxi = 150 mm.
La rampe d'accès est identique à 2.4.4.1.
Nombre de franchissements : 900 par roue.

2.4.5 Résultats

2.4.5.1 Voilement des roues motrices

Cette mesure sera prise sur la jante à l'aide d'un comparateur. Cette mesure sera faite en début d'essai, en cours d'essai (tous les 450 tours) et en fin d'essai.
Tolérance de déformation acceptable: 6 mm de voilement (écart maximum en valeur absolue).

2.4.5.2 Jeu dans l'axe de la roue

Le jeu maximum de l'axe ne doit pas engendrer en un point de la jante un déplacement transversal supérieur à 1,5 mm.
Mesure prise avec un comparateur en exerçant un effort alterné en un point diamétralement opposé à celui de la mesure.

4.1.1.3.2.5. Test des roues directrices

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Pour cela, on amène les petites roues sur deux rouleaux tournants, le fauteuil étant maintenu sur une plate-forme et chargé par un mannequin. Chaque obstacle fixé sur un rouleau est constitué d'une latte métallique dont les dimensions sont les suivantes :
Largeur: 20 mm ;
Hauteur: 10 mm ;
L'arête supérieure est arrondie : rayon = 4 mm.
Paramètres de l'essai : Vitesse : 8 km/h ;
Durée : 56 heures ; un obstacle tous les 3 mètres.
Déphasé de 1,5 mètre d'un côté par rapport à l'autre.
Les roues testées sont gonflables ou non gonflables.
Résultats :
Jeu dans l'axe de la roue : il sera mesuré au niveau de la jante à l'aide d'un comparateur.
Valeur admissible : 0,5 mm (la prise de mesure sera réalisée dans les mêmes conditions qu'en 2.4.5.2.).
Valeur de jeu dans l'axe de rotation de la fourche :
Le contrôle s'effectuera au niveau de l'axe des petites roues.
Valeur admissible : le jeu pris par l'axe de rotation ne devra pas augmenter la valeur de la "chasse" de plus de 0,5 mm.

4.1.1.3.2.6. Test de la toile de siège et de dossier

Les toiles seront soumises à une série de sollicitations en vue de tester :
1 Leur solidité;
2 Leur fixation;
3 Leur déformation.

On laisse tomber sur le siège, d'une hauteur de 50 mm, un mannequin dont la partie dorsale vient ensuite s'appuyer contre le dossier avec une force de :
Pour la taille 1 : 100 Newton;
Pour la taille 2 : 150 Newton;
Pour la taille 3 : 200 Newton;
Pour la taille 4 : 250 Newton.
La fréquence est de 6 chutes par minute.
Nombre de sollicitations : 10000.

4.1.1.3.2.7. Test des palettes repose-pieds

Le fauteuil lesté d'un mannequin, l'ensemble palette repose-pieds est soumis à une force de :
Pour la taille 1 : 150 Newton;
Pour la taille 2 : 250 Newton;
Pour la taille 3 : 350 Newton ;
Pour la taille 4 : 450 Newton.
Appliquée à une fréquence de 1 Hz perpendiculairement à sa face supérieure.

Nombre de sollicitations : 50000.

4.1.1.3.2.8. Test des systèmes d'immobilisation

Le réglage des systèmes d'immobilisation s'effectuera sur une pente de 7°, le fauteuil étant lesté d'un mannequin. Dans ces conditions, les systèmes d'immobilisation bloqués, les roues sur lesquelles ils agissent ne devront pas tourner.
Le fauteuil lesté d'un mannequin, le mécanisme d'immobilisation sera manoeuvré 60000 fois. Après ce test, les systèmes d'immobilisation doivent avoir gardé leur efficacité (essai ci- dessus).

4.1.1.3.2.9. Stabilité statique

Cet essai est effectué avant tous les tests de résistance.
Lesté d'un mannequin, et quelles que soient la configuration du fauteuil (assis ou debout) et la position du mannequin (charge en bout de bras), le fauteuil ne doit pas basculer sur une pente de 7°.

4.1.1.4. Adjonctions communes aux fauteuils roulants manuels

Dispositif de propulsion par moteur électrique :
Le dispositif de propulsion par moteur électrique, dit également "kit", est vendu séparément du fauteuil roulant manuel.
Il est adapté à un fauteuil roulant manuel déjà inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables.
II se monte ou se démonte instantanément par encliquetage sur un fauteuil roulant manuel sans utilisation d'outillage ; un seul connecteur électrique permet la liaison entre le boîtier de commande et l'ensemble de propulsion ; le boîtier de commande s'adapte sur le fauteuil roulant manuel sans l'aide d'outillage.
Le fauteuil roulant manuel est équipé de grandes roues à démontage rapide si le dispositif de propulsion nécessite de déposer celles-ci.
Le fauteuil roulant manuel et le dispositif de propulsion ainsi réunis satisfont à toutes les exigences du cahier des charges des fauteuils roulants à propulsion par moteur électrique.
Tout dispositif de propulsion par moteur électrique devra être compatible avec au moins deux fauteuils roulants manuels fabriqués par deux sociétés différentes.

4.1.2. Chapitre II. - Véhicules divers

4.1.2.1. Poussettes, fauteuils roulants à pousser et châssis roulants destinés au transport passif des personnes handicapées

4.1.2.1.1.1. Généralités

Le présent cahier des charges s'applique aux véhicules destinés, au transport passif des handicapés : poussettes, fauteuils roulants à pousser, châssis roulants porte-coquille.
Ces véhicules présentent un minimum d'encombrement et sont pliants ou aisément démontables par une personne de l'entourage.
Ils sont des dispositifs médicaux au sens de l'article LP 2 de la loi de pays 2003-1 sus-visée.
Ces véhicules sont constitués par :
- un châssis ;
- des roues d'un diamètre compris entre 100 et 500 mm.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Les poussettes peuvent recevoir les variantes optionnelles prévues à la nomenclature, compatibles au modèle et adaptées au handicap de l'utilisateur. Seuls les châssis roulants portecoquille sont livrés sans siège ni dossier.
Quels que soient le ou les matériaux utilisés, la stabilité et la résistance mécanique des véhicules sont testées conformément aux dispositions du point 3. Toutes les pièces constitutives de ces véhicules ainsi que les variantes optionnelles ne doivent ni blesser l'utilisateur, ni détériorer ses vêtements, ni endommager l'environnement.
Les modèles de fauteuils doivent être conformes aux caractéristiques définies par le présent cahier des charges mis au point par le CERAH, et avoir satisfait à l'évaluation technique réalisée par un organisme compétent et indépendant

4.1.2.1.1.2. Spécifications techniques

2.1 Généralités

2.1.1 Châssis

Le châssis, intégrant ou non un système de soutien du corps, comporte une ceinture abdominale et un système réfléchissant à l'avant et à l'arrière. Sa résistance est conforme aux tests définis au point 2.2.4.

2.1.2 Système de soutien du corps

À la place du système de soutien du corps standard (qui ne dispose pas de réglages particuliers), les différents systèmes suivants sont proposés :
- dossier inclinable, dossier et siège inclinables ;
- dossier réglable en hauteur et siège réglable en largeur et en profondeur.

2.1.3 Résistance au feu

Les composants des dossiers, sièges et accoudoirs éventuels, répondent aux dispositions de la réglementation en vigueur.

2.1.4 Dispositif d'immobilisation

Tous les modèles sont équipés d'un dispositif d'immobilisation agissant sur les roues d'un même essieu.

2.1.5 Variantes optionnelles

Les variantes optionnelles listées à la nomenclature sont susceptibles de compléter ou de remplacer une partie de l'équipement du véhicule de base.

2.1.6 Protection anticorrosion des surfaces

Le fabricant certifie le traitement anticorrosion de l'ensemble du véhicule en fournissant aux organismes de vérification la nomenclature des pièces du véhicule accompagnées des traitements apportés.

2.1.7 Plaque constructeur

Le fabricant indique sur un support inviolable fixé sur le châssis du véhicule sa raison sociale, le type du véhicule, le poids maximum de l'utilisateur, le numéro de série et le code de la nomenclature.

2.1.8 Garantie

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Le véhicule est garanti deux ans à compter du jour de la livraison à l'utilisateur contre tout vice de fabrication ou de matière première. La garantie est limitée à l'échange gratuit par le fournisseur des pièces ou sous-ensembles équivalents reconnus défectueux (pièces, main-d'oeuvre et transport)..

2.1.9 Interchangeabilité des pièces détachées

Le remplacement de toute pièce constituant le véhicule par une pièce équivalente est possible au minimum pendant une période de cinq ans à compter du jour de la livraison à l'utilisateur.

2.1.10 Notice d'utilisation et d'entretien

À la livraison, une notice d'utilisation illustrée et d'entretien rédigée en français ainsi qu'une fiche de garantie sont remises à l'utilisateur par le vendeur.

2.2 Essais de résistance

2.2.1 Objet

Les véhicules doivent satisfaire à un certain nombre de tests de résistance.
À chaque test, toute rupture ou variation de dimensions, de formes ou de fonctionnement de n'importe quel composant du véhicule est considérée comme une défaillance.

2.2.2 Principe

Les essais de fatigue permettent d'apprécier l'endurance et la résistance des véhicules soumis à de fortes contraintes dans un court laps de temps afin de simuler les efforts répétés subis par une poussette lors de son utilisation normale tels que le franchissement de trottoirs, le passage de pavés ou l'évolution des chaussées déformées. Les essais sont effectués pour chaque modèle de véhicule. Lorsqu'il existe pour un modèle plusieurs largeurs, il est choisi le véhicule de taille moyenne ou supérieure.

2.2.3 Conditions

Le procès-verbal permet d'identifier le véhicule et son fabricant et donne les résultats de tous les essais. Tous les points suivants sont vérifiés :
la pression de gonflage est celle recommandée par le fabricant du véhicule, ou à défaut celle indiquée sur le pneumatique;
- le véhicule est en parfait état de fonctionnement ;
- le véhicule est testé dans sa configuration normale d'utilisation ;
- si des réglages sont prévus, ils sont faits pour une utilisation courante ;
- les mannequins d'essais : est sélectionné un des mannequins spécifiés dans la norme ISO 717611 de masse égale ou immédiatement supérieure à la masse maximum de l'occupant recommandée par le fabricant (si cette dernière est supérieure à 100 kg, utiliser le mannequin de 100 kg).
Les masses des mannequins sont de 25, 50, 75 et 100 kg.
Le mannequin est bien installé, bien calé dans l'assise de la poussette dépourvue de coussin. Le mannequin est solidement fixé à la poussette afin de ne pas se déplacer lors des essais.

2.2.4 Tests du châssis et des roues arrière (ou considérées comme telles)

2.2.4.1 Appareillage d'essai

Celui-ci peut consister en une piste linéaire, un ou des tambours, une piste circulaire ou tout autre système permettant de simuler le roulement de la poussette chargée du mannequin sur une surface horizontale et sur des obstacles à une vitesse de 5 km/h (1,39 mis).

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

2.2.4.2 Entraînement du véhicule

Le véhicule est animé par une force s'exerçant de façon que la direction soit maintenue, sans empêcher un mouvement vertical ou de torsion.

2.2.4.3 Obstacles

Les obstacles simulent des sauts de trottoir ou des conditions d'utilisation intensives. Les roues se présentent perpendiculairement aux bords des obstacles.

2.2.4.4 Procédure

Sauts en phase : les deux roues arrière franchissent simultanément les deux obstacles. La hauteur des obstacles est de 120 mm, la rampe d'accès de pente inférieure à 7° est prolongée d'une partie horizontale de 100 mm minimum. Ceux-ci sont réglés de manière à ce que les roues reprennent contact avec la piste au même instant.
Nombre de franchissements : 2000.

2.2.5 Test des roues avant (ou considérées comme telles)

Pour cela, les roues directrices sont amenées sur deux rouleaux tournants, le véhicule étant maintenu sur une plate-forme et chargé par un mannequin. L'obstacle est constitué par une tôle ondulée (hauteur de l'ondulation : 30 mm) recouvrant entièrement les deux rouleaux.
Paramètres de l'essai : vitesse : 5 km/h ;
durée : cinq heures.

2.2.6 Résultats

Toute rupture ou variation de dimensions, de formes ou de fonctionnements des composants du véhicule est considérée comme une défaillance et entraîne un avis de non-conformité.

2.2.7 Essai de résistance dynamique

Test : une charge de 13 kg est placée sur le hamac ou sur le siège de la poussette ; lorsque le véhicule est muni d'un porte-paquet, une charge de 5 kg est ajoutée sur le fond de celui- ci.
Pour les véhicules transformables, l'essai est réalisé en position landau. Le véhicule vient buter (en le poussant ou en le tirant) dans le sens de la marche, à une vitesse de 2 m/s, contre une marche rigide de 200 mm de haut. La poussette est empêchée de basculer sous l'effet du choc.
Le test est répété trois fois.
Exigence : soumis à l'essai défini ci-dessus, le véhicule ne présente aucune rupture ou déformation des éléments mécaniques ou des coutures. En outre, on ne constate pas un glissement de la nacelle des poussettes sur le châssis de plus de 10 mm, à moins que celle-ci ne soit prise dans un encadrement de maintien.

2.2.8 Test des systèmes d'immobilisation

Le réglage des systèmes d'immobilisation s'effectue sur une pente de 7°, le véhicule étant lesté d'un mannequin. Dans ces conditions, les systèmes d'immobilisation bloqués, les roues sur lesquelles ils agissent ne doivent pas tourner. Le véhicule lesté d'un mannequin, le mécanisme d'immobilisation est manoeuvré 1000 fois.
Après ce test, les systèmes d'immobilisation doivent avoir gardé leur efcacité (essai ci-dessus).

2.2.9 Stabilité statique

La stabilité statique est contrôlée conformément à la norme EN NF 12183 (fauteuil avec ou sans système antibasculement).

4.1.2.2. Tricycle à propulsion manuelle ou podale

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

4.1.2.2.1. Généralités

Sont concernés les véhicules à trois roues avec propulsion manuelle ou podale. Ils sont destinés à la rééducation des enfants handicapés moteurs à autonomie de marché réduite ; ils ne sont pas prévus pour circuler sur la voie publique.
Ils sont des dispositifs médicaux au sens de l'article LP 2 de la loi de pays 2013-1 sus-visée.
Toutes les pièces constitutives dû véhicule ainsi que les variantes optionnelles ne doivent ni blesser l'utilisateur, ni détériorer ses vêtements, ni endommager l'environnement.
Le contrôle technique des tricycles est réalisé par un organisme compétent et indépendant. Les modèles de tricycles doivent être conformes aux caractéristiques définies par le présent cahier des charges mis au point par le CERAH, et avoir satisfait à l'évaluation technique réalisée par un organisme compétent et indépendant.
Leur conformité est reconnue pour une durée de deux ans, renouvelable à la demande du fabricant.

4.1.2.2.1.1. Garantie

Le véhicule est garanti deux ans à compter de la date de livraison à l'utilisateur contre tout vice de fabrication ou de matière première.
La garantie est limitée à l'échange gratuit par le fournisseur des pièces ou sous-ensembles équivalents reconnus défectueux (pièces, main-d'oeuvre et transport).

4.1.2.2.1.2. Interchangeabilité des pièces détachées

Le remplacement de toute pièce constituant le véhicule par une pièce équivalente est possible au minimum pendant une période de cinq ans à compter de la date de livraison à l'utilisateur.

4.1.2.2.1.3. Plaque constructeur

Le fabricant indique sur un support inviolable fixé sur le châssis du véhicule sa raison sociale, le type du véhicule, le poids maximum de l'utilisateur, le numéro de série et le code de la nomenclature.

4.1.2.2.1.4. Manuel d'utilisation

Le véhicule est accompagné d'un manuel d'utilisation rédigé en français. Il est illustré par des croquis ou des photographies référencés. Les clauses de garantie sont une partie intégrante du manuel d'utilisation.

1.4.1 Caractéristiques générales

Le manuel d'utilisation comporte :
- une description du type du véhicule accompagnée par des photos ou schémas du véhicule et une description non technique de la façon dont le véhicule doit être utilisé ;
- le poids maximum autorisé ;
- une description de l'environnement dans lequel le véhicule peut être utilisé et toutes les conditions particulières pouvant être nuisibles pour le véhicule, telles que température, humidité...;
- la pression du gonflage ou la plage de pression, si le véhicule est équipé de pneumatiques ainsi que la taille des pneumatiques.

1.4.2 Assemblage et installation

Si le véhicule est livré en kit (au revendeur), le manuel d'utilisation comporte :
- la liste des composants ;
- les informations concernant les outils et équipements nécessaires à l'assemblage du véhicule;
- les informations pour l'inspection des parties manquantes ou endommagées ;
- les instructions pour l'assemblage, l'installation et le démontage des parties fournies par le fabricant ;
- les instructions concernant le stockage et le transport du véhicule.

1.4.3 Utilisation du véhicule

Le manuel d'utilisation comporte :
- les instructions complètes d'utilisation du véhicule sur des surfaces qui pourraient être rencontrées par l'utilisateur et aussi pour les transferts du et dans le véhicule complétées par des illustrations appropriées (pente ascendante et descendante, trottoir, marche, transfert...) ;
- les utilisations connues par le fabricant qui peuvent entraîner des blessures chez l'utilisateur ou son accompagnateur et endommager le véhicule.

1.4.4 Maintenance

Le manuel d'utilisation indique les opérations de maintenance périodiques comprenant :
- la liste de toutes les opérations de maintenance et de contrôle à effectuer par l'utilisateur ;
- toutes les informations concernant les outils et les équipements nécessaires pour réparer et entretenir le véhicule et ses accessoires ;
- la fréquence de ces opérations ;
- les circonstances pour lesquelles le véhicule entier sera réexpédié au fabricant pour la maintenance ;
- les instructions de nettoyage ;
- les instructions pour la mise en place de toutes les parties conçues par le fabricant pour être facilement remplacées (pneu...) listées et accompagnées d'utilisation annotées ;
- toutes les informations concernant des opérations dangereuses de maintenance (pression de gonflage des pneumatiques...).

1.4.5 Réparations

Le manuel d'utilisation comporte les procédures suivantes concernant les réparations :
- identification des parties qui sont conçues pour être réparées par l'utilisateur ou par une tierce personne ;
- identification des parties qu'il faut faire réparer par le fabricant ou par le revendeur afin de maintenir les conditions de garantie et de bon fonctionnement.

4.1.2.2.1.5. Protection anticorrosion des surfaces

Le fabricant certifie le traitement anticorrosion de l'ensemble du véhicule en fournissant aux organismes de vérification la nomenclature des pièces du véhicule accompagnées des traitements apportés.

4.1.2.2.2. Exigences de conception

4.1.2.2.2.1. Tricycles à propulsion manuelle ou podale

Les tricycles sont constitués par l'ensemble des éléments suivants :

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

- un système de soutien du corps ;
- un système de direction ;
- un système de propulsion ;
- un dispositif d'immobilisation frein de parking et de freinage ;
- un châssis ;
- une ou plusieurs roues motrices ;
- une ou deux roues directrices ;

L'utilisation optimale du tricycle est obtenue par des possibilités de réglage du siège et/ou du système de propulsion et/ou du système de direction.

2.1.1 Châssis

Sa résistance est conforme aux tests définis au chapitre 4.

2.1.2 Roues

La ou les roues motrices et/ou directrices sont équipées de pneumatiques, gonflables ou non. Les roues motrices sont placées, selon les modèles, soit à l'avant, soit à l'arrière, pour répondre aux besoins de l'utilisateur.

2.1.3 Siège/selle

Siège avec dossier ou selle réglable en hauteur.
Pour assurer la stabilité du tronc il est prévu un maintien dorsal ou abdominal précisé par le prescripteur.

2.1.4 Dispositif de propulsion

Quel que soit le modèle adopté, il permet à l'utilisateur de propulser son tricycle avec le maximum d'efficacité. Un tricycle ayant une hauteur maximale de selle de 560 mm ou plus est équipé d'un disque ou d'un autre dispositif de protection qui masque pleinement la face externe de la partie supérieure de l'engrènement des maillons de la chaîne sur le plateau du pédalier. Un disque dépasse en diamètre la surface extérieure de la chaîne lorsque celle-ci est totalement engrénée dans le plateau du pédalier.
Un dispositif de protection autre qu'un disque masque la chaîne sur une distance d'au moins 25 mm, la mesure étant faite le long de la chaîne en avant du point où les dents du plateau de pédalier passent entre les plaques latérales de la chaîne.
Un tricycle ayant une hauteur maximale de selle inférieure à 560 mm est équipé d'un garde -chaîne qui masque pleinement la face extérieure et le côté de la chaîne, le plateau du pédalier et l'engrènement des maillons de la chaîne sur le plateau du pédalier.

2.1.5 Système de direction

La potence de guidon comporte un repère permanent indiquant nettement la profondeur minimale d'enfoncement de sa tige dans le tube pivot de direction ou, en variante, un moyen fixe et permanent garantissant que la profondeur minimale d'enfoncement soit toujours assurée.
Le repère d'enfoncement ou la profondeur d'enfoncement est fixé à au moins 65 mm de l'extrémité inférieure de la potence, et il a au moins un diamètre de tige circonférentielle continue au-dessous du repère.
Le repère d'enfoncement n'amoindrit pas la résistance de la potence de guidon.

2.1.6 Dispositif de freinage et d'immobilisation

Un double système de freinage est nécessaire avec deux commandes individualisées, sauf dans le cas de propulsion où le freinage est obtenu par rotation inverse du système d'entraînement ou dans le cas d'entraînement par pignon fixe.
Dans tous les cas, un système d'immobilisation sur une roue ou sur une commande est obligatoire.

2.1.7 Repose pieds

Des repose-pieds réglables sont obligatoires dans le cas d'une propulsion manuelle pour assurer le soutien et le positionnement correct de l'utilisateur.
Dans le cas de la propulsion podale, un système de fixation du pied existe.

4.1.2.2.3. Exigences de performance

Les véhicules doivent satisfaire à un certain nombre de tests de résistance.
À chaque test, toute rupture ou variation de dimensions, de formes ou de fonctionnement de n'importe quel composant est considérée comme défaillance. Est considérée comme défaillant toute pièce du véhicule ayant nécessité plus de deux resserrages ou reréglages au cours des essais ci-dessous décrits.

4.1.2.2.3.1. Tricycle à propulsion manuelle ou pédale

3.1.1 Contrôle

Dans les paragraphes 3.1.3, 3.1.4, 3.1.5 et 3.1.6, la valeur la plus faible sera retenue pour les tricycles correspondant à une hauteur d'entrejambe inférieure à 38 cm, l'autre valeur pour les tricycles correspondant à une hauteur d'entrejambe supérieure à 38 cm.

3.1.1.1 Roues

3.1.1.1.1 Tolérance de faux-rond

Pour une roue utilisée avec un frein, sur jante, le faux-rond ne dépasse pas 2 mm lorsqu'il est mesuré perpendiculairement à l'axe en un point convenable le long de la jante.
Pour une roue non utilisée avec un frein sur jante, le faux-rond ne dépasse pas 4 mm.

3.1.1.1.2 Tolérance de voile

Pour une roue utilisée avec un frein sur jante, le voile ne dépasse pas 2 mm lorsqu'il est mesuré parallèlement à l'axe en un point convenable le long de la jante. Pour une roue non utilisée avec un frein sur jante, le voile ne dépasse pas 4 mm.

3.1.1.1.3 Liberté de rotation

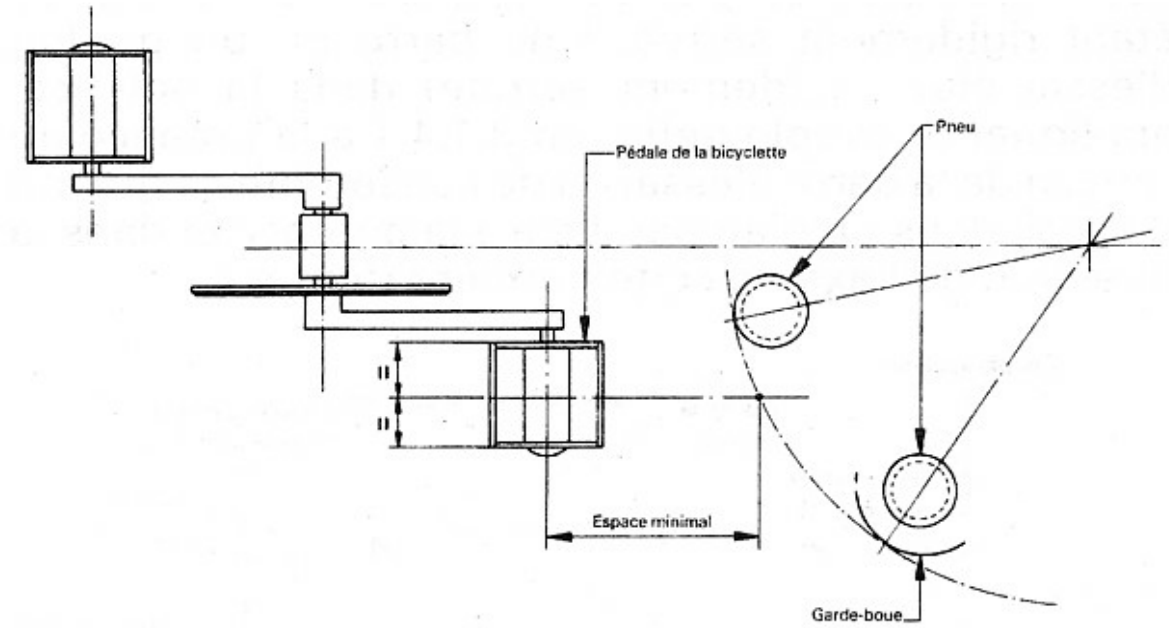
L'alignement de l'ensemble de roue, dans un tricycle, préserve une liberté de rotation supérieure à 2 mm entre le pneu et tout élément du cadre ou de la fourche.

3.1.1.2 Pédale. - Liberté du bout de pied

Un tricycle a une liberté d'au moins 89 mm entre la pédale et le pneu ou le garde-boue avant (quand on tourne le bout de pied dans n'importe quelle position). Cette liberté se mesure en avant et parallèlement à l'axe longitudinal du tricycle, à partir du centre de chaque pédale jusqu'à l'arc balayé par le pneu ou le garde-boue, en choisissant celui qui donne le moins de liberté (figure 1).

Figure 1 : Liberté du bout de pied

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.



3.1.1.3 Selle - Tige de selle

La tige de selle comporte un repère permanent indiquant nettement la profondeur minimale d'enfoncement de la tige dans le cadre. Le repère est placé à une distance représentant au moins deux fois le diamètre de la tige, à partir de la base du cylindre constitué par la tige, et n'amoindrit pas la résistance de cette tige.

3.1.1.4 Dispositif avertisseur

Le tricycle muni d'un timbre ou tout autre dispositif audible.

3.1.2 Test suivant la méthode d'essai "détermination de stabilité statique" (paragraphe 4)

Latéralement, le tricycle est stable sur une pente de 7°.

3.1.3 Test suivant la méthode d'essai "essai de charge de l'ensemble de frein"

3.1.3.1 Freinage manuel

Une force de 300 newtons (N) ou de 400 N est appliquée sur le levier de frein.

3.1.3.2 Freinage par rétropédalage

Une force de 600 N ou de 1000 N est appliquée pendant 15 secondes sur la pédale droite.

3.1.4 Test suivant la méthode d'essai "essai de potence de guidon"

3.1.4.1 Essai de couple

A l'aide d'une barre d'essai, un couple de 30 newtons-mètres (Nm) ou 80 Nm est appliqué à la potence.

3.1.4.2 Essai de charge statique

Paramètre de l'essai : une force de 500 N ou de 1500 N à 45°.

3.1.4.3 Essai de serrage entre le cintre et la potence

Paramètre de l'essai : force de 130 N ou de 180 N appliquée sur le cintre.

3.1.4.4 Essai de serrage ente la potence de guidon et le tube pivot de direction

Paramètre de l'essai : couple de 15 Nm ou de 20 Nm.

3.1.5 Test suivant la méthode de l'essai "essai de choc sur l'ensemble cadre-fourche"

Paramètre de l'essai : d'une hauteur de 50 ou 120 mm, laisser tomber une masse de 22,5 kg dans l'axe des roues avant.
Résultat de l'essai : il n'y a pas de trace visible de cassure et la déformation permanente de l'ensemble, mesurée entre les axes des moyeux, ne dépasse pas 20 mm.

3.1.6 Test suivant la méthode d'essai "essai de chute de l'ensemble cadre-fourche"

Paramètre de l'essai : chute à deux reprises de l'ensemble cadre-fourche avec une masse de 30 ou 50 kg fixée à la tige de la selle, son centre de gravité se trouvant dans l'axe et à 75 mm de haut du tube de selle, mesuré suivant son axe.
Résultat de l'essai : il n'y a pas de trace visible de cassure.

3.1.7 Test suivant la méthode d'essai "essai de performance du frein à commande manuelle"

Paramètre de l'essai : une force comprise entre 45 et 90 N est appliquée à 25 mm de l'extrémité du levier de frein.
Résultat de l'essai : mesurer la force de freinage en tirant tangentiellement sur la roue.

3.1.8 Test suivant la méthode d'essai "essai de performance du frein par rétropédalage"

Paramètre de l'essai : une force comprise entre 20 et 100 N est appliquée perpendiculairement à la manivelle et dans le sens du freinage.
Résultat de l'essai : mesurer la force de freinage en tirant tangentiellement sur la roue.

4.1.2.2.4. Méthodes d'essai

Les essais de fatigue permettent d'apprécier l'endurance et la résistance des véhicules soumis à de fortes contraintes dans un court laps de temps afin de simuler les efforts répétés et subis par le véhicule lors de son utilisation normale tels que le franchissement de trottoirs, le passage de pavés ou l'évolution sur des chaussées déformées.

Les essais sont effectués pour chaque modèle de véhicule. Lorsqu'il existe, pour un modèle de véhicule, plusieurs configurations possibles (telle que hauteur d'entrejambe), le véhicule est testé dans sa configuration maximale.
Le véhicule est en parfait état de fonctionnement. Si des réglages sont prévus, ils sont faits pour une utilisation courante.
La pression de gonflage des pneumatiques est celle recommandée par le fabricant du véhicule ou, à défaut, celle indiquée sur le pneumatique. Si une plage de pression est spécifiée, la pression maximale est utilisée.

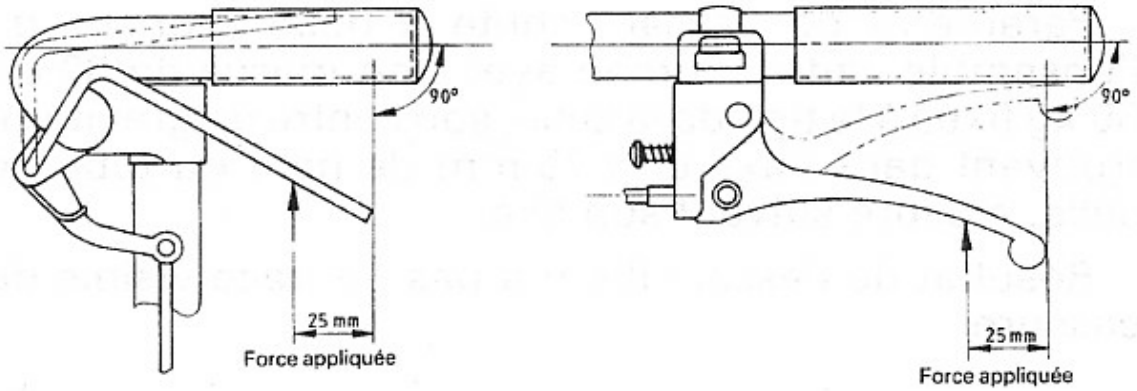
4.1.2.2.4.1. Essai de charge de l'ensemble de frein

4.1.1 Frein à commande manuelle

Effectuer cet essai sur un tricycle entièrement monté. Après s'être assuré que les deux freins sont convenablement réglés, appliquer une force sur le levier de frein en un point situé à 25 mm de l'extrémité du levier, dans le sens perpendiculairement à la surface de la poignée du guidon et dans le plan de la course du levier, comme indiqué à la figure 2.
La force est celle indiquée en 3.1.3.1. ou inférieure et telle que requise pour amener :
- un levier de frein actionné par câble en contact avec la surface de la poignée du guidon ;
- un levier de frein actionné par tige au niveau de la surface supérieure de la poignée du guidon.

Répéter cet essai dix fois au total pour chaque levier de frein à main.

Figure 2 : Force appliquée sur les leviers de freins à commande manuelle

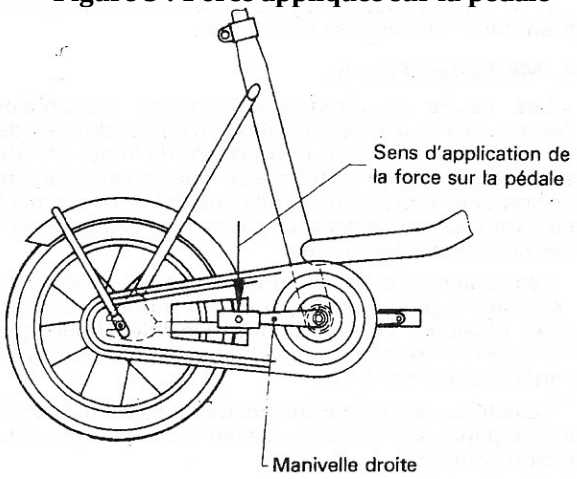


4.1.2 Freinage par rétropédalage

Effectuer cet essai sur un tricycle entièrement monté. S'assurer que le système de freinage a été convenablement réglé et que la manivelle droite est en position horizontale, comme indiqué à la figure 3. Appliquer la force définie en 3.1.3.2. sur le centre de l'axe de la pédale droite, graduellement et dans le sens vertical, et maintenir cette force au maximum pendant 15 secondes. Répéter cet essai dix fois au total.

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

Figure 3 : Force appliquée sur la pédale

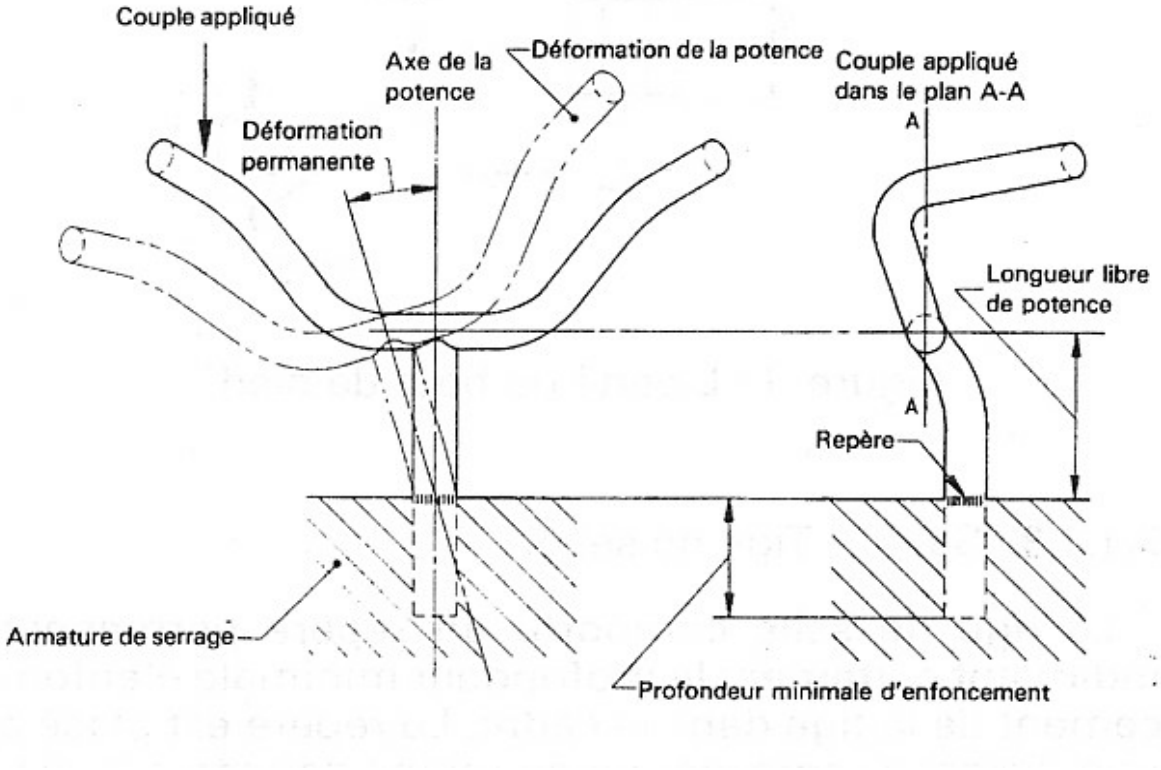


4.1.2.2.4.2. Essai de l'ensemble de direction

4.2.1 Essai de couple sur la potence du guidon

La potence de guidon étant introduite à la profondeur minimale d'enfoncement dans une armature et y étant rigidement serrée. Une barre ou un guidon d'essai étant rigidement serré(e) dans la potence, appliquer le couple défini en 3.1.4.1. à la potence au moyen de la barre d'essai ou de l'ensemble de guidon d'essai, dans un plan parallèle à la potence et dans la direction de l'axe de cette dernière (figure 4).

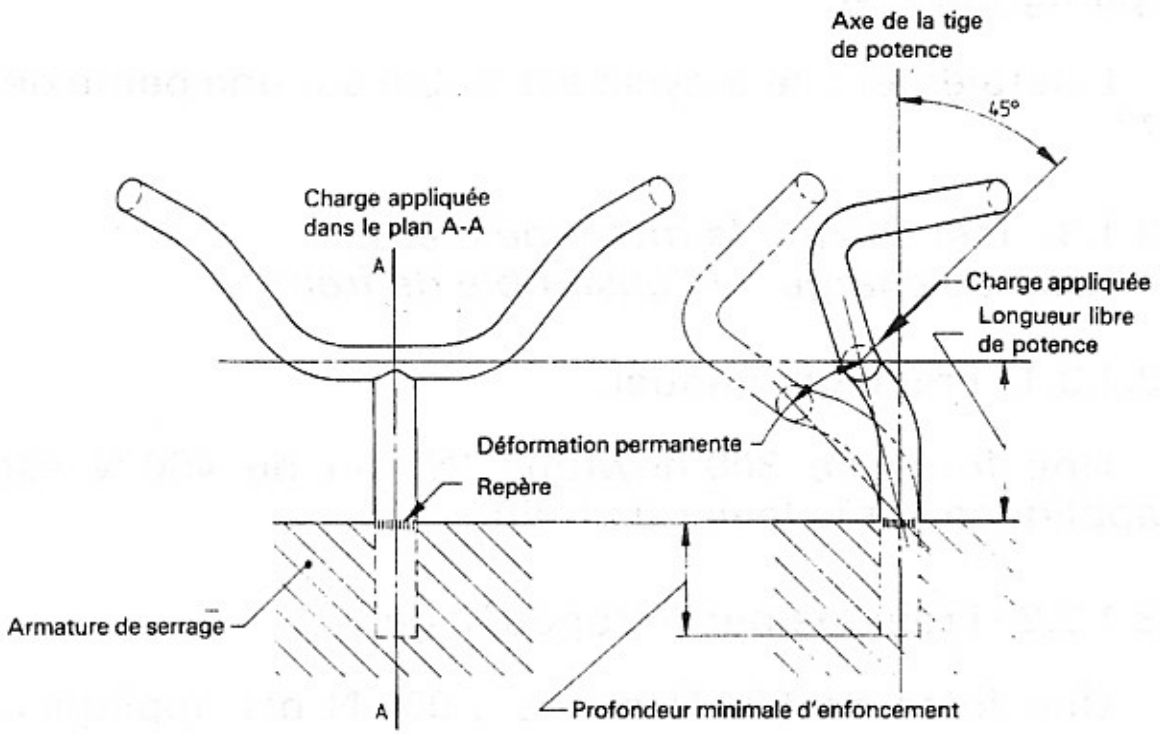
Figure 4 : Essai de couple à la potence de guidon



4.2.2 Essai de charge statique

La potence de guidon étant introduite à la profondeur minimale d'enfoncement dans une armature et y étant rigidement serrée, appliquer au point d'articulation du guidon la force définie en 3.1.4.2., vers l'avant, à 45° par rapport à l'axe de la tige de la potence (figure 5).

Figure 5 : Essai de charge statique sur la potence de guidon

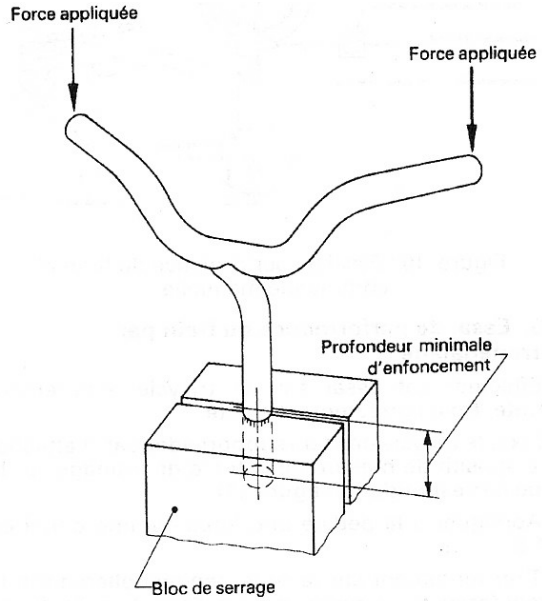


4.2.3 Essai de serrage entre le cintre et la potence

La potence de guidon étant solidement fixée à la profondeur minimale d'enfoncement dans un bloc de serrage, appliquer la force définie en 3.1.4.3. simultanément de chaque côté du cintre, dans une direction et dans un endroit tels qu'elle assure un couple de torsion maximale à l'endroit de la jonction entre le cintre et la potence. Quand la zone d'application se trouve à l'extrémité du cintre, appliquer la force aussi près que possible de l'extrémité et en aucun cas à une distance supérieure à 15 mm de l'extrémité (figure 6).

Figure 6 : Essai de serrage entre le cintre et la potence

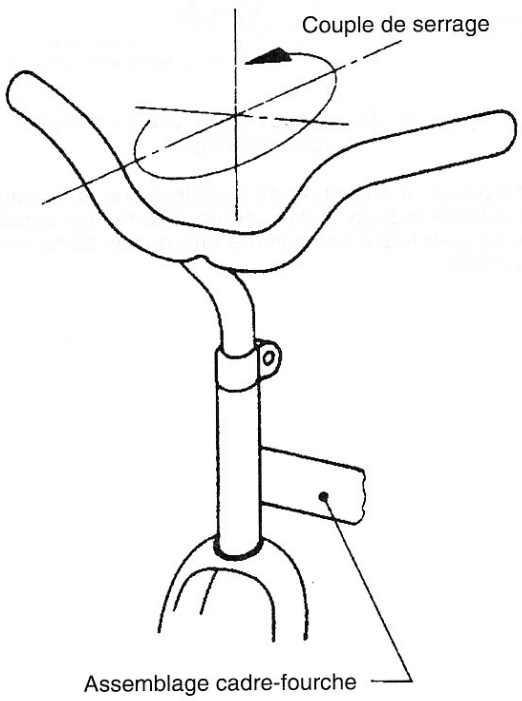
Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.



4.2.4 Essai de serrage entre la potence de guidon et le tube de pivot de direction

La potence de guidon étant correctement montée dans le tube pivot de direction et le dispositif de fixation serré selon le couple minimal recommandé par le fabricant, appliquer le couple défini en 3.1.4.4. au dispositif de fixation entre le guidon et la fourche (figure 7).

Figure 7 : Essai de serrage entre la potence de guidon et le tube pivot de direction



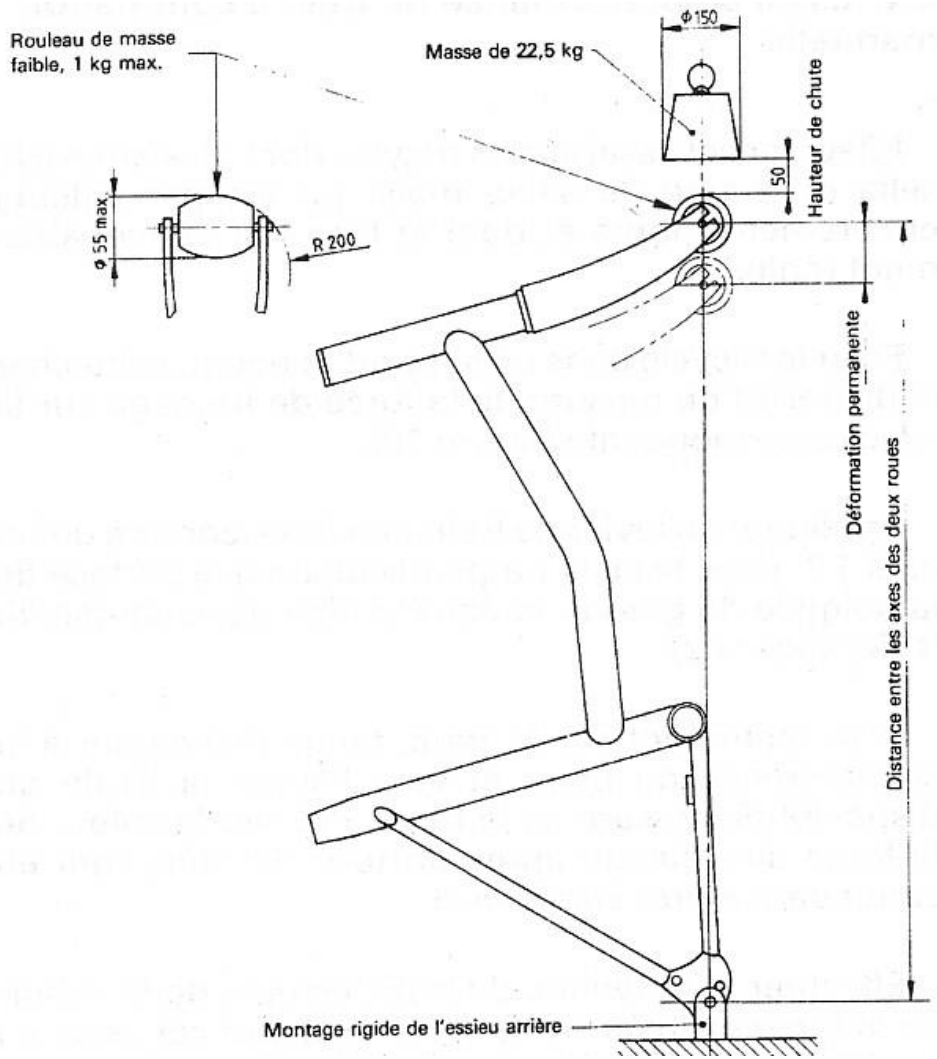
4.1.2.2.4.3. Essai de choc sur l'ensemble cadre-fourche

4.3.1 Essai de chute d'une masse

Effectuer cet essai sur un ensemble cadre-fourche.
Lorsqu'un cadre est adaptable à des tricycles garçons et filles par l'enlèvement d'un tube, l'essayer le tube étant enlevé.
Mesurer la distance entre les axes des moyeux. Fixer un rouleau de masse faible à la fourche avant et, l'ensemble cadre-fourche étant maintenu verticalement, le serrer dans un montage rigide au point d'attache de l'essieu arrière (figure 8).
Laisser tomber une masse comme défini en 3.1.5., de façon à venir frapper le rouleau en un point situé dans l'axe des roues, à contresens du déport de la fourche.

Figure 8 : Essai de choc sur l'ensemble cadre-fourche

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

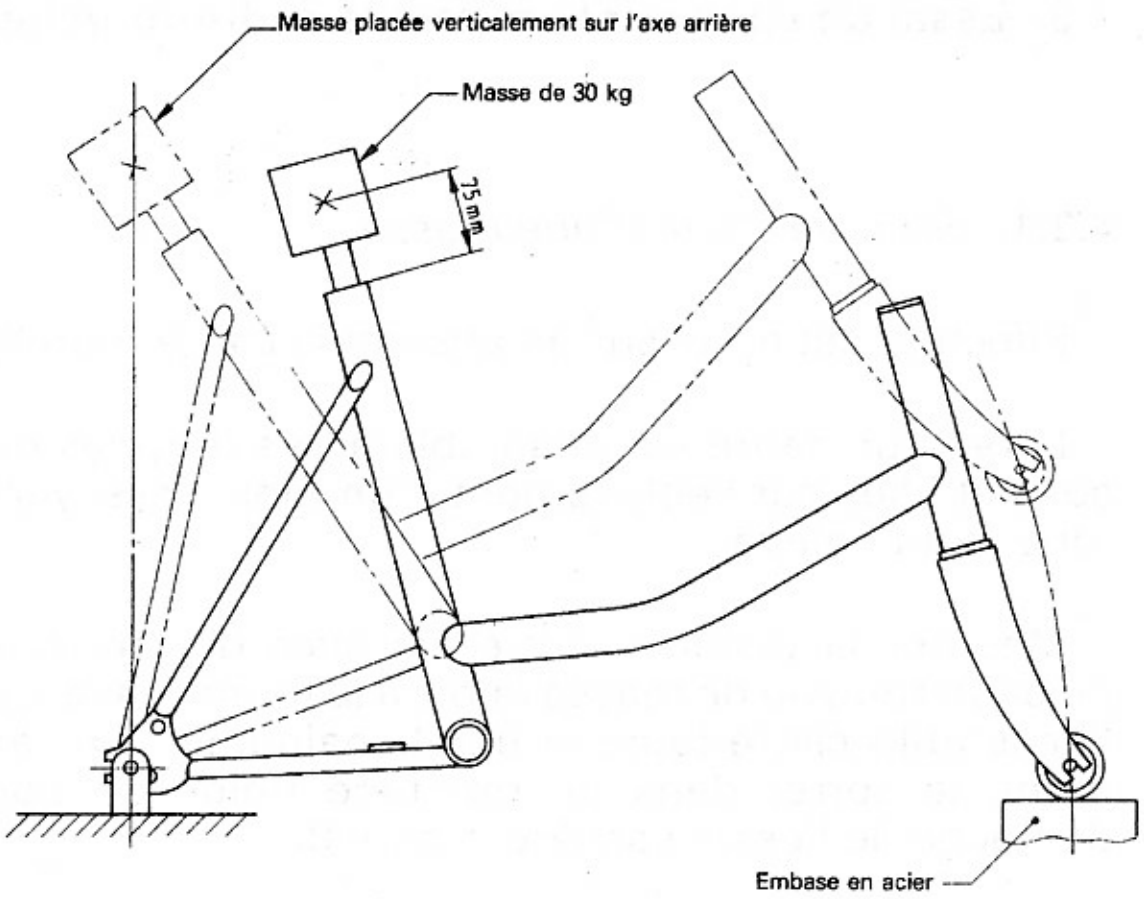


4.3.2 Essai de chute de l'ensemble cadre fourche

Effectuer cet essai sur l'ensemble cadre-fourche-rouleau utilisé lors de l'essai 4.3.1.
Fixer l'ensemble par les points d'attache de l'essieu arrière de façon à avoir une liberté de rotation autour de celui-ci dans un plan vertical. Supporter la fourche avant par une embase plate en acier de façon que le cadre soit dans sa position normale d'utilisation. Fixer une masse comme défini en 3.1.6. Soumettre l'ensemble à un

mouvement de rotation autour de l'essieu arrière de façon que le centre de gravité de la masse de 30 kg se trouve à la verticale de l'axe de l'essieu arrière. Le laisser alors tomber en chute libre sur l'embase (figure 9). Répéter l'essai de manière à reproduire un total de deux chocs.

Figure 9 : Essai de choc par chute de l'ensemble cadre-fourche

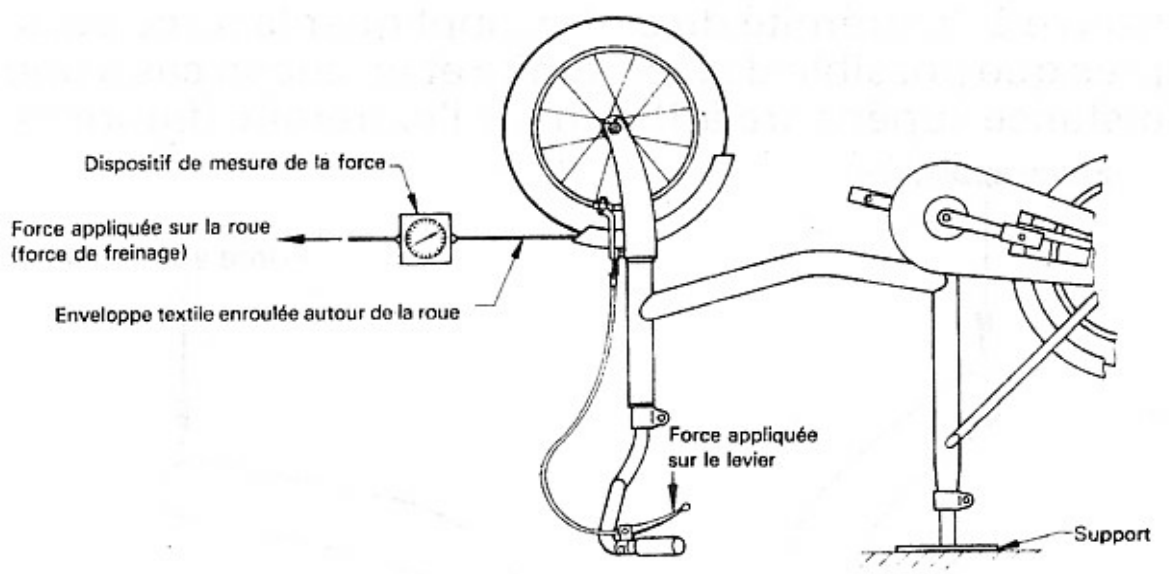


4.1.2.2.4.4. Essai de performance du frein à commande manuelle

Effectuer cet essai sur un tricycle dont on a enlevé la selle et la tige de selle, mais qui est par ailleurs entièrement monté et dont le frein est convenablement réglé. Fixer le tricycle dans un support adéquat et attacher le dispositif de mesure de la force de freinage sur la roue correspondante (figure 10).

Appliquer au levier de frein une force comme défini en 3.1.7., dans le sens perpendiculaire à la surface de la poignée du guidon et dans le plan de la course du levier (figure 2). Tirer lentement sur la roue, tangentiellement à la circonférence du pneu et vers l'avant, à l'aide du dispositif de mesure de la force. Relever la valeur de la force de freinage après un tour de roue, tout en continuant à tirer sur celle-ci.
Effectuer la moyenne de trois lectures de la valeur de la force exercée sur le levier. Répéter cet essai au moins cinq fois à des valeurs différentes de force sur le levier.

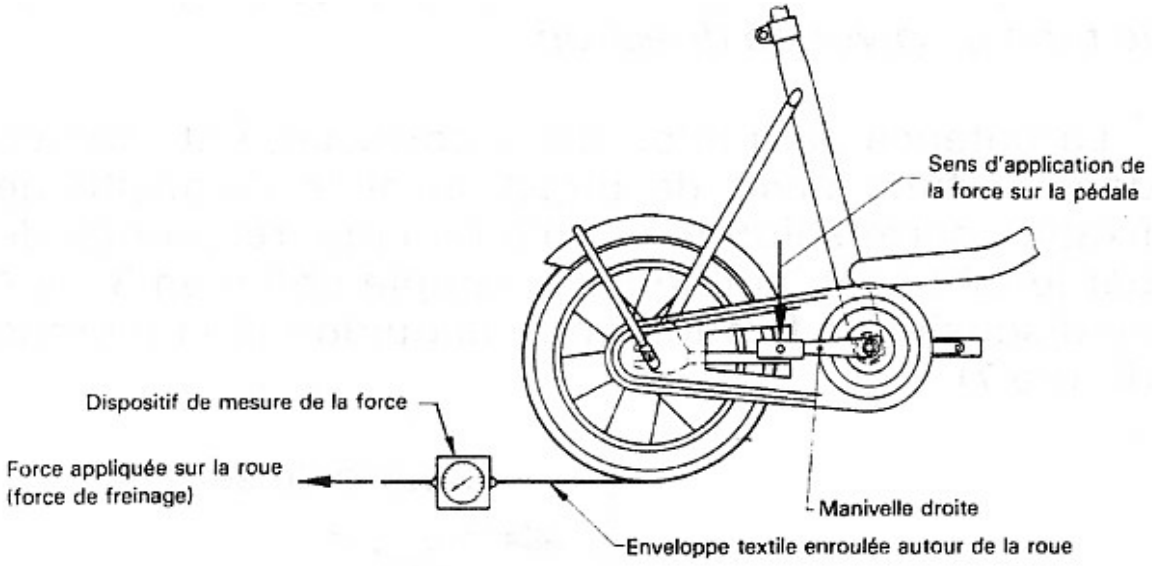
Figure 10 : Essai de performance du frein à commande manuelle



4.1.2.2.4.5. Essai de performance du frein par rétropédalage

Effectuer cet essai sur un tricycle entièrement monté, frein correctement ajusté.
Fixer le tricycle dans un support adéquat et attacher le dispositif de mesure de la force de freinage sur la roue correspondante (figure 11). Appliquer à la pédale une force comme défini en 3.1.8.
Tirer lentement sur la roue, tangentiellement à la circonférence du pneu et vers l'avant, à l'aide du dispositif de mesure de la force. Relever la valeur de la force de freinage après un tour de roue, tout en continuant à tirer sur la roue.

Figure 11 : Essai de performance du frein par rétropédalage



Effectuer la moyenne de trois lectures de la valeur de la force exercée sur la pédale. Répéter cet essai au moins cinq fois à des valeurs différentes de force sur la pédale.

4.2. Nomenclature et tarifs

4.2.1. Conditions générales de prise en charge des véhicules pour handicapés physiques

La prise en charge des véhicules pour handicapés physiques est subordonnée :

- à une prescription médicale détaillant éventuellement le modèle du véhicule ainsi que les adjonctions et les options. La prise en charge des réparations d'un véhicule pour handicapé physique qui a obtenu sa prise en charge selon les modalités suscitées est assurée sur présentation de la facture détaillée sans nécessité d'une prescription médicale préalable;
- à un contrôle de leur conformité aux spécifications techniques par un laboratoire compétent et indépendant;
- d'un distributeur capable d'assurer un service après-vente.

La prise en charge des véhicules pour handicapés physiques est assurée pour les personnes handicapées ayant une incapacité de marche partielle ou totale, provisoire ou définitive, cette incapacité étant la conséquence d'une déficience motrice des membres inférieurs en raison d'une maladie, d'un traumatisme, d'une malformation congénitale ou du vieillissement.

La prise en charge des véhicules pour handicapés physiques à dossier inclinable est assurée chez les personnes qui présentent une instabilité du tronc en position assise, un déficit de la flexion d'une ou deux hanches.

Lorsque la prise en charge est soumise à une demande d'entente préalable, elle répond aux dispositions de l'article LP 33 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

4.2.2. Chapitre 1 - Fauteuils roulants

4.2.2.1. Section 1. - Fauteuils roulants à propulsion manuelle

La prise en charge des fauteuils roulants à propulsion manuelle est assurée pour les patients pour lesquels la propulsion manuelle (par un ou les deux membres supérieurs) ou podale est possible de manière active.
La prise en charge d'un fauteuil à propulsion manuelle, réversible, est assurée dans le cas où le patient est dans la capacité de propulser un fauteuil roulant à roues motrices arrière.

4.2.2.1.1. Sous-section 1: Fauteuils roulants à propulsion manuelle non pliants

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP
4101353	**VHP, propulsion manuelle, non pliant, non réversible, à dossier non inclinable.**	44 984
4164566	**VHP, propulsion manuelle, non pliant, réversible, à dossier non inclinable.**	48 643
4184899	**VHP, propulsion manuelle, non pliant, non réversible, à dossier inclinable.**	50 101
4169670	**VHP, propulsion manuelle, non pliant, réversible, à dossier inclinable.**	53 447
PF00001	**VHP, propulsion manuelle, non pliant, pour patient de plus de 170kg.** La prise en charge est soumise à une demande d'entente préalable. Elle répond aux dispositions de l'article LP 33 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée	237 500

4.2.2.1.2. Sous-section 2: Fauteuils roulants à propulsion manuelle pliants

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP
4107723	**VHP, propulsion manuelle, pliant, à dossier non inclinable**	63 725
4118193	**VHP, propulsion manuelle, pliant, à dossier inclinable**	68 816
4122473	**VHP, propulsion manuelle, pliant, à dossier non inclinable à articulation médiane**	68 816
PF00002	**VHP, propulsion manuelle, pliant, pour patient de plus de 170kg.** La prise en charge est soumise à une demande d'entente préalable. Elle répond aux dispositions de l'article LP 33 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée.	237 500
	La prise en charge est assurée pour les personnes se déplaçant régulièrement en voiture, en tant que passager ou non, ou recherchant une mobilité ponctuelle supérieure, au niveau des épaules.	

4.2.2.1.3. Sous-section 3: Fauteuils roulants à propulsion manuelle évolutifs pour jeunes enfants à partir de 18 mois

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP
	La prise en charge est assurée pour les enfants atteints d'un handicap locomoteur neurologique ou non, congénital ou acquis, ralentissant ou interdisant l'apprentissage de la marche de façon temporaire ou définitive. La prise en charge est soumise à une demande d'entente préalable	
4134364	**VHP, propulsion manuelle, évolutif, pour jeunes enfants à partir de 18 mois.**	172 763

4.2.2.1.4. Sous-section 4: Fauteuils roulants à propulsion manuelle pour activités physiques et sportives

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP
4179540	**VHP, propulsion manuelle, pour activités physiques et sportives** La prise en charge est assurée pour les personnes pratiquant une activité physique et/ou sportive occasionnelle ou régulière (y compris à titre de loisir) La prise en charge est soumise à une demande d'entente préalable. Elle répond aux dispositions de l'article LP 33 de la Loi du Pays 2013-1 susvisée	332 500
PF00003	**VHP propulsion manuelle pour activité physiques et maintien d'activité professionnelle, pliant.** La prise en charge est soumise à une demande d'entente préalable. Elle répond aux dispositions de l'article LP 33 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée.	332 500

4.2.2.2. Section 2. - Fauteuils roulants à propulsion par moteur électrique

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP
	La prise en charge des fauteuils roulants à propulsion par moteur électrique est assurée pour les personnes qui sont dans l'impossibilité de propulser elles-mêmes un fauteuil roulant à propulsion manuelle soit en raison de leur déficience soit en raison de leur situation environnementale et qui ont des capacités cognitives leur permettant d'assurer la maîtrise du fauteuil roulant à propulsion par moteur électrique. La prise en charge est soumise à une demande d'entente préalable. Elle est assurée après réalisation d'un essai préalable effectué par une équipe pluridisciplinaire constituée au minimum d'un médecin de médecine physique et de réadaptation aidé d'un kinésithérapeute ou d'un ergothérapeute et après fourniture d'un certificat de ce médecin attestant l'adéquation du fauteuil au handicap du patient, précisant que les capacités cognitives du patient lui permettent d'en assurer la maîtrise et mentionnant les caractéristiques que doit avoir le fauteuil, et tout particulièrement le type d'assise ainsi que le type de commande. Cet essai préalable est réalisé pour toute première mise à disposition du fauteuil et, en cas de renouvellement, seulement lorsqu'il y a changement de type de fauteuil.	

4111854	**VHP, propulsion électrique, à dossier non inclinable.**	400 557
4147668	**VHP, propulsion électrique, à dossier inclinable.**	412 257
4130136	**VHP, propulsion électrique, assise adaptée, dossier réglable, platines crantées.** Fauteuils roulants à propulsion par moteur électrique à assise adaptée à la personne, avec repose-pieds, accoudoirs, dossier réglables avec platines crantées. La prise en charge est assurée pour les personnes nécessitant une stabilisation de la partie supérieure du corps.	516 914
4122757	**VHP, propulsion électrique, assise adaptée, dossier réglable, vérin pneumatique.** Fauteuils roulants à propulsion par moteur électrique à assise adaptée à la personne, avec repose-jambes, dossier et inclinaison du siège réglables par vérin pneumatique et appui-tête. La prise en charge est assurée pour les personnes nécessitant une stabilisation de tout le corps.	583 613

4.2.2.3. Section 3. - Fauteuils roulants verticalisateurs

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP
	La prise en charge est assurée pour les personnes handicapées dont l'état de santé nécessite une verticalisation régulière et qui sont dans l'impossibilité de se verticaliser sans aide. La prise en charge est soumise à une demande d'entente préalable. Elle est assurée après réalisation d'un essai préalable effectué par une équipe pluridisciplinaire constituée au minimum d'un médecin de médecine physique et de réadaptation aidé d'un kinésithérapeute ou d'un ergothérapeute et après fourniture d'un certificat de ce médecin attestant l'adéquation du fauteuil au handicap du patient. Cet essai préalable est réalisé pour toute première mise à disposition du fauteuil et, en cas de renouvellement, seulement lorsqu'il y a changement de type de fauteuil. Elle n'exclut pas celle d'un autre type de fauteuil autre que verticalisateur, inscrit sur la liste des produits et prestations remboursables.	
4195615	**VHP, propulsion manuelle, verticalisation manuelle assistée, usage des deux mains.** Fauteuil roulant à propulsion manuelle et verticalisation manuelle assistée nécessitant l'usage des deux mains.	280 070
4142530	**VHP, propulsion manuelle, verticalisation manuelle assistée, usage d'une main.** Fauteuil roulant à propulsion manuelle et verticalisation manuelle assistée nécessitant l'usage d'une seule main. La prise en charge est assurée pour les personnes ne disposant pas de la maîtrise des deux membres supérieurs simultanément.	420 899
4183434	**VHP, propulsion manuelle, verticalisateur électrique.** Fauteuil roulant à propulsion manuelle et verticalisation électrique. La prise en charge est assurée pour les personnes n'ayant pas la possibilité ou la force de se verticaliser à l'aide d'un système manuel.	435 417

4168966	**VHP, propulsion électrique, verticalisateur électrique.** Fauteuil roulant à propulsion par moteur électrique et verticalisation électrique. La prise en charge est assurée pour les personnes : - qui sont dans l'impossibilité de propulser elles-mëmes un fauteuil roulant à propulsion manuelle soit en raison de leur déficience, soit en raison de leur situation environnementale et qui ont des capacités cognitives leur permettant d'assurer la maîtrise du fauteuil roulant à propulsion par moteur électrique, - et n'ayant pas la possibilité ou la force de se verticaliser à l'aide d'un système manuel.	931 412

4.2.2.4. Section 4. - Fauteuil roulant électrique monte-marches

4.2.2.4.1. Société Topchair SAS

La prise en charge du fauteuil roulant électrique monte-marche TOPCHAIR-S est assurée pour les personnes dans l'impossibilité de propulser elles-mêmes un fauteuil roulant à propulsion manuelle soit en raison de leur déficience, soit en raison de leur situation environnementale imposant le franchissement d'obstacles et qui ont des capacités cognitives leur permettant d'assurer la maîtrise du fauteuil roulant à propulsion par moteur électrique.
TOPCHAIR-S est indiqué pour les personnes dont le projet de vie à l'extérieur (vie scolaire, professionnelle et/ou sociale) nécessite une autonomie de déplacement incluant le franchissement d'obstacles.
La prise en charge est soumise à une demande d'entente préalable.
Elle est assurée après réalisation d'un essai préalable effectué par une équipe pluridisciplinaire constituée au minimum d'un médecin de médecine physique et de réadaptation aidé d'un kinésithérapeute ou d'un ergothérapeute et après fourniture d'un certificat de ce médecin.
Ce certificat :
- atteste l'adéquation du fauteuil au handicap de la personne ;
- atteste le besoin d'un fauteuil monte-marches pour réaliser le projet de vie personnalisé à l'extérieur, et que l'environnement de vie sociale de la personne lui impose le franchissement d'obstacles ;
- précise que les capacités cognitives de la personne lui permettent d'en assurer la maîtrise.

Cet essai préalable est réalisé pour toute première mise à disposition de fauteuil, et, en cas de renouvellement, seulement lorsque le fauteuil roulant précédent est un fauteuil roulant électrique sans fonction monte-marches. L'essai préalable réalisé dans le cadre d'une première mise à disposition de fauteuil devra aussi prévoir l'essai d'un fauteuil roulant électrique sans fonction monte-marches.
Le distributeur devra fournir gratuitement un fauteuil TOPCHAIR-S pendant la durée de l'essai. L'essai doit inclure une période d'utilisation dans l'environnement (logement, lieu de vie et accessibilité) de la personne utilisatrice pendant une durée suffisante (48 heures au minimum) pour évaluer l'apport de l'utilisation de TOPCHAIR-S pour répondre au projet de vie du patient.
Le renouvellement de la prise en charge ne peut être assuré pendant une période de cinq ans à compter de la date de l'achat du matériel. TOPCHAIR-S est contre-indiqué pour les personnes pesant plus de 110 kg.
TOPCHAIR-S devra être équipé d'un dispositif d'alarme sonore mettant instantanément et automatiquement le fauteuil en position d'arrêt, si nécessaire, et de rétroviseurs permettant notamment de pallier l'absence de visibilité de l'utilisateur lors de ses déplacements en marche arrière (montée des marches, notamment).

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP

4113920	**Fauteuil roulant électrique monte-marches, TOPCHAIR SAS, TOPCHAIR-S.** Le fauteuil TOPCHAIR-S est garanti pendant une durée de deux ans à partir de la date de livraison, à l'exception des batteries et des roues qui sont garanties pour une durée de un an. La garantie couvre tout vice de construction ou de qualité de la matière première et des composants, dans des conditions normales d'utilisation.	931 405

4.2.3. Chapitre 2 - Véhicules divers

4.2.3.1. Section 1. - Poussette et fauteuil roulant à pousser

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP
	La prise en charge des poussettes et fauteuils roulants à pousser est assurée pour les personnes qui présentent une incapacité totale ou partielle de marcher et qui sont dans l'impossibilité, temporaire ou définitive, de propulser elles-mêmes un fauteuil roulant à propulsion manuelle ou électrique.	
4252810	**VHP, poussette ou fauteuil non réglable, dossier ou siège rigides ou non.** Poussette standard ou fauteuil roulant à pousser non réglable avec dossier ou siège rigides ou non.	64 089
4255116	**VHP, poussette ou fauteuil , inférieur à 16 ans, dossier ou dossier et siège inclinables.** Poussette ou fauteuil roulant à pousser avec dossier inclinable ou dossier et siège inclinables, jusqu'au 16° anniversaire.	103 100
4263950	**VHP, poussette ou fauteuil , supérieur ou égal à 16 ans, dossier ou dossier et siège inclinables.** Poussette ou fauteuil roulant à pousser avec dossier inclinable ou dossier et siège inclinables, à compter du 16° anniversaire.	72 449
4261051	**VHP, poussette multiréglable et évolutive, inférieure à 16 ans.** La poussette multiréglable et évolutive comprenant un dossier réglable en inclinaison (indépendamment du réglage de l'inclinaison du siège) et en hauteur, un siège réglable en inclinaison (indépendamment du réglage de l'inclinaison du dossier) en largeur et en profondeur et un repose-pieds réglable en hauteur et en inclinaison. La prise en charge est assurée pour les enfants jusqu'à leur 16° anniversaire qui présentent une incapacité totale ou partielle de marcher, qui sont dans l'impossibilité de propulser eux-mêmes un fauteuil roulant manuel ou électrique et qui, le tronc maintenu, n'ont pas de tenue de tête autonome en position stable. Elle est assurée après demande d'entente préalable. Elle est assurée dans la limite d'une attribution maximale tous les trois ans à compter de la date de livraison.	172 763
4233570	**VHP, châssis roulant destiné à recevoir le système de soutien du corps.** (Ce dernier amovible est non compris dans le tarif). La prise en charge est assurée pour le transport des personnes installées dans un système de soutien du corps adapté, de série ou fait sur moulage, ou des utilisateurs de coquille pour des raisons de positionnement.	47 371

4.2.3.2. Section 2. - Tricycles à propulsion manuelle ou podale

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP
	Le tricycle est adapté à la morphologie et au handicap du patient tant au niveau du tronc que des membres inférieurs, pieds compris, le guidon étant facilement accessible par l'utilisateur. La prise en charge est assurée pour les personnes qui, du fait d'une déficience motrice, acquise ou congénitale, ont une autonomie de marche réduite.	
4278212	**VHP, tricycle à propulsion manuelle ou podale, inférieure à 38 cm, inférieur à 16 ans.** Hauteur d'entrejambe inférieure à 38 cm. La prise en charge est assurée pour les enfants et adolescents jusqu'à leur 16° anniversaire.	89 391
4222803	**VHP, tricycle à propulsion manuelle ou podale, supérieure ou égale à 38 cm et inférieure à 90 cm.** Hauteur d'entrejambe supérieure ou égale à 38 cm et inférieure à 90 cm.	113 326

4.2.3.3. Section 3. – Scooter électrique modulaire

4.2.3.3.1. Spécifications techniques et conditions de prise en charge

1. Définition du scooter

Un scooter est un véhicule, muni de 3 roues au minimum, avec plancher sur lequel est fixé une assise (composé d'un siège, d'un dossier et de 2 accoudoirs). Le plancher assure la fonction de repose-pied. La propulsion est assurée par un ou plusieurs moteurs électriques. L'utilisateur dispose d'une commande électrique de la vitesse et contrôle manuellmeent la direction du véhicule.

2. Exigences de conception minimales des scooters modulaires (SCO)

Les scooters modulaires répondent aux exigences de performance des « fauteuils roulants à propulsion par moteur électrique et scooters » des présentes spécifications techniques.

Les SCO satisfont aux exigences de conception minimales ci-dessous :

- **Mode de propulsion :**

La propulsion est assurée par un ou plusieurs moteurs électriques. En cas de panne du groupe moteur, l'accompagnant ou une tierce personne doit pouvoir le débrayer et déplacer aisément le scooter. Si le débrayage annihile le frein automatique à coupure de courant (dit « frein électromagnétique »), il ne doit pas être possible de déplacer le véhicule à l'aide du boïtier de commande. La charge des batteries, alimentant ce groupe moteur, s'effectue en 12 heures maximum au moyen d'un chargeur, livré avec le scooter. Lors de la charge, un dispositif coupe automatiquement le circuit électrique du véhicule. Le chargeur est conçu pour empêcher la surcharge des batteries et comporte un indicateur de charge. Le raccordement du chargeur au secteur doit s'effectuer par une prise mâle répondant aux normes de l'Union Technique de l'Electricité.

- **Classe d'usage :**

L'environnement d'utilisation du scooter peut être :

  - Adapté à un usage mixte extérieur/intérieur (classe A+ et classe B)
  - Plus spécialement adapté à un usage extérieur (classe C)

- **Châssis :** pour les scooters de classe A+ et de classe B, le bon de commande doit proposer un dispositif d'éclairage conforme au code de la route. Dans le cas d'un scooter de classe C, ce dernier est équipé d'un dispositif d'éclairage conforme au code de la route.
- Dossier : le dossier est à structure rigide.

- **Siège :** le siège est à structure rigide.
- **Accoudoir :** les accoudoirs sont au minimum escamotables (pivotant). Ils sont équipés d'appui-bras démontables.
- **Assise :** ensemble formé par le dossier, le siège et les accoudoirs. L'assise est au minimum réglable en hauteur (adaptation de la distance siège plateforme à la longueur du segment jambier de l'utilisateur tout en garantissant une facilité de transfert lorsque l'assise est pivotée).
- **Système de conduite :** la colonne de direction est au minimum pivotante sans l'utilisation d'outil afin de s'adapter aux besoins de l'utilisateur et de faciliter les transferts et le stockage. La commande de cette fonction est accessible à l'utilisateur. Les paramètres de conduite du scooter sont programmables (au minimum la vitesse maximale, l'accélération, la décélération en marche avant, arrière).

.3. Exigences de performances minimales des scooters modulaires (SCO)

.3.1. Rappel sur les classes d'usage définies au chapitre 5 de la norme européenne NF EN 12184 :2009.

Les fauteuils roulants doivent être classés dans une ou plusieurs des trois classes suivantes, en fonction de leur usage prévu :

- Classe A : fauteuils roulants compacts et manoeuvrables, n'étant pas nécessairement capables de franchir des obstacles extérieurs ;
- Classe B : fauteuils roulants suffisamment compacts et manoeuvrables pour certains environnements domestiques et capables de franchir certains obstacles extérieurs ;
- Classe C : fauteuils roualnts de taille généralement importante, pas nécessairement prévus pour un usage domestique, mais capables de se déplacer sur d'assez longues distances et de franchir des obstacles extérieurs.

.3.2. Classes d'usage des scooters modulaires prises en charge.

Seuls les scooters conformes aux exigences suivantes des classes A+, B ou C peuvent être pris en charge.

La classe A+ comprend des « scooters compacts, manoeuvrables et démontables, pour des environnements domestiques et capables de franchir certains obstacles extérieurs » ;

La classe B comprend des « scooters suffisamment compacts et manoeuvrables pour certains environnements domestiques et capables de franchir certains obstacles extérieurs » ;

La classe C comprend des « scooters de taille généralement importante, pas nécessairement prévus pour un usage domestique, mais capables de se déplacer sur d'assez longues distances et de franchir des obstacles extérieurs. »

Les recommandations de l'annexe B de la norme NF EN 12184 version 2009, relatives aux véhicules de classe A, sont retenies comme des exigences pour l'inscription d'un scooter de la classe A+ de la LPPR.

.3.3. Exigences minimales pour valider une ou plusieurs classes d'usage de scooters modulaires.

Les exigences minimales sont issues du chapitre 12, tableau 1, des « exigences et essais relatifs aux caractéristiques de conduite des différentes classes de fauteuils roulants électriques de la norme NF EN 12184 :2009 ».

Pour chaque catégorie de scooter, chaque caractériqtiques de conduite es accompagnée d'un assai et d'exigence à satisfaire pour qu'un scooter soit pris en charge.

Classe A+ :

- Pente maximale de sécurité (essai 8.8.2.2) : minimum 6°
- Stabilité dynamique (essai 8.8.5.2) :
  - démarrage en côte en marche avant : pente minimale 6°
  - arrêt en côte en marche avant : pente minimale 6°
  - arrêt en descente en marche avant : pente minimale 6°
  - arrêt en descente en marche arrière : pente minimale 6°

- Stabilité statique dans toutes les directions quelle que soit la position de l'assise pivotante ou non (essai 8.8.7.2) : pente minimale 9° ou pente maximale de sécurité déclarée par le fabricant si elle est supérieure.
- Forces de manœuvre maximales :
  - Leviers de frein (essai 8.4.2.1)
  - Commandes et actionneur de roue libre (essai 8.5.2) :
    - actionnement à un doigt : 5N
    - actionnement à une main : 13.5N
    - actionnement par combinaison main/bras : 60N
    - actionnement par pression du pied : 100N
    - actionnement par traction du pied : 60N
- Efficacité du frein de stationnement (essai 8.4.2.3. et 8.4.2.6) : 9° ou pente maximale de sécurité déclarée par le fabricant si elle est supérieure
- Vitesse maximale (essai 8.8.8) :
  - à l'horizontale en marche avant : 10 km/h
  - à l'horizontale en marche arrière : 70% de la vitesse maximale du fauteuil roulant en marche avant ou 5 km/h selon la valeur la plus petite.
- Capacité de franchissement et de descente d'obstacles hauteur minimale de l'obstacle (essai 8.8.6.2) : 50 mm
- Autonomie minimale continue théorique de déplacement (essai 8.8.9.2) : 15 km
- Irrégularité du sol (essai 8.8.3.3) : 30 mm

Classe B :

- Pente maximale de sécurité (essai 8.8.2.2) : minimum 6°
- Stabilité dynamique (essai 8.8.5.2) :
  - démarrage en côte en marche avant : pente minimale 6°
  - arrêt en côte en marche avant : pente minimale 6°
  - arrêt en descente en marche avant : pente minimale 6°
  - arrêt en descente en marche arrière : pente minimale 6°
- Stabilité statique dans toutes les directions quelle que soit la position de l'assise pivotante ou non (essai 8.8.7.2) : pente minimale 9° ou pente maximale de sécurité déclarée par le fabricant si elle est supérieure.
- Forces de manœuvre maximales :
  - Leviers de frein (essai 8.4.2.1)
  - Commandes et actionneur de roue libre (essai 8.5.2) :
    - actionnement à un doigt : 5N
    - actionnement à une main : 13.5N
    - actionnement par combinaison main/bras : 60N
    - actionnement par pression du pied : 100N
    - actionnement par traction du pied : 60N
- Efficacité du frein de stationnement (essai 8.4.2.3. et 8.4.2.6) : 9° ou pente maximale de sécurité déclarée par le fabricant si elle est supérieure
- Vitesse maximale (essai 8.8.8) :

- à l'horizontale en marche avant : 10 km/h
- à l'horizontale en marche arrière : 70% de la vitesse maximale du fauteuil roulant en marche avant ou 5 km/h selon la valeur la plus petite.

- Capacité de franchissement et de descente d'obstacles hauteur minimale de l'obstacle (essai 8.8.6.2) : 50 mm
- Autonomie minimale continue théorique de déplacement (essai 8.8.9.2) : 25 km
- Irrégularité du sol (essai 8.8.3.3) : 30 mm

Classe C :

- Pente maximale de sécurité (essai 8.8.2.2) : minimum 10°
- Stabilité dynamique (essai 8.8.5.2) :
  - démarrage en côte en marche avant : pente minimale 10°
  - arrêt en côte en marche avant : pente minimale 10°
  - arrêt en descente en marche avant : pente minimale 10°
  - arrêt en descente en marche arrière : pente minimale 10°
- Stabilité statique dans toutes les directions quelle que soit la position de l'assise pivotante ou non (essai 8.8.7.2) : pente minimale 15° ou pente maximale de sécurité déclarée par le fabricant si elle est supérieure.
- Forces de manœuvre maximales :
  - Leviers de frein (essai 8.4.2.1)
  - Commandes et actionneur de roue libre (essai 8.5.2) :
    - actionnement à un doigt : 5N
    - actionnement à une main : 13.5N
    - actionnement par combinaison main/bras : 60N
    - actionnement par pression du pied : 100N
    - actionnement par traction du pied : 60N
- Efficacité du frein de stationnement (essai 8.4.2.3. et 8.4.2.6) : 9° ou pente maximale de sécurité déclarée par le fabricant si elle est supérieure
- Vitesse maximale (essai 8.8.8) :
  - à l'horizontale en marche avant : 10 km/h
  - à l'horizontale en marche arrière : 70% de la vitesse maximale du fauteuil roulant en marche avant ou 5 km/h selon la valeur la plus petite.
- Capacité de franchissement et de descente d'obstacles hauteur minimale de l'obstacle (essai 8.8.6.2) : 100 mm
- Autonomie minimale continue théorique de déplacement (essai 8.8.9.2) : 35 km
- Irrégularité du sol (essai 8.8.3.3) : 50 mm

Les exigences suivantes concernant les « caractéristiques et exigences de conduite » s'appliquent pour les 3 classes de scooter (A+, B et C) en vue de leur prise en charge.

Les exigences concernant les « caractéristiques et exigences de conduite » sont issus du chapitre 12, tableau 2, des « Exigences et essais relatifs aux caractéristiques de conduite pout toutes les classes de fauteuils roulants de la norme NF EN 12184 :2009 ».

- Caractéristiques et exigences de conduite (essai 8.4.2.2.) :
  - Valeur maximale de décélération – Pic supérieur à 0.03 s = 4 m/s²
  - Distance d'arrêt maximale : Vitesse (km :h) / A l'horizontale (m) / En pente (m)

- 4.0/0.6/1.2
- 5.0/0.8/1.6
- 6.0/1.0/2.0
- 7.0/1.2/2.4
- 8.0/1.5/3.0
- 9.0/1.8/3.6
- 10.0/2.1/4.2
- 11.0/2.5/5.0
- 12.0/2.9/5.8
- 13.0/3.4/6.0
- 14.0/3.9/6.0
- 15.0/4.5/6.0

Les caractéristiques suivantes concernant les dimentions et la zone de manœuvre des scooters, issues de l'annexe B recommandations tableau B.1 « Dimentions et zone de manœuvre des fauteuils roulants électriques de la norme NF EN 12184 :2009 », constituent :

- des exigences pour les scooters de classe A+, en vue de leur prise en charge
- des recommandations pour les scooters de classe B et de classe C.

Classe A+ (dimentions en mm) :

- Longueur hors tout – maximum : 1 200 mm
- Largeur hors tout – maximum : 700 mm
- Diamètre de braquage – maximum : 2 000 mm
- Largeur de demi-tour – maximum : 1 300 mm
- Garde au sol – minimum : 30 mm

Classe B (dimentions en mm) :

- Longueur hors tout – maximum : 1 400 mm
- Largeur hors tout – maximum : 700 mm
- Diamètre de braquage – maximum : 2 800 mm
- Largeur de demi-tour – maximum : 1 800 mm
- Garde au sol – minimum : 60 mm

Classe C (dimentions en mm) :

- Longueur hors tout – maximum : pas de recommandation
- Largeur hors tout – maximum : 800 mm
- Diamètre de braquage – maximum : pas de recommandation
- Largeur de demi-tour – maximum : pas de recommandation
- Garde au sol – minimum : 80 mm

4. Conditions de prise en charge

Les scooters modulaires répondent sont indiqués chez les personnes ayant une limitation sévère et durable de l'activité de marche (de cause naurologique, rhumatologique, orthopédique, cardio-respiratoire ou métabolique), dans l'impossibilité d'atteindre leurs objectifs de participation sociale en utilisant un fauteuil

roulant à propulsion manuelle du fait de leur incapacité à propulser elles-mêmes un fauteuil roulant à propulsion manuelle en extérieur soit en raison de leur déficience soit en raison de leur situation environnementale.
L'objectif de la prise en charge d'un scooter est de favoriser la participation sociale de la personne en situation de handicap, cet aspect devant être exprimé dans le projet de vie de la personne
La personne doit posséder les capacités physiques, perceptives et cognitives nécessaires pour assurer la maitrise du scooter, c'est-à-dire :
- Etre capable de marcher de façon stable sur au moins quelques mètres, avec l'aide éventuelle de produits d'assistance à la marche (canne, etc)
- Avoir un équilibre suffisant pour maintenir la position assise sans l'aide technique à la posture,
- Pouvoir effectuer ses transferts de façon autonome et en sécurité,
- Avoir un fonctionnement suffisant des membres supérieurs (dextérité, coordinationà pour conduire l'appareil,
- Avoir les capacités cognitives et perspectives nécessaires à l'utilisation du scooter en sécurité.

Les conditions environnementales de la personne doivent être compatibles avec l'utilisation d'un scooter.
Par ailleurs, la personne doit disposer sur son lieu de vie d'une possibilité de stockage et de recharge du scooter. Ce point doit être pris en compte lors de l'évaluation des besoins et de la préconisation.
Dans le cas d'une pathologie évolutive, la prescription médicale doit préciser qu'il n'est pas envisagé d'avoir recours à un fauteuil roulant électrique dans l'année qui suit.
L'équipe pluridisciplinaire doit sensibiliser la personne au fait que l'utilisation d'un scooter va entraîner une diminution de sa consommation énergétique et l'inciter à maintenir ses activités physiques afin de conserver un bénéfice cardio-vasculaire. L'utilisation exclusive du scooter aurait notamment pour effet d'augmenter les risuques cardio-vasculaires.
La prise en charge est soumise à une demande d'accord préalable du service médical auprès des caisses d'AMO. Elle est assurée après réalisation d'un essai préalable effectué par une équipe pluridisciplinaire constituée au minimum d'un médecin de médecine physique et de réadaptation aidé d'un kinésithérapeute ou d'un ergothérapeute et après fourniture d'un certificat de ce médecin.
Ce certificat :
- atteste l'adéquation du véhicule au handicap de la personne,
- atteste le besoin du véhicule pour réaliser le projet de vie personnalisé à l'extérieur, et que l'environnement de vie sociale de la personne lui impose des déplacements mixtes en intérieur et en extérieur, en milieu urbain,
- précise que les capacités de la personne lui permettent d'en assurer la maîtrise.

Le scooter doit être mis à disposition pendant la durée de l'essai. L'essai doit inclure une période d'utilisation dans l''environnement (lieu de vie et accessibilité) de la personne utilisatrice pendant une durée suffisante (48 heures au minimum) pour évaluer l'apport de l'utilisation du scooter pour répondre au projet de vie de la personne.
La prise en cahrge ne peut pas être cumulée avec celle d'un fauteuil roulant à propulsion par moteur électrique, d'un fauteuil roulant de verticalisation ou d'un autre scooter électrique modulaire ; et vice versa.
La prise en charge du scooter peut être cumulée avec celle d'un fauteuil roulant à propulsion manuelle ou à pousser, si cela permet de répondre aux besoins de la personne.
La prise en charge est assurée sur prescription médicale, dans la limite d'une attribution tous les 5 ans.
Le renouvellement s'effectuera dans les mêmes conditions que la 1ère prise en charge. Tout renouvellmenet anticipé devra être faire l'objet d'une entente préalable.

5. Modalité de délivrance

Compte tenu du rôle et des conditions de délivrance assignés au distributeur, il ne peut y avoir de prise en charge de scooters électriques moulaires achetés sur des sites commerciaux de vente de biens ou de service sur internet.

6. Code de la route

Dans la cas où l'utilisateur utilise son scooter électrique modulaire sur la route, il doit respecter l'ensemble des articles du code de la route (utilisation, assurance, vitesse, entretien, …).

Le distributeur doit systématiqement remettre au patient une fiche rappelant les règles d'utilisation, d'assurance, de vtesse et d'entretien en vigueur qui s'appliqunet au véhicule en question. Cette fiiche doit être conservée par le distributeur et le patient.

4.2.3.3.2. Sous-section 1: Scooter électrique modulaire de classe B

4.2.3.3.2.1. Société INVACARE POIRIER S.A.S (INVACARE)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
4280670	**Scooter électrique modulaire, INVACARE, INVACARE LEO** DESCRIPTION INVACARE LEO est un scooter électrique modulaire de classe B à 4 roues avec un plancher sur lequel est fixée une assise composée d'un siège pivotant, d'un dossier non réglable et de 2 accoudoirs relevables. Il est muni d'une colonne de direction réglable en inclinaison verticale avec un guidon. INVACARE LEO fait 120 cm de longueur et 67cm de largeur. Son moteur est alimenté par des batteries rechargeables. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Personnes ayant une limitation sévère et durable de l'activité de marche, dans l'impossibilité d'atteindre leurs objectifs de participation sociale en utilisant un fauteuil roulant à propulsion manuelle du fait de leur incapacité à propulser elles-mêmes un fauteuil roulant à propulsion manuelle en extérieur soit en raison de leur déficience soit en raison de leur situation environnementale. L'objectif de la prise en charge d'un scooter est de favoriser la participation sociale de la personne en situation de handicap, cet aspect devant être exprimé dans le projet de vie de la personne. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La vitesse maximale du scooter INVACARE LEO est de 8 km/h. L'équipe pluridisciplinaire doit expliquer à l'utilisateur qu'il ne faut pas chercher à augmenter cette vitesse maximale en raison du risque accru d'instabilité et de collision sachant qu'un des éléments de risque associé à l'utilisation des scooters est lié à la vitesse. Il est recommandé d'utiliser le scooter de classe B uniquement sur le trottoir. GARANTIE Le scooter INVACARE LEO est garanti pour une durée de 2 ans, à l'exception des batteries qui sont garanties 1 an. REFERENCES PRISES EN CHARGE :	215 460	377 055

	Référence 1579613 : INVACARE LEO – 4 roues – Coloris gis lunaire Référence 1579607 : INVACARE LEO – 4 roues – Coloris bleu onyx Référence 1579428 : INVACARE LEO – 4 roues – Coloris rouge rubis		

4.2.3.3.3. Sous-section 2: Scooter électrique modulaire de classe C

4.2.3.3.3.1. Société INVACARE POIRIER SA (INVACARE)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
4239360	**Scooter électrique modulaire, INVACARE, ORION PRO.** DESCRIPTION INVACARE ORION PRO est un scooter électrique modulaire à 4 roues avec un plancher sur lequel est fixée une assise composée d'un siège pivotant, d'un dossier non réglable et de 2 accoudoirs relevables et réglables en largeur. Il est muni d'une colonne de direction, réglable en angle avec un guidon. INVACARE ORION PRO fait 132 cm de longueur et 65 cm de largeur. Son moteur est alimenté par des batteries rechargeables. Il peut se déplacer à une vitesse maximale de 10 km/h. Il est destiné à une utilisation extérieure. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Personnes ayant une limitation sévère et durable de l'activité de marche, dans l'impossibilité d'atteindre leurs objectifs de participation sociale en utilisant un fauteuil roulant à propulsion manuelle du fait de leur incapacité à propulser elles-mêmes un fauteuil roulant à propulsion manuelle en extérieur soit en raison de leur déficience soit en raison de leur situation environnementale. L'objectif de la prise en charge d'un scooter est de favoriser la participation sociale de la personne en situation de handicap*, cet aspect devant être exprimé dans le projet de vie de la personne. * Le handicap est défini comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » La prise en charge ne peut pas être cumulée avec celle de produits d'assistance à la posture (PAP), ni avec celle d'un fauteuil roulant modulaire à propulsion par moteur électrique (FRE), d'un fauteuil roulant modulaire à propulsion par moteur électrique multi-position (FREP) ou d'un fauteuil roulant modulaire à propulsion par moteur électrique de verticalisation (FREV) ; et vice versa. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La documentation de l'industriel (notamment documentation commerciale, bon de commande, manuel d'utilisation et d'entretien) doit être en adéquation avec la limitation de la vitesse maximale des scooters INVACARE ORION PRO à 10 km/h.	251 370	574 560

	La vitesse maximale du scooter INVACARE ORION PRO est de 10 km/h. L'équipe pluridisciplinaire doit expliquer à l'utilisateur qu'il ne faut pas chercher à augmenter cette vitesse maximale en raison du risque accru d'instabilité et de collision, sachant d'une part, que la vitesse maximale pour l'inscription des scooters modulaires sur la LPPR est fixée à 10 km/h et d'autre part, qu'un des éléments de risque associé à l'utilisation des scooters est lié à la vitesse. GARANTIE Le scooter ORION PRO est garanti pour une durée de 2 ans, à l'exception des batteries qui sont garanties 1 an. REFERENCES PRISES EN CHARGE : Référence 1639518 coloris gis argenté. Référence 1639519 coloris rouge passion. Référence AFH2434 version configurable.		
4269615	**Scooter électrique modulaire, INVACARE, COMET ULTRA.** DESCRIPTION COMET ULTRA est un scooter électrique modulaire à 4 roues avec un plancher sur lequel est fixée une assise composée d'un siège pliant et pivotant avec appui-tête, d'un dossier rabattable et inclinable (90° à 130°), ainsi que de 2 accoudoirs relevables, réglables en largeur et en inclinaison. Il est muni d'une colonne de direction, réglable en inclinaison verticale, avec des poignées de direction ergonomiques. COMET ULTRA fait 145 cm de longueur et 73 à 84 cm de largeur (selon l'écartement des accoudoirs). Son moteur est alimenté par des batteries rechargeables. Il peut se déplacer à une vitesse maximale de 10 km/h. Il est disponible en 5 coloris (bleu électrique, rouge passion, blanc givré, vert python, gris argenté). D'autres coloris sont proposés en option. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Personnes ayant une limitation sévère et durable de l'activité de marche, dans l'impossibilité d'atteindre leurs objectifs de participation sociale en utilisant un fauteuil roulant à propulsion manuelle du fait de leur incapacité à propulser elles-mêmes un fauteuil roulant à propulsion manuelle en extérieur soit en raison de leur déficience; soit en raison de leur situation environnementale. L'objectif de la prise en charge d'un scooter est de favoriser la participation sociale de la personne en situation de handicap (*), cet aspect devant être exprimé dans le projet de vie de la personne. (*) Le handicap est défini comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». La prise en charge ne peut pas être cumulée avec celle de produits d'assistance à la posture (PAP), ni avec celle d'un fauteuil roulant modulaire à propulsion par moteur électrique (FRE), d'un fauteuil roulant modulaire à propulsion par moteur électrique multi-position (FREP) ou d'un fauteuil roulant modulaire à propulsion par moteur électrique de verticalisation (FREV) ; et vice versa. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION	359 100	682 290

	La documentation de l'industriel (notamment documentation commerciale, bon de commande, manuel d'utilisation et d'entretien) doit être en adéquation avec la limitation de la vitesse maximale des scooters COMET ULTRA à 10 km/h. La vitesse maximale du scooter COMET ULTRA est de 10 km/h. L'équipe pluridisciplinaire doit expliquer à l'utilisateur qu'il ne faut pas chercher à augmenter cette vitesse maximale en raison du risque accru d'instabilité et de collision, sachant, d'une part, que la vitesse maximale pour l'inscription des scooters modulaires sur la LPPR est fixée à 10 km/h et, d'autre part, qu'un des éléments de risque associé à l'utilisation des scooters est lié à la vitesse. Au vu de ses caractéristiques techniques, le scooter COMET ULTRA est destiné spécifiquement aux patients ayant un poids corporel compris entre 160 et 220 kg. GARANTIE Le scooter COMET ULTRA est garanti pour une durée de 2 ans, à l'exception des batteries qui sont garanties 1 an. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE Référence 1639515 coloris gris argenté Référence AGF0096		

4.2.3.3.4. Sous-section 3 - Scooter électrique modulaire de classe A+

4.2.3.3.4.1. Société INVACARE POIRIER SA (INVACARE)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
4242935	**Scooter électrique modulaire, 3 roues, INVACARE, INVACARE COLIBRI OUTDOOR.** DESCRIPTION INVACARE COLIBRI OUTDOOR est un scooter électrique modulaire à 3 roues avec un plancher sur lequel est fixée une assise composée d'un siège pivotant, d'un dossier non réglable et de 2 accoudoirs relevables, réglables en largeur et en inclinaison. Il est muni d'une colonne de direction, réglable en inclinaison verticale (-15°, -5° et +10°), avec un guidon. INVACARE COLIBRI OUTDOOR fait 101 cm de longueur et 61 cm de largeur. Son moteur est alimenté par des batteries rechargeables. Il peut se déplacer à une vitesse maximale de 8 km/h. Il est disponible en 5 coloris (bleu électrique, rouge passion, blanc givré, vert python, gris argenté). INDICATIONS PRISES EN CHARGE Personnes ayant une limitation sévère et durable de l'activité de marche, dans l'impossibilité d'atteindre leurs objectifs de participation sociale en utilisant un fauteuil roulant à propulsion manuelle du fait de leur incapacité à propulser elles-mêmes un fauteuil roulant à propulsion manuelle en extérieur soit en raison de leur déficience soit en raison de leur situation environnementale.	161 595	233 415

	L'objectif de la prise en charge d'un scooter est de favoriser la participation sociale de la personne en situation de handicap*, cet aspect devant être exprimé dans le projet de vie de la personne. * Le handicap est défini comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » La prise en charge ne peut pas être cumulée avec celle de produits d'assistance à la posture (PAP), ni avec celle d'un fauteuil roulant modulaire à propulsion par moteur électrique (FRE), d'un fauteuil roulant modulaire à propulsion par moteur électrique multi-position (FREP) ou d'un fauteuil roulant modulaire à propulsion par moteur électrique de verticalisation (FREV) ; et vice versa. La prise en charge du scooter INVACARE COLIBRI OUTDOOR peut être cumulée avec celle d'un fauteuil roulant à propulsion manuelle ou à pousser, si cela permet de répondre aux besoins de la personne. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION La documentation de l'industriel (notamment documentation commerciale, bon de commande, manuel d'utilisation et d'entretien) doit être en adéquation avec la limitation de la vitesse maximale des scooters INVACARE COLIBRI OUTDOOR. La vitesse maximale du scooter INVACARE COLIBRI OUTDOOR est de 8 km/h. L'équipe pluridisciplinaire doit expliquer à l'utilisateur qu'il ne faut pas chercher à augmenter cette vitesse maximale en raison du risque accru d'instabilité et de collision, sachant d'une part, que la vitesse maximale pour l'inscription des scooters modulaires sur la LPPR est fixée à 10 km/h et d'autre part, qu'un des éléments de risque associé à l'utilisation des scooters est lié à la vitesse. GARANTIE Le scooter INVACARE COLIBRI OUTDOOR est garanti pour une durée de 2 ans, à l'exception des batteries qui sont garanties 1 an. REFERENCES PRISES EN CHARGE : AFC0093, 1646708		

4.2.4. Chapitre 3. - Adjonctions, options et réparations applicables aux fauteuils roulants

4.2.4.1. Section 1. - Adjonctions et/ou options applicables aux fauteuils roulants

4.2.4.1.1. Sous-section 1 Adjonctions et/ou options communes aux fauteuils roulants à propulsion manuelle

4.2.4.1.1.1. VHP, propulsion manuelle

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP
4325302	**VHP, propulsion manuelle, appui-tête.**	11 385

4371408	**VHP, propulsion manuelle, repose-jambe droit ou gauche, repose-pied non articulé.**	13 983
4342654	**VHP, propulsion manuelle, repose-jambe droit ou gauche, repose-pieds articulé.**	18 990
4327382	**VHP, propulsion manuelle, gouttière droite ou gauche.**	21 437
4329040	**VHP, propulsion manuelle, tablette complète avec son montage.**	13 797
4324739	**VHP, propulsion manuelle, garde-robe complète.** Garde-robe complète avec bassin, coussin fendu et tampon garni rétablissant la continuité du coussin.	18 582

4.2.4.1.1.2. VHP, propulsion manuelle, dispositif de propulsion par moteur électrique

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP
4300348	**VHP, propulsion manuelle, dispositif de propulsion par moteur électrique.** Dispositif de propulsion par moteur électrique pour fauteuils roulants à propulsion manuelle, verticalisateurs ou non. II est compatible avec le fauteuil roulant manuel sur lequel il sera adapté. Sa prise en charge est soumise à une demande d'entente préalable. Elle est assurée pour des personnes handicapées qui : en raison de leur situation environnementale sont dans l'impossibilité de marcher et qui, bien que capables de propulser elles-mêmes un fauteuil roulant manuel, ont besoin, pour des raisons médicales, de propulsion électrique de façon intermittente ou définitive; et qui ont une incapacité à l'effort en raison d'insuffisance coronarienne et/ou d'insuffisance respiratoire et/ou d'atteinte ostéo-articulaire, neurologique ou musculaire des membres supérieurs. La prise en charge est assurée après réalisation d'un essai préalable effectué par une équipe pluridisciplinaire constituée au minimum d'un médecin de médecine physique et de réadaptation aidé d'un kinésithérapeute ou d'un ergothérapeute et après fourniture d'un certificat de ce médecin attestant l'adéquation du fauteuil au handicap du patient. Cet essai préalable est réalisé pour toute première mise à disposition du dispositif et, en cas de renouvellement, seulement lorsqu'il y a changement de type de fauteuil. La prise en charge est assurée: pour un dispositif de propulsion par moteur électrique et une première attribution de fauteuil roulant manuel; pour un dispositif de propulsion par moteur électrique s'adaptant sur un fauteuil roulant manuel précédemment attribué, attesté par la copie de la facture de ce dernier; pour un dispositif de propulsion par moteur électrique et un fauteuil roulant manuel devant être renouvelé pour des raisons techniques ou médicales. La prise en charge d'un ensemble fauteuil roulant manuel et dispositif de propulsion par moteur électrique exclut celle d'un fauteuil roulant à propulsion par moteur électrique, et inversement. La prise en charge d'un ensemble fauteuil roulant manuel et dispositif de propulsion par moteur électrique n'exclut pas celle d'un fauteuil roulant manuel verticalisateur	392682

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

4.2.4.1.1.3. VHP, dispositif d'assistance électrique à la propulsion

Le dispositif comprend deux moteurs et deux roues.
II est livré avec les dispositifs antibascules à démontage rapide et une notice d'utilisation précisant l'utilisation obligatoire des dispositifs antibascules et leur installation avant celle des roues.
II est compatible avec le fauteuil roulant manuel sur lequel il sera adapté.
La prise en charge de ce dispositif est soumise à une demande d'entente préalable. Sa prise en charge est assurée pour des personnes handicapées :
- dont les capacités cognitives permettent d'assurer la maîtrise du système de propulsion assitée ;
- et qui, bien que capables de propulser elles-mêmes un fauteuil roulant manuel, ont besoin pour des raisons médicales, d'assistance électrique à la propulsion de façon intermittente ou définitive.
L'incapacité à l'effort peut être due à une insuffisance coronarienne et/ou une in insuffisance respiratoire et/ou une atteinte ostéoarticulaire, neurologique ou musculaire des membres supérieurs.
Sa prise en charge est subordonnée à :
- la réalisation d'un essai préalable effectué par une équipe pluridisciplinaire constituée au minimum d'un médecin de médecine physique et de réadaptation aidé d'un kinésithérapeute ou d'un ergothérapeute et après fourniture d'un certificat de ce médecin attestant l'adéquation du dispositif d'assistance électrique au handicap du patient précisant que les capacités cognitives du patient lui permettent d'en assurer la maîtrise ;
- l'installation du kit de fixation sur le fauteuil roulant recevant le dispositif par le fabricant.
Cette installation est sous sa responsabilité ; le fournisseur restant l'intermédiaire entre le patient et le fabricant. "
La prise en charge est assurée pour le système d'assistance électrique à la propulsion suivant :

Société Invacare Poirier SAS (Invacare)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP
4321630	**VHP, assistance électrique à la propulsion, INVACARE, ALBER E-Motion.** Dispositif d'assistance électrique à la propulsion pour fauteuil roulant manuel, ALBER E-MOTION, de la société Invacare Poirier SAS. Le fabricant doit prendre en charge le remplacement des batteries d'ALBER E-MOTION pendant toute la durée de garantie du système, soit deux ans. La prise en charge est assurée pour les modèles M15 1490998 ; M25 1592520 ; M25 1592521 ; M25 1592522	392 682
4152847	**VHP, assistance électrique à la propulsion, INVACARE, ALBER TWION.** Dispositif d'assistance électrique à la propulsion pour fauteuil roulant manuel, ALBER TWION, de la société Invacare Poirier SAS. Le fabricant doit prendre en charge le remplacement des batteries d'ALBER TWION pendant toute la durée de garantie du système, soit 2 ans. La prise en charge est assurée pour la référence 1565810.	392 682
4313760	**VHP, assistance électrique à la propulsion, INVACARE, ALBER VIAMOBIL V25.** Kit de propulsion par moteur électrique adaptable, avec commande uniquement pour l'accompagnant, ALBER VIAMOBIL V25 de la société Invacare Poirier SAS.	392 682

	INDICATIONS PRISES EN CHARGE: La prise en charge d'un dispositif d'assistance électrique à la propulsion à commande uniquement pour l'accompagnant est limitée aux personnes ayant une incapacité à propulser leur fauteuil roulant manuel pour lesquelles: – l'utilisation d'un fauteuil roulant à propulsion par moteur électrique est impossible au regard des capacités physiques et cognitives ou de l'environnement de la personne utilisatrice; et – la situation et l'environnement rendent impossible, de manière intermittente ou définitive, la propulsion par l'accompagnant d'un fauteuil roulant à propulsion manuelle. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION: Conditions de prescription: La prescription est établie après réalisation d'un essai préalable effectué par une équipe pluridisciplinaire constituée au minimum d'un médecin de médecine physique et de réadaptation aidé d'un kinésithérapeute ou d'un ergothérapeute et après fourniture d'un certificat de ce médecin attestant de l'adéquation: – du dispositif ALBER VIAMOBIL V25 au handicap du patient; – à l'environnement et aux facultés cognitives et mentales de l'aidant; – et précisant que les capacités de l'aidant (facultés cognitives notamment) lui permettent d'en assurer la conduite en sécurité dans cet environnement. La préconisation, l'essai et la validation du choix d'un dispositif d'assistance à la poussée par moteur électrique adaptable, avec commande uniquement pour l'accompagnant, sont réalisés en présence de l'accompagnant. Prestations associées: L'installation du kit de fixation sur le fauteuil roulant recevant le dispositif est réalisée par le fabricant, sous sa responsabilité; le fournisseur restant l'intermédiaire entre le patient et le fabricant La formation à l'utilisation consiste à indiquer à l'aidant le fonctionnement de l'appareil, comment le mettre en marche, l'arrêter, régler la vitesse, la mise en place sur le fauteuil roulant manuel, le retrait du fauteuil roulant manuel. Comme pour l'usage de tout fauteuil roulant, une assurance couvrant les risques liés à l'usage de ALBER VIAMOBIL V25 est nécessaire. La société met à disposition des prescripteurs et des personnes utilisatrices la liste des fauteuils roulants à propulsion manuelle compatibles. GARANTIE: Le dispositif est garanti 2 ans. INVACARE POIRIER SAS devra prendre en charge le remplacement des batteries pendant toute la durée de garantie du système, soit 2 ans. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE:1521003	

Code	**Nomenclature**	**Tarif en F.CFP**	**PLV en F.CFP TTC**
4379114	**VHP, assistance électrique à la propulsion, INVACARE, ALBER VIAMOBIL ECO V14.** Kit de propulsion par moteur électrique adaptable, avec commande uniquement pour l'accompagnant, ALBER VIAMOBIL ECO V14 de la société Invacare Poirier SAS. INDICATIONS PRISE EN CHARGE :	359 100	392 682

	La prise en charge d'un dispositif d'assistance électrique à la propulsion à commande uniquement pour l'accompagnant est limitée aux personnes ayant une incapacité à propulser leur fauteuil roulant manuel pour lesquelles: – l'utilisation d'un fauteuil roulant à propulsion par moteur électrique est impossible au regard des capacités physiques et cognitives ou de l'environnement de la personne utilisatrice ; – et la situation et l'environnement rendent impossible, de manière intermittente ou définitive, la propulsion par l'accompagnant d'un fauteuil roulant à propulsion manuelle. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION: Conditions de prescription : La prescription est établie après réalisation d'un essai préalable effectué par une équipe pluridisciplinaire constituée au minimum d'un médecin de médecine physique et de réadaptation aidé d'un kinésithérapeute ou d'un ergothérapeute et après fourniture d'un certificat de ce médecin attestant de l'adéquation : – du dispositif ALBER VIAMOBIL ECO V14 au handicap du patient; – à l'environnement et aux facultés cognitives et mentales de l'aidant; – et précisant que les capacités de l'aidant (facultés cognitives notamment) lui permettent d'en assurer la conduite en sécurité dans cet environnement. La préconisation, l'essai et la validation du choix d'un dispositif d'assistance à la poussée par moteur électrique adaptable, avec commande uniquement pour l'accompagnant, sont réalisés en présence de l'accompagnant. Prestations associées : L'installation du kit de fixation sur le fauteuil roulant recevant le dispositif est réalisée par le fabricant, sous sa responsabilité; le fournisseur restant l'intermédiaire entre le patient et le fabricant. La formation à l'utilisation consiste à indiquer à l'aidant le fonctionnement de l'appareil, comment le mettre en marche, l'arrêter, régler la vitesse, la mise en place sur le fauteuil roulant manuel, le retrait du fauteuil roulant manuel. Comme pour l'usage de tout fauteuil roulant, une assurance couvrant les risques liés à l'usage d'ALBER VIAMOBIL ECO V14 est nécessaire. La société établit un accord avec le fabricant du fauteuil roulant afin de garantir l'ensemble « fauteuil et ALBER VIAMOBIL ECO V14 » pendant 2 ans minimum. La société met à disposition des prescripteurs et des personnes utilisatrices la liste des fauteuils roulants à propulsion manuelle compatibles. GARANTIE : Le dispositif est garanti 2 ans. INVACARE POIRIER SAS devra prendre en charge le remplacement des batteries pendant toute la durée de garantie du système, soit 2 ans. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 1489118		
4390162	**VHP, assistance électrique à la propulsion, INVACARE, ALBER VIAPLUS V12.**	359 100	392 682

	Kit de propulsion par moteur électrique adaptable, avec commande uniquement pour l'accompagnant, ALBER VIAPLUS V12 de la société Invacare Poirier SAS. INDICATIONS PRISE EN CHARGE : La prise en charge d'un dispositif d'assistance électrique à la propulsion à commande uniquement pour l'accompagnant est limitée aux personnes ayant une incapacité à propulser leur fauteuil roulant manuel pour lesquelles: – l'utilisation d'un fauteuil roulant à propulsion par moteur électrique est impossible au regard des capacités physiques et cognitives ou de l'environnement de la personne utilisatrice ; – et la situation et l'environnement rendent impossible, de manière intermittente ou définitive, la propulsion par l'accompagnant d'un fauteuil roulant à propulsion manuelle. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION: Conditions de prescription : La prescription est établie après réalisation d'un essai préalable effectué par une équipe pluridisciplinaire constituée au minimum d'un médecin de médecine physique et de réadaptation aidé d'un kinésithérapeute ou d'un ergothérapeute et après fourniture d'un certificat de ce médecin attestant de l'adéquation : – du dispositif ALBER VIAPLUS V12 au handicap du patient; – à l'environnement et aux facultés cognitives et mentales de l'aidant; – et précisant que les capacités de l'aidant (facultés cognitives notamment) lui permettent d'en assurer la conduite en sécurité dans cet environnement. La préconisation, l'essai et la validation du choix d'un dispositif d'assistance à la poussée par moteur électrique adaptable, avec commande uniquement pour l'accompagnant, sont réalisés en présence de l'accompagnant. Prestations associées : L'installation du kit de fixation sur le fauteuil roulant recevant le dispositif est réalisée par le fabricant, sous sa responsabilité; le fournisseur restant l'intermédiaire entre le patient et le fabricant. La formation à l'utilisation consiste à indiquer à l'aidant le fonctionnement de l'appareil, comment le mettre en marche, l'arrêter, régler la vitesse, la mise en place sur le fauteuil roulant manuel, le retrait du fauteuil roulant manuel. Comme pour l'usage de tout fauteuil roulant, une assurance couvrant les risques liés à l'usage d'ALBER VIAPLUS V12 est nécessaire. La société établit un accord avec le fabricant du fauteuil roulant afin de garantir l'ensemble « fauteuil et ALBER VIAPLUS V12 » pendant 2 ans minimum. La société met à disposition des prescripteurs et des personnes utilisatrices la liste des fauteuils roulants à propulsion manuelle compatibles. GARANTIE : Le dispositif est garanti 2 ans. INVACARE POIRIER SAS devra prendre en charge le remplacement des batteries pendant toute la durée de garantie du système, soit 2 ans.		

	RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 1520227		

4.2.4.1.2. Sous-section 2 Adjonctions et/ou options particulières aux fauteuils roulants à propulsion manuelle pliants

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP
4375613	**VHP, propulsion manuelle, pliant, toile, montants de dossier complémentaires longs.**	11 237
4375116	**VHP, propulsion manuelle, pliant, coussin de siège ou de dossier avec housse.**	6 266
	Dispositif de conduite unilatérale : La prise en charge est assurée pour les handicapés physiques disposant d'un seul bras valide. Ce dispositif peut être placé à droite ou à gauche selon la nécessité :	
4371555	**VHP, propulsion manuelle, pliant, système de conduite à double main courante.** Dispositif de conduite unilatérale par système à double main courante permettant, en fonction de la main courante utilisée, d'obtenir l'orientation à droite ou à gauche du fauteuil ou, par l'utilisation simultanée des deux mains courantes, la propulsion en ligne droite	48 699
4359293	**VHP, propulsion manuelle, pliant, système de conduite à levier latéral.** Dispositif de conduite unilatérale par système de levier latéral servant à la fois de propulsion manuelle et de direction du fauteuil par action sur les roues motrices et directrices. Le levier latéral, dont la poignée supérieure est escamotable, possède un dispositif de réglage permettant de l'adapter à la force physique du handicapé. II permet, par le moyen d'un sélecteur, la marche avant ou arrière et peut être débrayé pour faciliter la propulsion éventuelle par une tierce personne.	76 998

4.2.4.1.3. Sous-section 3 Adjonctions et/ou options particulières aux fauteuils roulants à propulsion par moteur électrique

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP
4308597	**VHP, propulsion électrique, déplacement du boîtier de commande standard.** Déplacement du boîtier de commande standard (à l'exclusion du changement de côté) avec adaptation de l'accès au boîtier sans modification de celui-ci pour la mise en place: - d'une commande manuelle adaptée en un point quelconque du fauteuil (sur tablette ou non); - d'une commande actionnée par la tête (langue exclue), la nuque, l'épaule, le coude, le genou ou le pied de l'utilisateur ; - d'une commande actionnée par l'accompagnateur.	6 412

4339681	**VHP, propulsion électrique, boîtier de commande personnalisé.** Mise en place d'un boîtier de commande de type autre que le boîtier de commande standard avec adaptation personnalisée prévu actuellement pour: - une commande à la langue, au souffle, à la voix ou en un point quelconque de la tête, s'agissant d'un boîtier de commande hors série; - commande avec clavier; - double commande (utilisateur-accompagnateur).	128 245

4.2.4.1.4. Sous-section 4 Adjonctions et/ou options communes aux fauteuils roulants à propulsion manuelle et aux fauteuils roulants à propulsion par moteur électrique

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP
4309674	**VHP, dispositif électrique de verticalisation.** La prise en charge est assurée pour les personnes handicapées qui n'ont pas la possibilité ou la force de se verticaliser sans aide. Elle est soumise à une demande d'entente préalable. Elle est assurée après réalisation d'un essai préalable effectué par une équipe pluridisciplinaire constituée au minimum d'un médecin de médecine physique et de réadaptation aidé d'un kinésithérapeute ou d'un ergothérapeute et après fourniture d'un certificat de ce médecin attestant l'adéquation du fauteuil au handicap du patient.	155 347

4.2.4.2. Section 2. Réparations applicables aux fauteuils roulants

La prise en charge s'applique aux réparations non couvertes par la garantie telle qu'elle est décrite aux spécifications techniques.
La prise en charge est assurée sur présentation de la facture détaillée.
La périodicité du bénéfice des forfaits annuels s'apprécie de date à date, en fonction de la. première demande de chaque forfait.

4.2.4.2.1. Sous-section 1 Réparations communes aux fauteuils roulants manuels

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP
4307824	**VHP, propulsion manuelle, forfait annuel pour les roues.** Quel que soit le nombre de roues, à concurrence de **13 434 F.CFP**	13 434
4302152	**VHP, propulsion manuelle, forfait annuel, autres réparations dont sellerie.** À concurrence de **18 384 F.CFP**	18 384

4.2.4.2.2. Sous-section 2 Réparations pour fauteuils roulants à propulsion électrique, dispositif de propulsion par moteur électrique et dispositif d'assistance électrique à la propulsion

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP
4389845	**VHP, propulsion électrique, forfait annuel pour les roues.** Quel que soit le nombre de roues, à concurrence de **14 141 F.CFP**	13 434
4348622	**VHP, propulsion électrique, forfait annuel, hors roues et composants électriques.** Forfait annuel autre que les roues et les composants électriques (dont sellerie). À concurrence de **19 352 F.CFP**	18 384
4307994	**VHP, propulsion électrique, forfait annuel, réparation composants électriques.** La prise en charge est assurée après entente préalable. La facture est réglée au fournisseur directement par l'organisme de prise en charge.	59 907

4.2.4.3. Section 3. Adjonctions et/ou options aux véhicules divers

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP
	Adjonctions et/ou options applicables aux poussettes pour enfants et adolescents jusqu'à leur 16° anniversaire.	
4357319	**VHP, poussette, inférieur à 16 ans, appui-tête ou rallonge dossier.**	11 396
4385787	**VHP, poussette, inférieur à 16 ans, appui-tête règlable.** L'appui-tête est réglable en hauteur, en profondeur, en inclinaison et latéralement.	19 506
4331024	**VHP, poussette, inférieur à 16 ans, support ou cale latérale de corps.** Dossier rigide.	6 270
4349142	**VHP, poussette, inférieur à 16 ans, garde-robe complète avec bassin et coussin.**	18 585
4376386	**VHP, poussette, inférieur à 16 ans, tablette de travail facilement démontable.**	13 793
4360215	**VHP, poussette, inférieur à 16 ans, cale anti-adduction des cuisses.**	12 540
4329330	**VHP, poussette, inférieur à 16 ans, support d'inclinaison/écartement des jambes.** Le support d'inclinaison et/ou d'écartement des jambes est réglable ou non, avec ou sans gouttières.	18 948
4380637	**VHP, poussette, inférieur à 16 ans, support d'appareil de ventilation assistée.**	27 168
4314853	**VHP, poussette, inférieur à 16 ans, dispositif d'immobilisation par frein à tambour.**	5 155
4370886	**VHP, poussette, inférieur à 16 ans, accoudoirs réglables verticalement, la paire.**	6 966
4330036	**VHP, poussette, inférieur à 16 ans, accoudoirs réglables & orientables, la paire.** Les accoudoirs sont réglables verticalement et soit pivotants, soit relevables, soit rabattables sur le côté.	20 620
4328542	**VHP, poussette, inférieur à 16 ans, harnais**	17 277
4396035	**VHP, poussette, inférieur à 16 ans, supplément remplacement des roues, la paire.** Remplacement des roues d'origine par une paire de roues gonflables à basse pression.	3 343

4.2.4.4. Section 4. Réparations applicables aux véhicules divers

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP
	Réparations applicables aux poussettes. La prise en charge s'applique aux réparations non couvertes par la garantie telle qu'elle est décrite aux spécifications techniques. La prise en charge est assurée sur présentation de la facture détaillée. La périodicité du bénéfice des forfaits annuels s'apprécie de date à date, en fonction de la première demande de chaque forfait. La prise en charge des réparations : - des voiturettes à mouvements pendulaires ou rotatifs; - et des véhicules d'appartement à propulsion par moteur électrique « Cornet Mini Kart », remboursables précédemment et actuellement utilisées par un patient handicapé est assurée sur la base des forfaits 4326431 et 4371704.	
4326431	**VHP, poussette, forfait annuel pour les roues.** Quel que soit le nombre de roues.	13 434
4371704	**VHP, poussette, forfait annuel, autres réparations dont sellerie.**	18 384

5. Titre V. – Dispositifs médicaux invasifs non éligibles au titre III

5.1. Champ d'application

Parmi les dispositifs médicaux, relèvent et peuvent être inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables ceux qui répondent aux deux critères suivants :

- Caractère invasif : ceux qui pénètrent partiellement ou entièrement à l'intérieur du corps, soit par un orifice du corps, soit à travers la surface du corps ;
- Critère de pose : ceux qui ne peuvent être utilisés que par un médecin.

5.2. Conditions de prise en charge

Pour être pris en charge par les organismes d'assurance maladie, les dispositifs médicaux invasifs définis ci-dessus doivent répondre aux conditions particulières prévues dans chacun des chapitres ci-après.
Pour les dispositifs médicaux commercialisés sous forme de kits comportant des accessoires permettant l'utilisation de ces dispositifs médicaux, la prise en charge de ces accessoires peut être exclue.

5.3. Nomenclature et tarifs

Le prix de vente au public doit être conforme à la réglementation en vigueur.

5.3.1. Chapitre 1er – Dispositifs médicaux utilisés en neurologie

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

5.3.1.1. Section 1. – Stents retrievers

5.3.1.1.1. Société STRYKER

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
5167526	**Stent retriever, STRYKER, TREVO PROVUE.** Indications prises en charge Prise en charge des patients ayant un AVC ischémique à la phase aiguë, en rapport avec une occlusion proximale d'une artère intracrânienne de gros calibre, visible à l'imagerie dans un délai de 6 heures après le début des symptômes. Le stent retriever TREVO PROVUE est utilisé d'emblée en association avec la thrombolyse intraveineuse (IV), en technique de recours après échec d'un traitement par thrombolyse IV ou seul en cas de contre-indication à la thrombolyse IV. Description Les dispositifs TREVO PROVUE sont disponibles en kit 2 pièces incluant TREVO PROVUE + un microcathéter TrevoPro 18. Le dispositif de revascularisation intracrânien TREVO PROVUE doit également être utilisé avec les composants suivants (non fournis dans le conditionnement du stent retriever) : - un cathéter guide (un cathéter guide à ballonnet est recommandé) ; - un dispositif d'aspiration (seringue de 60 ml) ; - un système de rinçage continu par une solution de chlorure de sodium ou une solution de chlorure de sodium héparinée ; - une valve hémostatique rotative (VHR) ; - un pied porte sérum ; - un système de blocage de l'artère fémorale. Référence prise en charge TREVO PROVUE 4 x 20 mm + microcathéter TrevoPro 18 : 80030	385 776	385 776
5131178	**Stent retriever, STRYKER, TREVO XP PROVUE.** Indications prises en charge Prise en charge des patients ayant un AVC ischémique à la phase aiguë, en rapport avec une occlusion proximale d'une artère intracrânienne de gros calibre, visible à l'imagerie dans un délai de 6 heures après le début des symptômes. Le stent retriever TREVO XP PROVUE doit être utilisé d'emblée en association avec la thrombolyse intraveineuse (IV). Il peut aussi être utilisé en technique de recours après échec d'un traitement par thrombolyse IV ou seul en cas de contre-indication à la thrombolyse IV. Description Les dispositifs TREVO XP PROVUE sont disponibles en kit 2 pièces incluant TREVO XP PROVUE et un microcathéter Trevo Pro 18 ou microcathéter Trevo Pro 14 ou microcathéter Excelsior XT 27.	385 776	385 776

	Les dispositifs TREVO XP PROVUE sont disponibles en kit 3 pièces incluant TREVO XP PROVUE + microcathéter Trevo Pro 18 ou microcathéter Trevo Pro 14 ou microcathéter Excelsior XT 27 + cathéter intermédiaire AXS Catalyst 6. Le dispositif de revascularisation intracrânien TREVO XP PROVUE doit également être utilisé avec les composants suivants (non fournis dans le conditionnement du stent retriever) : - un cathéter guide (un cathéter guide à ballonnet est recommandé) ; - un dispositif d'aspiration (seringue de 60 ml) ; - un système de rinçage continu par une solution de chlorure de sodium ou une solution de chlorure de sodium héparinée ; - une valve hémostatique rotative (VHR) ; - un pied porte sérum ; - un système de blocage de l'artère fémorale. Références prises en charge 80051 : TREVO XP PROVUE Retriever 3 x 20 mm + microcathéter TrevoPro 14 80052 : TREVO XP PROVUE Retriever 4 x 20 mm + microcathéter TrevoPro 18		

5.3.1.1.2. Société MEDTRONIC France (MEDTRONIC)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
5112324	**Stent retriever, MEDTRONIC, SOLITAIRE PLATINUM.** Indications prises en charge Prise en charge des patients ayant un AVC ischémique à la phase aigüe, en rapport avec une occlusion proximale d'une artère intracrânienne de gros calibre, visible à l'imagerie dans un délai de 6 heures après le début des symptômes. Le stent retriever SOLITAIRE PLATINUM doit être utilisé d'emblée en association avec la thrombolyse intraveineuse (IV). Il peut aussi être utilisé en technique de recours après échec d'un traitement par thrombolyse IV ou seul en cas de contre-indication à la thrombolyse IV. Description Le système SOLITAIRE PLATINUM se compose d'un stent en nitinol (alliage nickel-titane) auto-expansible, sur lequel sont disposés des marqueurs radio-opaques en Platinium Iridium. Il est présenté dans une gaine d'introduction, attaché à un « fil de poussée ». Le dispositif de revascularisation intracrânien SOLITAIRE PLATINUM doit être utilisé avec les composants suivants : - un microcathéter conçu pour la perfusion sélective sous contrôle médical d'agents thérapeutiques spécifiques ou de produits de contraste dans le système vasculaire des régions périphériques et innervées. Les références de SOLITAIRE PLATINUM : SRD3-4-20-05, SRD3-4-20-10 et SRD3-4-40-10 doivent être utilisées avec un microcathéter de diamètre distal interne de 0,021" au minimum. Les références de SOLITAIRE PLATINUM : SRD3-6-20-10, SRD3-6-24-06 and SRD3-6-40-10 doivent être utilisées avec un micro-cathéter de diamètre distal interne de 0,027" au minimum.	385 776	385 776

	- un cathéter guide à ballonnet 8-9 F avec un diamètre interne minimum de 1,905 mm (0,075"), - un microcathéter - un fil guide - un dispositif d'aspiration (seringue de 60 ml), - un système de rinçage continu par une solution de chlorure de sodium ou une solution de chlorure de sodium héparinée, - une valve hémostatique rotative (VHR), - un pied porte sérum, - un système de blocage de l'artère fémorale. Le choix du modèle de ces accessoires est basé sur l'expérience et les préférences du praticien. Références prises en charge SRD3-4-20-05 ; SRD3-4-20-10 ; SRD3-4-40-10 ; SRD3-6-20-10 ; SRD3-6-24-06 ; SRD3-6-40-10		
5175862	**Stent retriever, MEDTRONIC, SOLITAIRE II.** Indications prises en charge Prise en charge des patients ayant un AVC ischémique à la phase aigüe, en rapport avec une occlusion proximale d'une artère intracrânienne de gros calibre, visible à l'imagerie dans un délai de 6 heures après le début des symptômes. Le stent retriever SOLITAIRE II doit être utilisé d'emblée en association avec la thrombolyse intraveineuse (IV). Il peut aussi être utilisé en technique de recours après échec d'un traitement par thrombolyse IV ou seul en cas de contre-indication à la thrombolyse IV. Description Le système SOLITAIRE 2 se compose d'un stent en nitinol (alliage nickel-titane) auto-expansible, sur lequel sont disposés des marqueurs radio-opaques en Platinium Iridium. Il est présenté dans une gaine d'introduction, attaché à un « fil de poussée ». Le dispositif de revascularisation intracrânien SOLITAIRE II doit être utilisé avec les composants suivants (non fournis dans le conditionnement du stent retriever SOLITAIRE II) : - un microcathéter conçu pour la perfusion sélective sous contrôle médical d'agents thérapeutiques spécifiques ou de produits de contraste dans le système vasculaire des régions périphériques et innervées. Les références de SOLITAIRE II : SRD2-4-15, SRD2-4-40 et SRD2-4-20 doivent être utilisées avec un microcathéter de diamètre distal interne de 0,021''. Les références de SOLITAIRE II : SRD2-6-20 et SRD2-6-30 doivent être utilisées avec un micro-cathéter de diamètre distal interne de 0,027''; - un cathéter guide à ballonnet 8-9 F avec un diamètre interne minimum de 1,905 mm (0,075'') ; - un dispositif d'aspiration (seringue de 60 ml) ; - un système de rinçage continu par une solution de chlorure de sodium ou une solution de chlorure de sodium héparinée ; - une valve hémostatique rotative (VHR) ; - un pied porte sérum ; - un système de blocage de l'artère fémorale. Le choix du modèle de ces accessoires est basé sur l'expérience et les préférences du praticien. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE	385 776	385 776

	SRD2-4-15 ; SRD2-4-20 ; SRD2-4-40 ; SRD2-6-20 ; SRD2-6-30		

5.3.1.2. Section 2 - Systèmes de thrombo-aspiration

5.3.1.2.1. Société PENUMBRA EUROPE GmbH (PENUMBRA EUROPE)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
5109612	**Système de thrombo-aspiration, PENUMBRA EUROPE, PENUMBRA SYSTEM.** Système de thrombo-aspiration PENUMBRA SYSTEM de la société PENUMBRA EUROPE GmbH. DESCRIPTION Le système de thromboaspiration seule PENUMBRA SYSTEM, est composé de plusieurs dispositifs: - un cathéter de reperfusion PENUMBRA - une pompe d'aspiration PENUMBRA - un tube pompe/boîtier PENUMBRA - un tube d'aspiration PENUMBRA Le cathéter de reperfusion est introduit par un cathéter guide ou une gaine fémorale longue dans le réseau vasculaire intracrânien et guidé sur un guide neuro-vasculaire vers le site de l'occlusion principale. Le cathéter de reperfusion PENUMBRA est fourni avec un mandrin de modelage à la vapeur, une valve hémostatique rotative et une gaine pelable. Le choix du modèle de cathéter de reperfusion PENUMBRA doit être adapté à la taille du vaisseau. La source d'aspiration est assurée par le cathéter de reperfusion PENUMBRA, en conjonction avec la pompe d'aspiration raccordée au moyen du tube d'aspiration PENUMBRA et du tube pompe/boîtier PENUMBRA. Les dispositifs sont visibles sous radioscopie. INDICATIONS PRISES EN CHARGE Prise en charge des patients ayant un AVC ischémique à la phase aigüe, en rapport avec une occlusion proximale d'une artère intracrânienne de gros calibre, visible à l'imagerie dans un délai de 6 heures après le début des symptômes. Le système de thromboaspiration seul, PENUMBRA SYSTEM doit être utilisé d'emblée en association avec la thrombolyse intraveineuse (IV). Il peut aussi être utilisé en technique de recours après échec d'un traitement par thrombolyse IV ou seul en cas de contre-indication à la thrombolyse IV. REFERENCES PRISES EN CHARGE - ACE068PACK : ACE68 Penumbra Package System Le package système de thrombo-aspiration ACE68 est composé d'un kit d'aspiration ACE68 (cathéter de reperfusion ACE68 + tubulure d'aspiration PENUMBRA Hi-Flow tubing), d'un Neuron MAX long sheeth, d'un MAX Canister et d'un 3MAX reperfusion catheter. - ACE060PACK : ACE60 Penumbra Package System	335 947	335 947

	Le Package système de thrombo-aspiration ACE60 est composé d'un kit d'aspiration ACE60 (cathéter de reperfusion ACE60 + tubulure d'aspiration PENUMBRA Hi-Flow tubing), d'un Neuron MAX long sheeth, d'un MAX Canister et d'un 3MAX reperfusion catheter.		

5.3.2. Chapitre 2 –Dispositifs médicaux utilisés dans le système cardio-vasculaire

5.3.2.1. Section 1. –Ballons actifs périphériques

5.3.2.1.1. Société BOSTON SCIENTIFIC (BOSTON)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
5235021	**Ballon actif à élution de paclitaxel, BOSTON, RANGER.** INDICATION PRISE EN CHARGE Artériopathie oblitérante des membres inférieurs au stade ischémie critique ou claudication intermittente imputable à une lésion de novo (sténose de longueur comprise entre 20 mm et 150mm et ≥ 70 % ou occlusion (≤ 10 cm)) de l'artère fémoro-poplitées au-dessus du genou, ayant un diamètre de référence compris entre 4 et 7 mm. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Les modalités d'utilisation sont les suivantes : - La durée d'insufflation du ballonnet doit être maintenue pendant au moins 30 secondes afin de garantir une administration optimale du médicament. - Un même site précédemment dilaté avec RANGER ne doit pas être dilaté avec plusieurs dispositifs RANGER. Si le vaisseau nécessite une post-dilatation après l'utilisation d'un ballonnet RANGER, l'angioplastie doit être réalisée avec un ballonnet de dilatation standard, sans revêtement médicamenteux. Ne pas implanter de stent à élution médicamenteuse dans le segment de vaisseau ayant été traité avec un ballonnet RANGER. L'utilisation de stents métalliques nus est possible. L'utilisation de plusieurs dispositifs RANGER chez le même patient est possible en cas de lésions longues ou multiples. Chaque segment doit être traité au moins une fois avec un ballon neuf et essayer de minimiser le chevauchement des segments traités. Cependant, l'utilisation d'un ballonnet RANGER est limitée à 2 au cours d'une même intervention. L'utilisation d'un ballonnet RANGER nécessite une pré-dilatation de la lésion par un ballonnet nu. L'utilisation du ballonnet RANGER est réservée à des opérateurs ayant l'expérience des techniques d'angioplasties artérielles percutanées avec ou sans endoprothèse, et justifiant d'une formation spécifique à l'utilisation des ballonnets à élution de principe actif. DESCRIPTION Le ballonnet à élution de paclitaxel RANGER est un cathéter à ballonnet sur guide pour angioplastie transluminale percutanée (ATP) dont le ballonnet semi-compliant est recouvert d'un mélange médicamenteux (revêtement TransPax)	60 278	60 278

	composé du principe actif (paclitaxel) et d'un excipient (l'acétyl tri-butyl citrate). La dose de paclitaxel est 2,0 µg/mm2 de surface de ballonnet. REFERENCES PRISES EN CHARGE Références des cathéters de longueur utile 80 cm : H74939219400380, H74939219400480, H74939219400680, H74939219400880, H74939219401080, H74939219500380, H74939219500480, H74939219500680, H74939219500880, H74939219501080, H74939219600380, H74939219600480, H74939219600680, H74939219600880, H74939219601080, H74939219700380, H74939219700480, H74939219700680, H74939219700880, H74939219701080. Références des cathéters de longueur utile 135 cm : H74939219400310, H74939219400410, H74939219400610, H74939219500310, H74939219500410, H74939219500610, H74939219500810, H74939219501010, H74939219600310, H74939219600410, H74939219600610, H74939219600810,		

5.3.2.1.2. Société BARD France (BARD)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
5233335	**Ballon actif à élution de paclitaxel, BARD, LUTONIX 035.** INDICATION PRISE EN CHARGE Artériopathie oblitérante des membres inférieurs, symptomatique au stade ischémie critique ou claudication intermittente imputable à une lésion de novo (sténose de longueur ≤ 18 cm et ≥ 70 % ou occlusion (≤ 10 cm)) de l'artère fémoro-poplitée au-dessus du genou, ayant un diamètre de référence compris entre 4 et 7 mm)) MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Les modalités d'utilisation sont les suivantes : - Il convient de faire avancer LUTONIX 035 jusqu'au site cible le plus rapidement possible (≤ 30 secondes) et de le gonfler immédiatement à la pression appropriée afin d'assurer son apposition totale contre la paroi. Si le déploiement de LUTONIX prend plus de 3 minutes, le cathéter devra être remplacé par un nouveau dispositif. - LUTONIX 035 doit être gonflé pendant au moins 2 minutes. Le ballonnet peut rester gonflé aussi longtemps que l'exige le protocole de soins pour assurer la réussite de l'angioplastie. - Un même site précédemment dilaté avec LUTONIX 035 ne doit pas être dilaté avec plusieurs dispositifs LUTONIX 035. Si le vaisseau nécessite une post-dilatation après l'utilisation d'un ballonnet LUTONIX 035, l'angioplastie doit être réalisée avec un ballonnet de dilatation standard, sans revêtement médicamenteux. Ne pas implanter d'endoprothèse à élution médicamenteuse dans le segment de vaisseau ayant été traité avec un ballonnet LUTONIX 035. L'utilisation d'une endoprothèse métallique nue est possible. - S'il est nécessaire d'utiliser plusieurs ballonnets LUTONIX 035 pour traiter une lésion dans son intégralité, la taille des ballonnets LUTONIX 035 utilisés de manière séquentielle doit être réduite au maximum et les cathéters doivent être positionnés par angiographie de sorte que les repères des ballonnets placés consécutivement se chevauchent	60 278	60 278

	convenablement afin de couvrir la lésion et les marges du segment de prédilatation. Le ballonnet LUTONIX 035 doit dépasser d'au moins 5 mm en amont et en aval de la lésion et du segment lésé. Il est recommandé d'utiliser une règle radio-opaque pour s'assurer du bon positionnement du ballonnet LUTONIX 035. - L'innocuité et l'efficacité du déploiement de plus de deux ballonnets LUTONIX 035 (d'une quantité maximum de revêtement de médicament d'environ 7,6 mg de paclitaxel) chez un patient n'ont pas été établies. - Cependant, l'utilisation d'un ballonnet LUTONIX 035 est limitée à 2 au cours d'une même intervention. - L'utilisation d'un ballonnet LUTONIX 035 nécessite une pré-dilatation de la lésion par un ballonnet nu. L'utilisation du ballonnet LUTONIX 035 est réservée à des opérateurs ayant l'expérience des techniques d'angioplasties artérielles percutanées avec ou sans endoprothèse, et justifiant d'une formation spécifique à l'utilisation des ballonnets à élution de principe actif. DESCRIPTION LUTONIX 035 se compose d'un cathéter coaxial muni d'un ballonnet recouvert de paclitaxel fixé à son extrémité distale. Le revêtement de paclitaxel est appliqué uniformément sur la longueur utile du ballonnet, à une concentration de surface de 2 µg/mm2. Deux repères radio opaques délimitent la longueur utile du ballonnet et se situent sous ses extrémités proximale et distale afin de faciliter sa visualisation fluoroscopique lors de son acheminement et de son positionnement. LUTONIX 035 avec marqueurs GeoAlign est un complément de gamme du ballon à élution de principe actif LUTONIX 035 où seul le cathéter est concerné par l'ajout d'un système de repérage GeoAlign. Ces nouvelles références correspondent à la présence de marqueurs non radioopaques sur le corps du cathéter. REFERENCES PRISES EN CHARGE - Références des cathéters de longueur 100 cm : 9020410 400020 ; 9020410 400040 ; 9020410 ; 400060 ; 9020410 400080 ; 9020410 400100 ; 9020410 400120 ; 9020410 400150 ; 9020410 ; 500020 ; 9020410 500040 ; 9020410 500060 ; 9020410 500080 ; 9020410 500100 ; 9020410 ; 500120 ; 9020410 500150 ; 9020410 600020 ; 9020410 600040 ; 9020410 600060 ; 9020410 ; 600080 ; 9020410 600100 ; 9020410 600120 ; 9020410 600150 ; 9020410 700020 ; 9020410 ; 700040 ; 9020410 700060. Avec marqueurs GeoAlign : 9090410 400020 ; 9090410 400040 ; 9090410 400060 ; 9090410 400080 ; 9090410 400100 ; 9090410 400120 ; 9090410 400150 ; 9090410 500020 ; 9090410 500040 ; 9090410 500060 ; 9090410 500080 ; 9090410 500100 ; 9090410 500120 ; 9090410 500150 ; 9090410 600020 ; 9090410 600040 ; 9090410 600060 ; 9090410 600080 ; 9090410 600100 ; 9090410 600120 ; 9090410 600150 ; 9090410 700020 ; 9090410 700040 ; 9090410 700060. - Références des cathéters de longueur 130 cm : 9020413 400020 ; 9020413 400080 ; 9020413 ; 400120 ; 9020413 400150 ; 9020413 500020 ; 9020413 500080 ; 9020413 500120 ; 9020413 ; 500150 ; 9020413 600020 ; 9020413 600080 ; 9020413 600120 ; 9020413 600150 ; 9020413 700020 ; 9020413 700040 ; 9020413 700060 ; 9004 400043 ; 9004 400063 ; 9004 400103 ; 9004 ; 500043 ; 9004 500063 ; 9004 500103 ; 9004 600043 ; 9004 600063 ; 9004 600103. Avec marqueurs GeoAlign : 9090413 400020 ; 9090413 400040 ; 9090413 400060 ; 9090413 400080 ; 9090413 400100 ;		

	9090413 400120 ; 9090413 400150 ; 9090413 500020 ; 9090413 500040 ; 9090413 500060 ; 9090413 500080 ; 9090413 500100 ; 9090413 500120 ; 9090413 500150 ; 9090413 600020 ; 9090413 600040 ; 9090413 600060 ; 9090413 600080 ; 9090413 600100 ; 9090413 600120 ; 9090413 600150 ; 9090413 700020 ; 9090413 700040 ; 9090413 700060.		
5253987	**Ballon actif à élution de paclitaxel, B.BRAUN, SEQUENT PLEASE OTW INDICATION** PRISE EN CHARGE Artériopathie oblitérante des membres inférieurs, symptomatique au stade ischémie critique ou claudication intermittente imputable à une lésion de novo (sténose de longueur ≤ 18 cm et ≥ 70 % ou occlusion (≤ 10 cm)) de l'artère fémoro-poplitée au-dessus du genou, ayant un diamètre de référence compris entre 4 et 7 mm. MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Les modalités d'utilisation sont les suivantes : – la durée d'insufflation du ballonnet doit être maintenue pendant au moins 30 secondes afin de garantir une administration optimale du médicament ; – un même site précédemment dilaté avec SEQUENT PLEASE OTW ne doit pas être dilaté avec plusieurs dispositifs SEQUENT PLEASE OTW. Si le vaisseau nécessite une post-dilatation après l'utilisation d'un ballonnet SEQUENT PLEASE OTW, l'angioplastie doit être réalisée avec un ballonnet de dilatation standard, sans revêtement médicamenteux. Ne pas implanter de stent à élution médicamenteuse dans le segment de vaisseau ayant été traité avec un ballonnet SEQUENT PLEASE OTW. L'utilisation de stents métalliques nus est possible ; – l'utilisation de plusieurs dispositifs SEQUENT PLEASE OTW chez le même patient est possible en cas de lésions longues ou multiples. Chaque segment doit être traité au moins une fois avec un ballon neuf et essayer de minimiser le chevauchement des segments traités ; – cependant, l'utilisation d'un ballonnet SEQUENT PLEASE OTW est limitée à 2 au cours d'une même intervention ; – l'utilisation d'un ballonnet SEQUENT PLEASE OTW nécessite une pré-dilatation de la lésion par un ballonnet nu ; – l'utilisation du ballonnet SEQUENT PLEASE OTW est réservée à des opérateurs ayant l'expérience des techniques d'angioplasties artérielles percutanées avec ou sans stent, et justifiant d'une formation spécifique à l'utilisation des ballonnets à élution de principe actif. DESCRIPTION SEQUENT PLEASE OTW est un cathéter à ballonnet périphérique à élution de paclitaxel. Le revêtement à libération de principe actif se trouve à la surface du ballonnet. Il contient 3 µg de paclitaxel par mm2. Le paclitaxel est intégré dans une matrice d'administration (resvératrol). Le ballonnet à élution de paclitaxel SEQUENT PLEASE OTW est constitué d'un corps de cathéter coaxial à double lumière, l'une pour gonfler et dégonfler le ballonnet à l'extrémité distale du cathéter, l'autre pour permettre l'introduction d'un guide permettant de naviguer dans le système vasculaire jusqu'à la lésion cible. Les 2 repères sur le corps du cathéter apparaissent quand l'extrémité du cathéter portant le ballonnet sort de la gaine d'introduction. Le corps du catheter est constitué d'un tube de polyamide doté d'un adaptateur Luer, qui est relié à la lumière du ballonnet. Deux repères radio- opaques indiquent la longueur de la partie cylindrique du ballonnet. Le ballonnet est protégé par une gaine amovible.	60 278	60 278

	REFERENCES PRISES EN CHARGE Références avec un guide de 0,035”: – Longueur de cathéter 75 cm : 35040040 ; 35140060 ; 35140080 ; 35140120 ; 35140150 ; 35150040 ; 35150060 ; 35150080 ; 35150120 ; 35150150 ; 35160040 ; 35160060 ; 35160080 ; 35160120 ; 35160150 ; 35170040 ; 35170060 ; – Longueur de cathéter 130 cm : 35340040 ; 35340060 ; 35340080 ; 35340120 ; 35340150 ; 35350040 ; 35350060 ; 35350080 ; 35350120 ; 35350150 ; 35360040 ; 35360060 ; 35360080 ; 35360120 ; 35360150.		

5.3.2.1.3. Société MEDTRONIC France (MEDTRONIC)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
5189700	**Ballon actif à élution de paclitaxel, MEDTRONIC, IN.PACT ADMIRAL.** Indication prise en charge Artériopathie oblitérante des membres inférieurs, symptomatique au stade ischémie critique ou claudication intermittente imputable à une lésion de novo (sténose de longueur ≤ 18 cm et ≥ 70 % ou occlusion (≤ 10 cm)) de l'artère fémoro-poplitée au-dessus du genou, ayant un diamètre de référence compris entre 4 et 7 mm). Modalités de prescription et d'utilisation Les modalités d'utilisation sont les suivantes : - la durée d'insufflation du ballonnet doit être comprise entre 30 secondes et 1 minute afin de garantir une administration optimale du médicament. Les durées d'insufflation du ballonnet supérieures sont possibles, à la discrétion de l'utilisateur ; - un même site précédemment dilaté avec IN.PACT ADMIRAL ne doit pas être dilaté avec plusieurs dispositifs IN.PACT ADMIRAL. Si le vaisseau nécessite une post-dilatation après l'utilisation d'un ballonnet IN.PACT ADMIRAL, l'angioplastie doit être réalisée avec un ballonnet de dilatation standard, sans revêtement médicamenteux. Ne pas implanter de stent à élution médicamenteuse dans le segment de vaisseau ayant été traité avec un ballonnet IN.PACT ADMIRAL. L'utilisation de stents métalliques nus est possible. L'utilisation de plusieurs dispositifs IN.PACT ADMIRAL chez le même patient est possible en cas de lésions longues ou multiples. Les ballonnets supplémentaires doivent se chevaucher sur 1 cm. Cependant, l'utilisation d'un ballonnet IN.PACT ADMIRAL est limitée à 2 au cours d'une même intervention. L'utilisation d'un ballonnet IN.PACT ADMIRAL nécessite une prédilatation de la lésion par un ballonnet nu. L'utilisation du ballonnet IN.PACT ADMIRAL est réservée à des opérateurs ayant l'expérience des techniques d'angioplasties artérielles percutanées avec ou sans stent, et justifiant d'une formation spécifique à l'utilisation des ballonnets à élution de principe actif. Description IN.PACT Admiral est un cathéter à ballonnet périphérique à élution paclitaxel sur guide (OTW). Le mélange médicamenteux utilisé est composé du principe actif, le paclitaxel, et d'urée comme excipient (revêtement FreePac). La dose de paclitaxel est de 3,5 g/mm2 de surface de ballon. Deux marqueurs en platine-iridium radio-opaques indiquent la longueur utile du ballonnet.	64 296	64 296

	Références prises en charge SBI 040 020 04P ; SBI 040 020 08P ; SBI 040 020 13P ; SBI 040 040 04P ; SBI 040 040 08P ; SBI 040 040 13P ; SBI 040 060 08P ; SBI 040 060 13P ; SBI 040 080 08P ; SBI 040 080 13P ; SBI 040 120 08P ; SBI 040 120 13P ; SBI 040 150 08P ; SBI 040 150 13P ; SBI 050 020 04P ; SBI 050 020 08P ; SBI 050 020 13P ; SBI 050 040 04P ; SBI 050 040 08P ; SBI 050 040 13P ; SBI 050 060 04P ; SBI 050 060 08P ; SBI 050 060 13P ; SBI 050 080 04P ; SBI 050 080 08P ; SBI 050 080 13P ; SBI 050 120 04P ; SBI 050 120 08P ; SBI 050 120 13P ; SBI 050 150 08P ; SBI 050 150 13P ; SBI 060 020 04P ; SBI 060 020 08P ; SBI 060 020 13P ; SBI 060 040 04P ; SBI 060 040 08P ; SBI 060 040 13P ; SBI 060 060 08P ; SBI 060 060 13P ; SBI 060 080 04P ; SBI 060 080 08P ; SBI 060 080 13P ; SBI 060 120 04P ; SBI 060 120 08P ; SBI 060 120 13P ; SBI 060 150 08P ; SBI 060 150 13P ; SBI 070 020 04P ; SBI 070 020 08P ; SBI 070 020 13P ; SBI 070 040 04P ; SBI 070 040 08P ; SBI 070 040 13P ; SBI 070 060 04P ; SBI 070 060 08P ; SBI 070 060 13P ; SBI 070 080 08P ; SBI 070 080 13P.		

5.3.2.1.4. Société SPECTRANETICS (SPECTRANETICS)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
5283586	**Ballon actif à élution de paclitaxel, SPECTRANETICS, STELLAREX.** Indication prise en charge Artériopathie oblitérante des membres inférieurs, symptomatique au stade ischémie critique ou claudication intermittente imputable à une lésion de novo (sténose de longueur ≤ 18 cm et ≥ 70 % ou occlusion (≤ 10 cm)) de l'artère fémoro-poplitée au-dessus du genou, ayant un diamètre de référence compris entre 4 et 6 mm. Modalités de prescription et d'utilisation Les modalités d'utilisation sont les suivantes : - La durée d'insufflation du ballonnet doit être au moins de 60 secondes afin de garantir une administration optimale du médicament. Les durées d'insufflation du ballonnet supérieures sont possibles, à la discrétion de l'utilisateur. - Un même site précédemment dilaté avec STELLAREX ne doit pas être dilaté avec plusieurs dispositifs STELLAREX. Si le vaisseau nécessite une post-dilatation après l'utilisation d'un ballonnet STELLAREX, l'angioplastie doit être réalisée avec un ballonnet de dilatation standard, sans revêtement médicamenteux. Ne pas implanter de stent à élution médicamenteuse dans le segment de vaisseau ayant été traité avec un ballonnet STELLAREX. L'utilisation de stents métalliques nus est possible. L'utilisation de plusieurs dispositifs STELLAREX chez le même patient est possible en cas de lésions longues ou multiples. Les ballonnets supplémentaires doivent se chevaucher sur 1 cm. Cependant, l'utilisation d'un ballonnet STELLAREX est limitée à 2 au cours d'une même intervention. L'utilisation d'un ballonnet STELLAREX nécessite une pré-dilatation de la lésion par un ballonnet nu. L'utilisation du ballonnet STELLAREX est réservée à des opérateurs ayant l'expérience des techniques d'angioplasties artérielles percutanées avec ou sans stent, et justifiant d'une formation spécifique à l'utilisation des ballonnets à élution de principe actif. Description	64 296	64 296

	STELLAREX se compose d'un cathéter à ballonnet monté sur guide (OTW). Le revêtement est composé de paclitaxel et d'excipients. Le revêtement de paclitaxel est réparti de façon uniforme sur la surface du ballonnet à une concentration de 2 µg/mm3 et couvre la longueur utile du corps du ballonnet. Le ballonnet présente deux marqueurs radio-opaques aux extrémités de la zone imprégnée de paclitaxel (zone de traitement active). Références prises en charge A35SX040040080 ; A35SX040080080 ; A35SX040120080 ; A35SX050040080 ; A35SX050080080; A35SX050120080 ; A35SX060040080 ; A35SX060080080 ; A35SX060120080 ; A35SX040040135 A35SX040080135 ; A35SX040120135 ; A35SX050040135 ; A35SX050080135 ; A35SX050120135; A35SX060040135 ; A35SX060080135 ; A35SX060120135.		

5.3.2.2. Section 2.- Ballons actifs coronaires

5.3.2.2.1. B Braun Medical (B Braun)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

5102722	**BALLON ACTIF À ÉLUTION DE PACLITAXEL, CORONAIRE, B BRAUN, SEQUENT PLEASE NEO.** Ballon actif à élution de paclitaxel SEQUENT PLEASE NEO de la société B. BRAUN MEDICAL. INDICATION PRISE EN CHARGE - Traitement de la première resténose clinique intra-stent nu (c'est-à-dire réapparition des symptômes ischémiques nécessitant une nouvelle revascularisation de l'artère) - Traitement de la première resténose clinique intra-stent actif (c'est-à-dire réapparition des symptômes ischémiques nécessitant une nouvelle revascularisation de l'artère). MODALITES DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Le choix de la taille du ballonnet actif, repose sur plusieurs critères : - Le ratio diamètre de SEQUENT PLEASE NEO/diamètre du vaisseau doit être de 0,8 à 1,0 - La longueur de SEQUENT PLEASE NEO doit être choisie de telle sorte qu'il recouvre et dépasse d'au moins 2 mm à chaque extrémité la zone prédilatée. Dans le cas de la resténose intra stent actif, un délai de 90 jours minimum entre l'implantation du stent actif et l'utilisation de SEQUENT PLEASE NEO doit être respecté. Une prédilatation au ballon nu est recommandée pour les lésions complexes qui incluent la resténose intra-stent. SEQUENT PLEASE NEO doit être inflaté pendant au moins 30 secondes au niveau de la lésion. Le taux de sténose résiduelle après la prédilatation doit être inférieur à 30 %. Durée de bithérapie antiplaquettaire recommandée : - Lorsque SEQUENT PLEASE NEO est utilisé pour le traitement de la resténose intra-stent nu : 1 mois - Dans le cas d'une resténose intra-stent à libération de principe actif (DES) après une période de 12 mois après l'implantation du stent actif (DES) : 1 mois - Dans le cas d'une resténose intra-stent actif pendant les 12 premiers mois après l'implantation du stent actif : 1 mois de plus par rapport à la durée restante de la double thérapie anti-plaquettaire définie par la date d'implantation du stent actif. L'arrêt temporaire des antiagrégants plaquettaires expose à un risque accru d'évènement vasculaire et doit faire l'objet d'une réflexion sur le bénéfice/risque et la date de reprise du traitement. SEQUENT PLEASE NEO peut être associé à un stent nu, en cas de dissection notamment. REFERENCES PRISES EN CHARGE 5023200 ; 5023201 ; 5023202 ; 5023203 ; 5023204 ; 5023206 ; 5023207 ; 5023210 ; 5023211 ; 5023212 ; 5023213 ; 5023214 ; 5023216 ; 5023217 ; 5023220 ; 5023221 ; 5023222 ; 5023223 ; 5023224 ; 5023226 ; 5023227 ; 5023230 ; 5023231 ; 5023232 ; 5023233 ; 5023234 ; 5023236 ; 5023237 ; 5023240 ; 5023241 ; 5023242 ; 5023243 ; 5023244 ; 5023246 ; 5023247 ; 5023250 ; 5023251 ; 5023252 ; 5023253 ; 5023254 ; 5023256 ; 5023257 ; 5023260 ; 5023261 ; 5023262 ; 5023263 ; 5023264 ; 5023266 ; 5023267	68 315	68 315

5.3.2.3. Section 3 Guides de mesure de la fraction du flux de réserve coronarien (FFR)

5.3.2.3.1. Société BOSTON SCIENTIFIC (BOSTON)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
5287319	**Guide mesure FFR, BOSTON, COMET.** INDICATION PRISE EN CHARGE Mesure du flux de réserve coronarien [FFR] au cours d'une artériographie coronaire, en situation de coronaropathie stable, en cas de lésions pluritronculaires ou en cas de lésion monotronculaire avec une sténose	53 580	53 580

	intermédiaire, lorsque les tests d'ischémie myocardiques préalables n'ont pas été contributifs ou ont été contre-indiqués. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Utilisation en établissements de santé. DESCRIPTION COMET est un fil guide métallique de diamètre 0,014" et long de 185 cm, hydrophile, à extrémité distale droite, équipé d'un capteur de pression à fibre optique. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE COMET, référence H7493932430.		

5.3.2.3.2. Société ABBOTT MEDICAL France (ABBOTT)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
5227777	**Guide mesure FFR, ABBOTT, PRESSUREWIRE.** INDICATION PRISE EN CHARGE Mesure du flux de réserve coronarien [FFR] au cours d'une artériographie coronaire, en situation de coronaropathie stable, en cas de lésions pluritronculaires ou en cas de lésion monotronculaire avec une sténose intermédiaire, lorsque les tests d'ischémie myocardiques préalables n'ont pas été contributifs ou ont été contre-indiqués. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION Utilisation en établissements de santé. DESCRIPTION La mesure de la FFR est réalisée au cours d'une coronarographie. Elle est composée d'éléments à usage individuel et unique comme le guide de mesure FFR, le torqueur, le connecteur sans fil ou filaire et d'élément à usage non individuel comme le récepteur et ses accessoires. Chaque unité de conditionnement contient un guide PRESSUREWIRE, un torqueur et un connecteur (avec un câble de connexion pour les références C12008 et C12009, ou sans fil pour les références C12058 et C12059). Le guide est enroulé dans un tube en forme d'escargot. Le tube, le torqueur et le connecteur sont conditionnés dans un plateau plastifié, lui-même placé dans un emballage unitaire stérile. RÉFÉRENCES PRISES EN CHARGE PressureWire CERTUS : référence C12008 PressureWire AERIS : référence C12058 PressureWire X : références C12009 et C12059	53 580	53 580

6. Titre VI - Prestations réalisées par des pharmaciens

Ce document est transmis à titre informatif. Seule la publication au JOPF fait foi.

6.1. Injections de médicaments par voie intramusculaire ou sous-cutanée

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
INJECTPM	**Injection par voie intramusculaire ou sous-cutanée sur prescription médicale** La prise en charge est assurée quand la prestation est réalisée par un pharmacien, sur présentation d'une prescription médicale et conformément à l'arrêté n° 610 CM du 9 mai 1989 modifié portant application de la délibération n° 88-153 AT du 20 octobre 1988 modifiée relative à certaines dispositions concernant l'exercice de la pharmacie	1000	1000
INJECTPP	**Injection par voie intramusculaire ou sous-cutanée sur prescription pharmaceutique** La prise en charge est assurée quand la prestation est réalisée par un pharmacien, après prescription pharmaceutique et conformément à l'arrêté n° 610 CM du 9 mai 1989 modifié portant application de la délibération n° 88-153 AT du 20 octobre 1988 modifiée relative à certaines dispositions concernant l'exercice de la pharmacie	1500	1500

6.2 Mesure de l'INR

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
MESINR	**Mesure de l'International Normalized Ratio (INR)** La prise en charge est assurée pour les adultes traités par antivitamines K au long cours. La prestation doit être assurée par un pharmacien formé à la mesure de l'INR. La prise en charge comprend : - la réalisation du prélèvement capillaire ; - la mesure de l'INR ; - le report de la mesure de l'INR dans le carnet de suivi des patients sous antivitamines K, accompagné de la date et de l'identification du pharmacien (nom, prénom, numéro d'inscription ordinale, signature), de l'officine de pharmacie et du dispositif utilisé ; - l'information du patient ; - la transmission du résultat au médecin traitant du patient.	1 800	1 800